

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas – FAFICH
Programa de Pós-Graduação em Antropologia

BRENO PEDERCINI DE CASTRO

**“SAÚDE MENTAL”, TERRITÓRIOS E PARTICIPAÇÃO EM POVOS
INDÍGENAS: UMA ETNOGRAFIA DAS RETÓRICAS
INSTITUCIONAIS EM INSTÂNCIAS ESTATAIS NA SAÚDE INDÍGENA
DE MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO**

Belo Horizonte
2019

BRENO PEDERCINI DE CASTRO

**“SAÚDE MENTAL”, TERRITÓRIOS E PARTICIPAÇÃO EM POVOS
INDÍGENAS: UMA ETNOGRAFIA DAS RETÓRICAS
INSTITUCIONAIS EM INSTÂNCIAS ESTATAIS NA SAÚDE INDÍGENA
DE MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO**

Versão final

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Antropologia.

Orientadora: Profa. Dra. Andréa Luisa Zhouri Laschefski.

Belo Horizonte

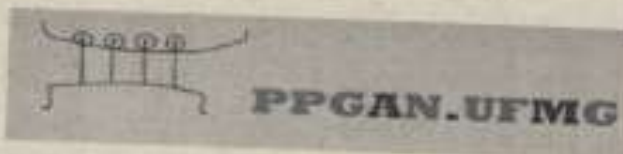
2019

306 Castro, Breno Pedercini de
C355s "Saúde mental", territórios e participação em povos
2019 indígenas [manuscrito] : uma etnografia das retóricas
institucionais em instâncias estatais na saúde indígena de
Minas Gerais e Espírito Santo / Breno Pedercini de Castro. -
2019.
131 f. : il.
Orientadora: Andréa Luisa Zhouri Laschefski.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas
Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
Inclui bibliografia

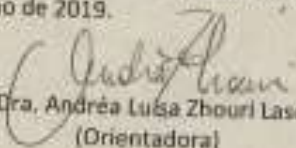
1. Antropologia – Teses. 2. Índios - Teses. 3. Saúde mental
- Teses. I. Zhouri, Andréa. II. Universidade Federal de Minas
Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III.
Título.


FOLHA DE APROVAÇÃO

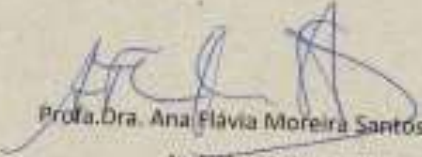


ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE Mestrado em Antropologia de Breno Pedercini de Castro (MATRÍCULA Nº 2017656369)

Aos 02 (dois) dias do mês de julho de 2019 (dois mil e dezenove), reuniu-se no Auditório Carangola, 1º andar do prédio da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais a Comissão Examinadora para julgar, em exame final, a Dissertação intitulada: **"SAÚDE MENTAL", TERRITÓRIOS E PARTICIPAÇÃO EM POVOS INDÍGENAS: uma etnografia das retóricas institucionais em instâncias estatais na saúde indígena de Minas Gerais e Espírito Santo**, requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Antropologia, área de Concentração: Antropologia Social - Linha de Pesquisa: Território, Poder e Ambiente. A Comissão Examinadora foi composta pelas professoras doutoras: **Andréa Luísa Zhouri Laschefski** – orientadora (PPGAN/UFMG), **Claudia Maria Filgueiras Penido** (FAFICH/UFMG) e **Ana Flávia Moreira Santos** (PPGAN/UFMG). Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Profa. Andréa Luísa Zhouri Laschefski, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra ao mestrando Breno Pedercini de Castro, para apresentação de sua Dissertação. Seguiu-se a arguição pelas examinadoras, com a respectiva defesa do candidato. Logo após a arguição das examinadoras, a Comissão se reuniu, sem a presença do mestrando e do público, para julgamento e expedição do resultado final. Concluída a reunião, os membros da Comissão Examinadora aprovaram a Dissertação por unanimidade e o resultado foi comunicado publicamente ao candidato pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 02 de julho de 2019.


Profa. Dra. Andréa Luísa Zhouri Laschefski
(Orientadora)


Profa. Dra. Claudia Maria Filgueiras Penido


Profa. Dra. Ana Flávia Moreira Santos

AGRADECIMENTOS

Escrevo meus agradecimentos com grande alegria, após ter concluído mais uma etapa em minha caminhada pessoal e profissional, confiante de que posso contar com tantas pessoas que me incentivaram e me apoiaram nesse percurso do mestrado que diz, afinal, de um processo de longo prazo em minha vida. A todos que menciono nesta seção, presto minha gratidão e meu carinho.

A cada dia me torno mais convicto da existência de uma energia divina que acompanha meu cotidiano, que me inspira força e que me apresenta pessoas e experiências em minha caminhada, pelo que sou instigado e agradecido.

Agradeço a minha família, base da minha existência e referência para minha caminhada, por investirem tanto afeto em minha formação enquanto pessoa e profissional e por me acompanharem durante esse período ainda de descobertas no trabalho e na Academia. Mãe, Pai, Bráulio, Bernardo, Vó Christina e Vó Luiz (saúde sempre presente), meu eterno amor por vocês! Agradeço também a Patrícia e Priscila, minhas cunhadas que se tornaram irmãs, por me acompanharem estando junto aos meus irmãos.

Aos meus amigos e amigas, pela presença, cumplicidade e apoio em tantos momentos de alegria que contribuíram para a leveza desse processo e tantos outros em que sei que posso contar com cada um deles, cada um a sua maneira. Em especial, agradeço à Maíra, Elisa, Maria Tereza, Tamara, Marina, Letícia, Júlia, Paulo, Ana, Gustavo Costa, Gustavo Francisco, Fernando, Júnia, Regis, Suellen, Paula, Leonardo, Jéssica, Thais, Anaine, Aline, Branca, Nina, Olga, Raissa, Luiza e Luiz Paulo.

Ao Felipe Cruz Tuxá, por trazer a questão indígena para a minha vida e compartilhar comigo tantos momentos de alegria e aprendizado.

À Profa. Andréa Zhouri, minha orientadora de mestrado, pela acolhida na Antropologia, pelo suporte vibrante em nossos encontros e pela compreensão em momentos que vacilei e pensei que não seria possível. Considero-me feliz pelo percurso de mudança de área que efetuei e certamente esse caminho não seria possível sem sua participação.

Aos Professores e Professoras do Programa de Pós-Graduação em Antropologia com os quais tive oportunidade de me formar Antropólogo, agradeço pelos ensinamentos, pelas provocações e pela perspectiva de um outro olhar sobre nossa realidade. Desde já, agradeço

também às integrantes da banca de defesa, certo de suas contribuições valiosas para a continuidade deste projeto, que não se encerra com minha saída do mestrado.

Aos colegas da turma de mestrado e da Pós-Graduação, pelos aprendizados e risos no cotidiano complexo da Academia. Espero revê-los em outros espaços no futuro.

Agradeço também aos servidores técnico-administrativos da UFMG, sem os quais a Universidade não se faz possível. Pela acolhida e compreensão em tantos momentos de inquietações e dúvidas.

Aos indígenas e servidores técnicos do DSEI-MG/ES e da Coordenação Regional de MG e ES da FUNAI, presentes neste percurso da dissertação, agradeço pela acolhida, escuta, disponibilidade e contribuição para este projeto de propósitos maiores. Espero poder ouvir a contribuição de vocês sobre esta construção.

Aos colegas e coordenadores do trabalho no Sistema Único de Saúde de Itabirito, pelo incentivo aos meus propósitos no mestrado, pelo compartilhamento do cotidiano na política pública e pela compreensão nos desafios de uma dupla jornada. Em especial, agradeço a Priscila, Fernanda Fátima, Leonardo, Elizângela, Adriana, Patrícia, Juliana, Carla, Roberta, Rejane, Simone e Daniela.

Ao povo brasileiro, pela oportunidade de realizar uma pós-graduação em uma universidade pública, em tempos tão duros em nossa realidade social brasileira!

*Aos povos indígenas dos territórios chamados
de Brasil.*

RESUMO

A presente dissertação aborda a “saúde mental” em povos indígenas no Brasil, categoria comumente utilizada no campo da Saúde Indígena para se referir aos casos do uso prejudicial de álcool, aos suicídios e/ou aos transtornos psiquiátricos quando verificados em sociedades indígenas. O termo aparece entre aspas, uma vez que se opera com uma categoria ocidental aplicada a certos fenômenos de saúde/doença quando verificados em sociedades indígenas. Esta etnografia se concentra na construção da política específica para lidar com o tema por duas instâncias estatais na escala regional, o Distrito Sanitário Especial Indígena de Minas Gerais e Espírito Santo (DSEI-MG/ES), responsável pela assistência à saúde dos povos nesses estados, e a Coordenação Regional de Minas Gerais e Espírito Santo da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), órgão indigenista oficial do Estado Brasileiro regionalmente, a partir de trabalho de campo realizado no município de Governador Valadares, em Minas Gerais, durante os anos de 2018 e 2019. Objetivou-se a compreensão das retóricas institucionais no processo de construção da política, a partir de entrevistas a servidores das agências governamentais, da etnografia de documentos oficiais e da produção acadêmica sobre a “saúde mental” em povos indígenas. Enfatiza-se a importância de consideração simultânea dos territórios e da participação no estudo dos fenômenos de “saúde mental”, contudo, baseado em um levantamento realizado na literatura, poucos materiais conjugam esses dois impasses na abordagem da questão, privilegiando ora o impacto das violações territoriais sobre a saúde indígena, ora a importância da participação na construção de intervenções. Esta etnografia pretende contribuir para esta lacuna, pois a compreensão e os planos de intervenção sobre a “saúde mental” em povos indígenas devem considerar seus contextos históricos e socioculturais em que os direitos territoriais e de participação interferem tanto nas condições de saúde/doença quanto no modelo de atenção proposto pelo Estado.

Palavras-chave: povos indígenas; saúde mental; territórios; participação.

ABSTRACT

This dissertation addresses "mental health" in indigenous peoples in Brazil, a common category used in the field of Indigenous Health to refer to cases of harmful use of alcohol, suicides and / or psychological disorders when verified in indigenous societies. The term appears in quotation marks, since it is operated with a Western category applied to certain health / illness symptoms when verified in indigenous societies. This ethnography focuses on the construction of a specific policy to deal with the issue by two state bodies on a regional scale, or in the Special Sanitary District of Minas Gerais and Espírito Santo (DSEI-MG / ES), responsible for health care for individuals, and the Regional Coordination of Minas Gerais and Espírito Santo of the Fundação Nacional do Índio (FUNAI), an official indigenous body of the regional Brazilian State, based on fieldwork carried out in the municipality of Governador Valadares, in Minas Gerais, during the years 2018-2019. The objective was to understand the institutional institutions in the process of building the policy, based on interviews with agency employees, the ethnography of official documents and academic production on "mental health" in indigenous peoples. The importance of simultaneous consideration of territories and participation in the study of "mental health" phenomena is emphasized, however, based on an examination carried out in the literature, few materials combined these two impasses in addressing the issue, privileging the impact of violations territories on indigenous health, the importance of participation in the construction of exhibitions. This ethnography intends to contribute to this gap, as it understands and understands intervention plans on "mental health" in indigenous peoples, considering their historical and socio-cultural contexts in which territorial rights and participation in interferences in both health / disease conditions and non-model of attention proposed by the State.

Key words: indigenous people; mental health; territories; participation.

LISTA DE FIGURAS

MAPA 1 – DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS	36
FIGURA 1 – ORGANIZAÇÃO DO DSEI E MODELO ASSISTENCIAL	37
MAPA 2 – DISTRIBUIÇÃO DE SEDE, COORDENAÇÕES REGIONAIS E MUSEU DO ÍNDIO	39
MAPA 3 – DSEI-MG/ES	40

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – CONTINGENTE DEMOGRÁFICO POR POLO-BASE TIPO I – DSEI-MG/ES – ANO DE 2019 42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS – Agente Indígena de Saúde
AISAN – Agente Indígena de Saneamento
ABA – Associação Brasileira de Antropologia
APS – Atenção Primária à Saúde
CASAI – Casa de Saúde Indígena
DSEI-MG/ES – Distrito Sanitário Especial Indígena Minas Gerais e Espírito Santo
EMSI – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
ESF – Estratégia Saúde da Família
FUNAI – Fundação Nacional do Índio
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
ISA – Instituto Socioambiental
MS – Ministério da Saúde
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OPAS – Organização Panamericana de Saúde
PEC – Proposta de Emenda Constitucional
SASI/SUS – Subsistema de Atenção à Saúde Indígena/Sistema Único de Saúde
SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena
SPI – Serviço de Proteção ao Índio
SPILTN – Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais
SUS – Sistema Único de Saúde
UBSI – Unidade Básica de Saúde Indígena
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais
VIGISUS – Projeto Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
<u>1. CAPÍTULO 1 – “VOCÊ MAL CHEGOU E JÁ FOI EXPULSO!?”: CONSIDERAÇÕES SOBRE O FAZER ETNOGRÁFICO EM INSTÂNCIAS ESTATAIS NO CAMPO DA SAÚDE INDÍGENA</u>	18
1.1. ESTUDOS <i>UP</i> NA ANTROPOLOGIA, CONDIÇÕES COTIDIANAS DE VIDA E CIDADANIA	20
1.3. ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E GOVERNANÇA COMO PREOCUPAÇÕES DA ANTROPOLOGIA	24
1.4. CAMINHOS ATÉ A SAÚDE INDÍGENA E SUAS VINCULAÇÕES	27
1.5. PASSAGENS NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E MOEDAS DE TROCA	31
1.6. BREVE RETOMADA SOBRE A POLÍTICA INDIGENISTA DE SAÚDE PÓS-CONSTITUIÇÃO DE 1988	35
1.6.1. ALGUNS DADOS SOBRE O DSEI-MG/ES	40
1.7. CONDIÇÕES DE “ENTRE-VISTAS” E A IMPORTÂNCIA QUE SE FALE	43
<u>2. CAPÍTULO 2 – PERCEPÇÕES DA PRÁTICA COTIDIANA: A RETÓRICA INSTITUCIONAL NA SAÚDE INDÍGENA A PARTIR DOS SERVIDORES</u>	49
2.1. CONCEPÇÕES DE POVOS INDÍGENAS	50
2.2. CONCEPÇÕES DE SAÚDE/DOENÇA	54
2.3. GESTÃO EM SAÚDE	56
2.4. ATENÇÃO DIFERENCIADA À SAÚDE	60
<u>3. CAPÍTULO 3 – MUNDOS IMAGINADOS: A RETÓRICA INSTITUCIONAL A PARTIR DOS DOCUMENTOS</u>	63
3.1. REFERÊNCIAS INSTITUCIONAIS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA SOBRE A “SAÚDE MENTAL”	64
3.2. A RESPOSTA INSTITUCIONAL DA SESAI SOBRE A PROBLEMÁTICA DA “SAÚDE MENTAL”	76
3.3. LIMITES DA RETÓRICA INSTITUCIONAL: VOZES INDÍGENAS POR SI MESMAS	83
<u>4. CAPÍTULO 4 – CONFRONTANDO RETÓRICAS: OUTRO ENTENDIMENTO SOBRE A SAÚDE MENTAL</u>	93
4.1. PODER TUTELAR, PROCESSOS DE TERRITORIALIZAÇÃO E OFENSIVAS AOS TERRITÓRIOS	98
4.2. ENTRE A LETRA E A PRÁTICA: DESCONTINUIDADES NA GARANTIA DE DIREITOS DOS POVOS INDÍGENAS	106
4.3. UMA OUTRA LEITURA SOBRE A ATENÇÃO DIFERENCIADA: O LUGAR DOS TERRITÓRIOS E DA PARTICIPAÇÃO	116
<u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	121
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	124
<u>ANEXOS</u>	130

INTRODUÇÃO

A presente dissertação aborda a questão da “saúde mental” em povos indígenas no Brasil, categoria comumente utilizada no campo da Saúde Indígena para se referir aos casos do uso prejudicial de álcool, aos suicídios e/ou aos transtornos psiquiátricos quando verificados em sociedades indígenas. Desde já, o termo aparece entre aspas, uma vez que se opera com uma categoria ocidental aplicada a certos fenômenos de saúde/doença quando verificados em sociedades indígenas.

O estudo se concentra na construção da política específica para lidar com o tema por parte de duas instâncias estatais na escala regional, o Distrito Sanitário Especial Indígena de Minas Gerais e Espírito Santo (DSEI-MG/ES), responsável pela assistência à saúde dos povos nesses estados, e a Coordenação Regional de Minas Gerais e Espírito Santo da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), órgão indigenista oficial do Estado Brasileiro regionalmente, ambas localizadas no município de Governador Valadares, em Minas Gerais. Uma apresentação detalhada dos povos indígenas cobertos pela assistência do DSEI-MG/ES e pela FUNAI-MG/ES serão detalhados no Capítulo 1.

A pesquisa se desdobrou durante os anos de 2017 e 2018, sendo possível a realização de entrevistas e a etnografia de documentos a partir da consolidação do campo de pesquisa no segundo semestre de 2018. Durante esse período, não somente ingresso no mestrado em Antropologia na UFMG como também me torno servidor no Sistema Único de Saúde, enquanto Psicólogo da Saúde na Atenção Primária à Saúde (APS), transformando assim minhas vinculações pessoais e profissionais que orientam a caminhada tanto no mestrado quanto no trabalho.

Objetivou-se a compreensão do processo de construção institucional da política para lidar com a “saúde mental” pelas agências governamentais corresponsáveis, com atenção especial aos direitos territoriais e participativos dos povos indígenas e a análise de documentos oficiais e a produção acadêmica atual sobre a saúde mental em povos indígenas em articulação com os temas dos direitos territoriais e participativos, de modo a contribuir com um estudo de instâncias estatais acerca da “saúde mental”.

Com base no exposto, enfatiza-se a importância de consideração simultânea dos impasses dos territórios e da participação no estudo das situações de abuso de álcool,

suicídios ou transtornos psiquiátricos entre os povos indígenas. Contudo, baseado em um levantamento realizado na literatura e estudo específico da área (Batista, 2016), poucos materiais conjugam esses dois fatores na análise da questão, privilegiando ora o impacto das violações territoriais sobre a saúde indígena, ora a importância do controle social na construção de intervenções. Além disso, produções ao nível de pós-graduação em Antropologia Social, que investiguem a construção institucional de planos de intervenção pelas agências governamentais, são inexistentes.

Um estudo que articule tais impasses faz-se então necessário e relevante, pois a compreensão e os planos de intervenção sobre a “saúde mental” devem considerar o contexto histórico e sociocultural dos povos indígenas, nos quais os direitos territoriais interferem tanto nas condições de saúde/doença quanto no modelo de atenção proposto pelo Estado. Esse impasse dos territórios tem sido retratado em diferentes povos, como *Tikúna* (Erthal, 2001); *Kaingang* (Oliveira, 2004a); *Maxacali* (Pena, 2013); *Mbyá-Guarani* (Ferreira, 2013); e *Guarani-Kaiowa* (Silva, Langdon, Ribas, 2014).

Esses estudos revelam que o uso prejudicial de álcool, suicídios ou transtornos psiquiátricos não deveriam ser apreendidos e tratados sob a lógica biomédica ocidental/universalizante. É preciso que sejam considerados à luz do povo em questão, compreendendo os efeitos nocivos de fatores circundantes – como a ausência, precariedade e/ou violação dos territórios –, sobre as formas de adoecimento, categorias êmicas e práticas terapêuticas tradicionais. Nesse sentido, esse impasse é um elemento fundamental de consideração nos planos de intervenção em saúde mental, uma vez que a questão das terras impacta a organização sociocultural dos povos e a construção de políticas nas aldeias.

Concomitantemente, o tema da saúde mental exige a discussão sobre a participação enquanto um direito dos povos na construção de intervenções, como previsto nas legislações que orientam o campo. Na Portaria 2.759/2007 (Brasil, 2007), que aborda o sofrimento mental, enfatizou-se a importância de participação do movimento social e das lideranças indígenas em um processo coletivo de construção de consensos e soluções, que considere e respeite as especificidades culturais e convoque os conhecimentos da medicina tradicional para a abordagem dos fenômenos de saúde mental.

Tal direito de participação, entretanto, encontra-se estrangido, na medida em que o valor da tutela nas políticas indigenistas enfraquece o protagonismo dos indígenas. Nesse aspecto, Teixeira e Garnelo (2014) sinalizam a persistência na literatura de uma lacuna de

estudos que investiguem a afinidade entre os valores e práticas da tutela indígena e os da política diferenciada atual, para o entendimento da articulação entre os contextos da macropolítica e as interações de poder no cotidiano da saúde indígena.

Por fim, resalto meu interesse de longo prazo pela saúde indígena que, ainda que complexa e de grande relevância social, carece de maior investigação no âmbito da pesquisa em Ciências Sociais e da Saúde, se comparada à reflexão teórica já existente sobre o SUS de forma ampla.

As especificidades na realização do campo na administração pública e governança são descritas no Capítulo 1, já previstas quando se pretende etnografar instância estatais devido a uma série de impeditivos, como o acesso às instituições, a limitação da observação participante e a realização de entrevistas. Teço considerações sobre esse fazer etnográfico no DSEI e na Coordenação da FUNAI de Minas Gerais e Espírito Santo, a partir da recomendação de Nader (1972) sobre a necessidade de estudos das elites e da burocracia em sociedades ocidentais, denominados de estudos *up*, de modo a compreender as formulações e ações concentradas nas mãos de poucas pessoas que interferem nas condições de vida da população e se relacionam à construção da cidadania. A recomendação da autora é também atualizada a partir dos debates na Antropologia brasileira, em que se constata a limitação dos pressupostos da disciplina e a insuficiência dos recursos metodológicos e técnicos que informam a tradição clássica para lidar com novas questões de pesquisa e configurações diversas no campo de pesquisa, como na Saúde Indígena.

A presente investigação se insere, portanto, no estudo da Administração Pública e da Governança no Brasil, de modo a compreender de que forma a “saúde mental”, enquanto um tema que afeta uma coletividade, como os povos indígenas, é focalizado pelas agências governamentais e quais formulações e ações são propostas. Para tanto, as entrevistas com os servidores das instâncias estatais e a etnografia dos documentos veiculados pelas instituições são dois recursos metodológicos para essa compreensão e conformam uma determinada retórica que versa sobre a “saúde mental”. Especial atenção é conferida às minhas vinculações pessoais/profissionais no percurso desta pesquisa e a relação que estabeleço, então, com os servidores a partir do meu lugar de fala.

No Capítulo 2, apresento a análise das entrevistas realizadas com servidores tanto do DSEI-MG/ES quanto da FUNAI-MG/ES, em que as percepções compartilhadas foram categorizadas para fins de apresentação, segundo a Análise Temática proposta por Minayo

(2014). Como previsto, os conteúdos acumulados dão conta não somente do tema da “saúde mental”, mas estabelecem também relações com outras temáticas como concepções sobre os povos indígenas, questões relacionadas à gestão da política de saúde e da atenção à saúde nas aldeias. As entrevistas com os servidores contemplam e atualizam pressupostos deste estudo, segundo os quais os territórios, a participação dos indígenas na política de saúde, a atenção diferenciada enquanto princípio da política e a intersetorialidade são questões fundamentais de consideração para se pensar os casos de “saúde mental” e para a proposição de formulações e ações pelas agências governamentais.

O Capítulo 3 se concentra na etnografia dos documentos veiculados pelas instâncias estatais, seja durante o percurso de investigação, seja a partir do contato com os servidores em seus territórios de prática. Trata-se de documentos publicados desde o início dos anos 2000, quando a questão da saúde mental se torna tema de reflexão para as agências estatais com vistas à construção de intervenções em povos específicos e de forma pontual, valendo-se da participação dos indígenas nesse processo. Ao longo de vinte anos, o tema se tornaria objeto específico de políticas e materiais que orientam a atuação de gestores e profissionais, concorrendo com a própria problematização da ideia de “saúde mental” em povos indígenas. A etnografia de documentos realizada se dá a partir da consideração dos documentos enquanto “pessoas de papel” (Vianna, 2014) que, tendo o (necessário) voto de confiança do pesquisador, transmitem informações e silêncios, assim como “pessoas de carne e osso”, atuando como agentes sociais que conformam uma retórica sobre outros mundos na Saúde Indígena – confirmando ou confrontando a retórica dos servidores.

O capítulo final se concentra, por sua vez, no confronto das retóricas apresentadas nos capítulos precedentes, apoiado em estudos da literatura antropológica e da saúde coletiva, de modo a ampliar o debate sobre as ideias de saúde/doença, povos indígenas, territórios e participação. Nesse processo, a literatura permite a problematização da própria ideia de saúde/doença enquanto uma metáfora a informar as formulações e ações da política, correlacionada às concepções de mundo, condições de existência e sofrimento que são muito diversas de acordo com a sociedade de que se fala.

Uma vez com o enfoque em sociedades indígenas, os territórios e a participação tem atenção especial no processo histórico de constituição do Estado-nação brasileiro, nas violações territoriais e no constrangimento da participação indígena a partir do importante marco jurídico da Constituição de 1988 e de normativas internacionais. A essa altura, o

princípio da atenção diferenciada que orienta a política indigenista de saúde tem a proposta de uma outra leitura que se valha das considerações sobre as concepções de saúde/doença dos povos indígenas a partir de suas próprias compreensões sobre o fenômeno. Em seguida, faço minhas considerações finais.

1. CAPÍTULO 1 – “VOCÊ MAL CHEGOU E JÁ FOI EXPULSO!?”:
CONSIDERAÇÕES SOBRE O FAZER ETNOGRÁFICO EM INSTÂNCIAS ESTATAIS
NO CAMPO DA SAÚDE INDÍGENA

Assim me disse rindo umas das servidoras durante o campo de pesquisa. Ela se referia ao momento em que os participantes não-indígenas da 6ª Conferência Distrital de Saúde Indígena de Minas Gerais e Espírito Santo foram convidados a se retirar do auditório do hotel, por solicitação dos indígenas, que defendiam a importância de um tempo e espaço reservados somente a eles. Posteriormente, o evento poderia ter início, como nos protocolos de conferências não-indígenas: apresentações temáticas, elaboração de propostas em grupos de trabalho, plenária final para votação das mesmas e encaminhamentos à Conferência nacional.

Promovida pelo Distrito Sanitário Especial Indígena de Minas Gerais e Espírito Santo (DSEI-MG/ES), a conferência ocorreu em Governador Valadares-MG, entre 18 e 20 de dezembro de 2018, com participação de lideranças e representantes indígenas dos territórios cobertos pela assistência à saúde da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI)/Ministério da Saúde (MS). Além deles, participaram também trabalhadores, gestores das políticas de saúde e outras afins e ouvintes não-indígenas. Após o encerramento, todos os indígenas retornariam as suas aldeias.

O convite à retirada pelos indígenas não parecia previsto na programação do evento, visto a surpresa de alguns participantes, principalmente gestores de apoio, preocupados com o cronograma restrito para tantas atividades em somente três dias. A proposta de reunião em separado – que não precisou da aprovação dos demais – parece ter sido uma manobra estratégica para que tivessem um momento a seu favor, afastados da intervenção de gestores, trabalhadores ou ouvintes não-indígenas. Somente ali poderiam encontrar em um lugar-comum “os parentes” (como os indígenas muitas vezes se chamam entre si), após as etapas precedentes à conferência terem sido realizadas nas aldeias com acompanhamento próximo de gestores e trabalhadores do DSEI.

O tempo e espaço exclusivos a eles têm assim papel importante por revelar uma apropriação pelos indígenas dos códigos de participação previstos, de modo a fazer valer o diálogo, a troca e o fortalecimento interno, segundo seus modos de organização e debate, para sustentar pautas e reivindicações na arena de construção da política de saúde.

Naquele momento, receoso sobre o que esperar, ainda me situava enquanto pesquisador não-indígena branco, tendo realizado anteriormente duas entrevistas com servidores não-indígenas do DSEI-MG/ES que contribuiriam para uma frágil sensação de segurança no campo. Uma das entrevistadas é a servidora que me questionou sobre a retirada do auditório e que intitula o presente capítulo. Retrospectivamente, percebo o convite à retirada, bem como outras situações etnográficas, à semelhança da “navegação na neblina” descrita por Barroso (2014), no sentido de nossa capacidade de suportar períodos em campo “em que as questões que trouxemos de casa deixam de fazer sentido e não são respondidas pelo que estamos vendo nem pelo que as pessoas nos estão dizendo” (Barroso, 2014: 158). A conferência proporcionaria o acompanhamento do processo de participação indígena e reivindicação de demandas que poderiam, por sua vez, correlacionar-se com o tema da saúde mental, mas, antes disso, conduzida de uma determinada forma pelos indígenas, informava a especificidade daquele campo.

A atitude legítima dos indígenas indicava que eram eles que detinham o controle naquela situação e apontavam o funcionamento de seu encontro, tendo os não-indígenas que se conformar a tal lógica. Ao contrário de muitos estudos clássicos na Antropologia em que o etnógrafo se encontra, de antemão, em uma posição privilegiada e imposta de observação participante de seus “nativos” – carregando consigo preconceitos e hipóteses – o estudo das políticas públicas e de instâncias estatais impõe desafios outros, como a presença mesma do pesquisador em campo, a possibilidade de realização de entrevistas e/ou o acesso a documentos relacionados à investigação.

Teixeira (2014) afirma que aqueles que pesquisam políticas públicas de saúde ou as políticas voltadas aos indígenas descobrem cedo que a observação participante nos escritórios de burocratas pode render muito pouco de acordo com o problema a ser investigado. Definitivamente não se tratava de um escritório naquele momento e, a partir da iniciativa dos indígenas, entendia que a presença ali não era uma garantia ou, pelo menos, comportava certa tensão, estado que me acompanhou durante todo o campo, inclusive.

A vivência rememorada se relaciona à questão do meu lugar de pesquisador em instâncias estatais, seja na interação com os “outros” indígenas, seja com os “outros” não-indígenas. Faço, portanto, algumas considerações sobre o fazer etnográfico no campo do *studying up* (estudos para cima) ou *fieldwork in elite settings* (pesquisa de campo em contextos de elite).

1.1. Estudos *Up* na Antropologia, condições cotidianas de vida e cidadania

Em um ensaio provocativo intitulado *Up the Anthropologist – Perspectives Gained from Studying Up*, Laura Nader, já em 1972 nos Estados Unidos, defende a importância da contribuição que a Antropologia pode oferecer à compreensão dos processos de exercício de poder e responsabilidade naquele país. A autora sinaliza certa urgência por uma Antropologia preocupada com o poder e com a qualidade de vida das pessoas com vista ao entendimento, também pelos cidadãos, sobre aqueles que estão no controle de estruturas institucionais estratégicas e conformam determinados modos de vida para a população. Tal empreendimento se dá a partir da constatação de que milhares de pessoas são dependentes das ações, ou da falta delas, de alguns poucos em posições de poder com controle sobre suas vidas.

Nader (1972) sinaliza que a proposição de outras frentes de estudo na Antropologia enfrenta, contudo, problematizações e descrédito por parte dos próprios antropólogos, muitos deles arraigados em questões e tradicionais métodos de pesquisa da disciplina, como a observação participante, consolidada em exaustivos estudos em sociedades não-ocidentais. Para sustentar sua proposição, ela elenca, então, três razões para o *studying up*: o componente de indignação e integração que gera para muitos estudantes; a adequação científica e a relevância democrática do trabalho a ser realizado.

A partir de sua experiência com estudantes no ambiente acadêmico, Nader (1972) apreende a motivação de muitos deles em estudar instituições e processos que afetam suas vidas cotidianas e o futuro, em vez de reafirmar conclusões anteriormente obtidas em estudos de outras sociedades, distantes de suas realidades concretas. Com base em diferentes motivações de investigação, os estudos *up* levantariam outras questões como responsabilidade, *accountability* (prestação de contas), auto regulação e análise de redes em instituições como comissões de seguros de grandes empresas, agências de poluição do ar, instâncias do Judiciário, entre outras. Dessa forma, a sociedade da burocracia poderia ser desvelada em seus bastidores, identificando-se os mecanismos através dos quais corporações e indústrias estrangeiras, a exemplo, direcionam diversos aspectos da vida cotidiana.

A autora defende ainda que numerosas pesquisas na Antropologia versam sobre

grupos marginalizados e grupos étnicos em outras localidades, a exemplo dos povos indígenas, assentadas em uma relação de poder que pesa a favor do antropólogo em campo e conformam teorias a partir de um determinado ponto de vista. Muito pouco se produziu, contudo, sobre a classe média e, muito menos, sobre segmentos da elite na sociedade contemporânea, lacuna a ser superada a partir de uma reversão das questões da disciplina para outros grupos de investigação, seja o do colonizador, ao invés do colonizado, seja a afluência (Sahlins, 1972), ao invés da pobreza, sendo que o estudo desses temas contribui, por sua vez, para uma ampliação da compreensão obtida em estudos *down* (realizados em sociedades não-ocidentais), em um processo de desenvolvimento das teorias e descrições na Antropologia.

Caso a disciplina fosse reinventada para os estudos *up*, cedo ou tarde, teria que realizar estudos *down*, a partir da primeira perspectiva. De acordo com a autora, “Não estamos lidando com uma proposta do tipo ou/ou; precisamos simplesmente perceber quando é útil ou crucial em termos do problema estender o domínio do estudo para cima, para baixo ou para os lados” (Nader, 1972: 292) e continua “É apropriado que uma antropologia reinventada deveria estudar organizações e instituições poderosas e burocráticas nos Estados Unidos, pois tais instituições e seus sistemas de rede afetam nossas vidas e também afetam a vida de pessoas que os antropólogos tradicionalmente estudaram...” (Nader, 1972: 293)¹.

Nader (1972) aponta ainda que os estudos *up* podem contribuir para a integração entre as preocupações com o social e os propósitos da Antropologia, enquanto ciência do homem, a partir de um trabalho científico e social que se soma àqueles desenvolvidos até então na disciplina. Alguns estudos *up* poderiam até contribuir para educar gestores de diferentes instituições em relação às consequências de determinados processos e decisões legais e, infelizmente, os achados serem manipulados em alguns casos por esses gestores em seu favor.

Contudo, um outro papel desempenhado por esses estudos se relaciona à ideia de cidadania nas sociedades democráticas, em que os cidadãos podem fazer frente à manipulação de gestores, a partir do acesso às instituições e aos processos de tomada de decisão, compreendendo de que forma funcionam as mesmas e afetam suas vidas. Para tanto, os estudos *up* se concentrariam na descrição da burocracia e de sua cultura, na tentativa de responder à seguinte questão:

¹ Tradução própria do original: “We are not dealing with an either/or proposition; we need simply to realize when it is useful or crucial in terms of the problem to extend the domain of study up, down, or sideways” (Nader, 1972: 292) e continua “It is appropriate that a reinvented anthropology should study powerful institutions and bureaucratic organizations in the United States, for such institutions and their network system affect our lives and also affect the lives of people that anthropologists have traditionally studied...” (Nader, 1972:292).

Como pode a cidadania funcionar em uma democracia quando essa cidadania é lamentavelmente ignorante de como a sociedade funciona e não funciona, de como o cidadão pode se 'encaixar' como cidadão, do que aconteceria se os cidadãos começassem a exercer outros direitos que não fossem votando como uma forma de fazer o sistema funcionar para eles?" (Nader, 1972: 294)².

Os estudos *up*, portanto, cumpririam importante papel no fortalecimento do exercício da cidadania, a partir de um conhecimento sobre as instituições até então inacessível ou impedido. Ainda que Nader (1972) se baseie no contexto norte-americano para suas reflexões, a reinvenção da Antropologia, como nomeia, não está circunscrita aos Estados Unidos.

1.2. Outros horizontes na Antropologia brasileira e o estudo de povos indígenas

. Em um artigo publicado em 2004, *Pluralizando tradições etnográficas: sobre um certo mal-estar na antropologia*, Oliveira (2004b) afirma que a recomendação de Nader de que antropólogos realizem “estudos para cima” é muito útil e oportuna, mas, assim como nos Estados Unidos, implica uma problematização de métodos e objetivos, no sentido de uma transformação qualitativa da herança clássica da disciplina.

Assim como Nader (1972), Oliveira (2004b) argumenta que tal transformação não se dá de forma simples, mas enfrenta resistências internas na Antropologia e suscita questionamentos quanto à legitimidade desses novos estudos, frente àqueles realizados no cenário colonial. Essa transformação se faz acompanhada de um “mal-estar” na antropologia, à diferença do termo crise, uma vez que não resulta de fatores externos, mas de uma ameaça interior, “de um temor difuso de que alguns comportamentos venham romper com o consenso estabelecido e conduzam a uma quebra da unidade da disciplina” (Oliveira, 2004b: 10).

² Tradução própria do original: “How can a citizenry function in a democracy when that citizenry is woefully ignorant of how the society works and doesn't work, of how citizen can 'plug in' as a citizen, of what would happen should citizens begin to exercise rights other than voting as a way to make the system work for them?” (Nadel, 1972: 294)

A hipótese de Oliveira (2004b) é de que tal mal-estar resulta “do fato de as verdades operacionais que geraram as condições de possibilidade da prática antropológica, formatando gostos e valores e permitindo aos antropólogos a cristalização de uma identidade própria, não fornecem mais uma carta de navegação inteiramente satisfatória e confiável” (Oliveira, 2004b: 11). Dentre as verdades operacionais ou autorrepresentações da disciplina, a mais central delas é a pressuposição da externalidade do olhar do pesquisador, correlacionada à dissociação dos interesses em jogo, à preocupação com a descrição objetiva baseada na observação, à abstração de inferências e ao teste empírico, e ao uso de categorias analíticas para explicações mais apropriadas que as dos “nativos” (Oliveira, 2004b).

Todas essas ferramentas são mobilizadas pelo etnógrafo durante e após a realização da pesquisa, que exige a observação participante, o convívio prolongado afastado dos demais brancos, o aprendizado de uma cultura e de uma língua, a descrição de pessoas e eventos e a acumulação de registros, constituindo-se como base do método da disciplina e da própria singularidade do olhar antropológico (Oliveira, 2004b). Importante enfatizar o argumento do autor de que as autorrepresentações se consolidaram no decorrer de um longo processo colonial, em que os indígenas se apresentavam como o outro, o “nativo”, enquanto objeto de conhecimento pelo “antropólogo”, o sujeito pesquisador, dotado de uma externalidade em seu olhar e de uma neutralidade na apreensão da realidade de seus “nativos”.

Esse encontro, contudo, conforma-se de modo artificial, uma vez que imposto pela empresa colonizadora, e afasta desde o início sujeito e objeto, pertencentes a sociedades e culturas contrastantes e a tempos sociais diferentes. Segundo Oliveira, “A recomendação metodológica de neutralidade, ficção de natureza política, corresponde implicitamente à naturalização das relações de dominação, tendo consequências radicalmente distintas para colonizadores e colonizados” (Oliveira, 2004b: 15).

As autorrepresentações da Antropologia não parecem assim serem adequadas para um novo cenário de atuação para os antropólogos, à semelhança da política indigenista de saúde, diante de limitações na realização da observação participante, da presença de outros atores em campo³, de relações conflituosas com o Estado e outras instituições, além de diferentes expectativas por parte de pesquisadores e, fundamentalmente, por parte dos indígenas –

³ Oliveira (2004b), em relação à etnografia com povos indígenas, aponta três pressupostos discursivos sobre o novo exercício de antropologia, dos quais *a valorização crescente da interdisciplinaridade* (2004b, p. 24) é um deles. Essa questão no campo da Saúde Indígena também é discutida em outras referências como Langdon, Garnelo, 2004; Souza, 2013; Teixeira, Silva, 2013; Teixeira, Garnelo, 2014.

principais interessados na forma como os estudos serão conduzidos e quais serão as resultantes. Nesse aspecto, valho-me da recomendação de Oliveira (2004b) de que nessas novas relações em campo o pesquisador é convocado a abandonar qualquer neutralidade, de modo a se engajar nas demandas atuais das coletividades em questão, como o são o respeito e a garantia dos direitos territoriais e da participação dos povos indígenas. Aprofundarei tais questões no Capítulo 4.

Por ora, dentre as diversas contribuições preciosas do texto de Oliveira (2004b), destaco duas para a presente discussão. A primeira consideração é a valorização que o autor confere ao trabalho de campo em estudos *up*, de modo que, em vez de dar prosseguimento a uma atuação assentada nas autorrepresentações da disciplina, “trata-se de encarar como fecunda a complexidade dessa práxis [a antropológica] e buscar aperfeiçoar seu instrumento privilegiado de conhecimento, o trabalho de campo” (Oliveira, 2004b: 18). A segunda se refere à afirmação de que os vínculos estabelecidos durante as pesquisas são diversos, de modo que homogeneizá-los e anulá-los traz consequências para a configuração das etnografias e para as interpretações realizadas. Segundo ele, muitos pesquisadores e pesquisados estabelecem relações complexas devido a escolhas políticas, identitárias e culturais, engendrando formas de espelhamento distintas, como iniciação, crítica, simpatia e aversão (Oliveira, 2004b).

Sendo assim, considero importante refletir sobre a especificidade do trabalho de campo que realizei, em termos de como se apresenta o atual cenário da administração pública investigada, em que a política indigenista apresenta particularidades e atravessamentos diversos em sedes administrativas com servidores, bem como me atentar para o tipo de relação que estabeleço com os mesmos. Nesse momento, é preciso então circunscrever esta pesquisa no campo da administração pública.

1.3. Administração Pública e Governança como preocupações da Antropologia

Em um estudo sobre a Antropologia da Administração e da Governança no Brasil, Teixeira e Souza Lima (2010) utilizam de um amplo *survey* (levantamento) da literatura para mapear a extensa produção relacionada a essas duas ideias, que poderiam se constituir em

área temática de adensamento na Antropologia ou de ponto de dispersão para diversos horizontes teóricos e metodológicos, combinado a outras tradições disciplinares. Uma primeira constatação dos autores é de que o campo temático na Antropologia referido à administração e governança é com frequência denominado de Antropologia do Estado, das Políticas Públicas ou do Poder (em contexto internacional), de modo que as ideias de administração e governança não poderiam ser naturalizadas, sob risco de desconsiderar trabalhos que já se relacionavam à denominação de Antropologia do Estado.

Administração adjetivada de pública poderia conduzir a três sentidos principais: a atividade de servidores públicos; a estrutura do governo executivo; e o estudo sistemático dos dois primeiros, de modo que estudos de administração pública devem atentar “de modo contínuo e em estreita proximidade, para as práticas da administração pública tanto da dimensão do fazer cotidiano de incontáveis funcionários administrativos, quanto da reelaboração constante dos quadros institucionais de Estado em que tal fazer acontece” (Teixeira e Souza Lima, 2010: 54).

Já a governança trataria “do processo de gestão política que abrange não apenas as bases do exercício da autoridade política, mas também o modo pelo qual se conduzem os assuntos de uma coletividade e os seus recursos” (Teixeira e Souza Lima, 2010: 55), aplicada a contextos mais amplos que o de governo e associada às ideias de responsabilização (obrigatoriedade ou o dever de prestar contas), legitimidade (o direito que tem aquele que governa de exercer poder e coerção sobre quem é governado e o quanto é percebido como corretamente exercido) e transparência (que supõe a existência de mecanismos pelos quais as tomadas de decisão dos governantes sejam passíveis de acesso público) (Teixeira, Souza Lima, 2010).

A partir dessas definições iniciais, apreende-se que os autores localizam questões no estudo da administração e, principalmente, da governança, que se aproximam das considerações de Nader (1972) sobre os estudos *up* na Antropologia voltados para instituições governamentais e seus aspectos de responsabilização, legitimidade e transparência, a partir do desvelamento da burocracia e do entendimento pelos estudiosos e cidadãos sobre esse funcionamento que afetam suas vidas.

A partir da análise da literatura, Teixeira e Souza (2010) também argumentam sobre como as ideias de administração e governança estão contempladas em cursos de formação na Antropologia, identificando duas tendências: o adensamento de questões, tomando a temática

da investigação em si como eixo articulador; ou a dispersão para outros horizontes, a partir de um recorte na pesquisa, em que o diálogo com outras disciplinas se faz presente e, por que não, necessário. Seria nesse segundo tipo que etnografias relacionadas à etnologia indígena, relações interétnicas, antropologia da saúde e do corpo e estudos ambientais estariam contempladas. “É predominantemente nesse conjunto diversificado de disciplinas que o debate específico sobre administração e governança é inserido, ou seja, que as intervenções governamentais são abordadas etnográfica e teoricamente” (Teixeira, Souza Lima, 2010: 66) e continuam “Tratar-se-ia portanto, predominantemente de uma abordagem instrumental da literatura com vistas a iluminar a realidade etnográfica em questão” (Teixeira e Souza Lima, 2014: 67).

A partir dessas definições, localizo minha investigação enquanto estudo no campo da governança, precisamente, da política indigenista de saúde, para a compreensão sobre sua organização na temática da saúde mental, enquanto uma questão que interessa a uma coletividade, como os povos indígenas, e para a qual agências estatais, como a SESAI e a FUNAI, elaboram formas de entendimento e de intervenção sobre os suicídios e uso prejudicial de álcool, a exemplo. Para tanto, os servidores que atuam nesta política e os documentos institucionais que versam sobre a temática se apresentam como fontes para sua compreensão.

Os autores argumentam ainda que nas duas tendências se observa uma disjunção entre reflexão teórica e análise empírica, haja vista a inexistência de textos que forneçam chaves metodológicas claras para o estudo da administração e governança na prática da etnografia em sociedades complexas. Nesse aspecto retomo a consideração de Oliveira (2004b) sobre o campo como instrumento privilegiado para refletir sobre as transformações em novos contextos de pesquisa com certas especificidades, a exemplo dos pesquisadores em posição de inferioridade em instâncias estatais, como no meu caso.

Em outra publicação, Castilho, Souza Lima e Teixeira (2014) também localizam o texto de Nader (1972) como referência para um novo conjunto de estudos voltados à sociedade contemporânea e com críticas à tradição clássica da Antropologia, que não confere os instrumentos necessários a certas pesquisas. Segundo eles, “o texto de Nader, se levado a todas as consequências que sugere, conduz a uma guinada epistemológica de significativa importância” (Castilho, Souza Lima e Teixeira, 2014: 9), já que não se trata de defender um novo campo somente, enquanto especialidade na Antropologia, tampouco reelaborar métodos

e técnicas clássicas sem uma crítica de seus pressupostos. Os estudos *up* se constituiriam de universos temáticos “em que os pesquisadores estão ou em posição inferior em termos das dinâmicas de poder que estudam, ou se encontram nela imiscuídos, seja como parte de sua atividade profissional, seja como parte dos processos sociais em que se envolveram em suas pesquisas” (Castilho, Souza Lima e Teixeira, 2014: 8).

As situações etnográficas que apresento nesta dissertação estão inseridas no aceite do desafio “de refletir sobre a especificidade dessa relação de poder e do nosso posicionamento nela” (Teixeira, 2014), em vez de desconsiderar ou minimizar essa relação, como ocorreu em muitos estudos anteriores aos de instâncias estatais na Antropologia. Destaco a construção de meu posicionamento em etnografar instâncias estatais na Saúde Indígena, diante de impedimentos de acesso e assimetrias de poder, considerando as subjetividades em jogo na situação etnográfica e revelando tensões e efeitos de poder como constitutivos da investigação (Castilho, Souza Lima e Teixeira, 2014).

Penso ser fundamental, portanto, retomar brevemente o meu percurso pessoal/profissional até a chegada nesse projeto de pesquisa, no sentido dos processos sociais em que esta investigação se insere, além de definir o que nomeio como elites em nosso campo de pesquisa, ou de outra forma, quem são os “nativos” desta investigação.

1.4. Caminhos até a Saúde Indígena e suas vinculações

Meu interesse pelo tema da Saúde Indígena se consolidou ao longo de muitos anos, desde a graduação em Psicologia, na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), tendo ingressado em 2010 e me formado em 2015. Ao longo do curso, com grande ênfase na área clínica e nos processos psicossociais, esforçava-me por conjugar essas duas ênfases em minha formação, percurso muitas vezes difícil, seja pela organização da grade curricular seja pela dificuldade de diálogo entre as áreas na figura de alguns professores.

Em contato inicial com a disciplina de Psicologia Social II no 4º período, logo percebi que ela indicava diálogos frutíferos com as Ciências Sociais, contempladas anteriormente em duas matérias introdutórias, a primeira de Fundamentos de Análise Sociológica, em seguida, Antropologia Cultural. O tema dos povos indígenas seria introduzido na disciplina de

antropologia em seus debates atuais, tendo lido anteriormente alguns textos clássicos de Malinowski, Radcliffe-Brown, Boas, Benedict, Mead, Laraia, Da Mata, Cardoso de Oliveira, entre outros.

Desde essa época, surgiu o desejo de cursar a formação complementar em Ciências Sociais, outro percurso a ser levado a cabo pelo próprio aluno, muitas vezes desmotivado por fluxos incertos e burocracias institucionais. Até aquele momento, não havia tido contato também com a área da Saúde Coletiva, sendo a Psicologia uma das ciências nela incluída. Tal lacuna seria preenchida posteriormente, nos últimos períodos do curso, em experiências de intercâmbio nacional e internacional e com a entrada no Departamento de Psicologia de uma professora com longa experiência profissional no SUS, especificamente na área de Saúde Mental, que se tornaria minha orientadora de pesquisa e de estágio no SUS. Ao mesmo tempo, esforçava-me por cursar as disciplinas necessárias à formação complementar em Ciências Sociais, parte delas durante o intercâmbio em Lisboa, parte no retorno à UFMG.

A experiência de universidade e nossos interesses de atuação e pesquisa não se dão, contudo, somente com disciplinas, pesquisa e estágios, mas também a partir dos vínculos que estabelecemos nesse âmbito. Localizo no meu percurso a importância do vínculo com um amigo indígena, de um povo do Nordeste, estudante de Ciências Sociais, que havia ingressado na primeira turma de estudantes indígenas na UFMG em 2010, a partir do primeiro vestibular indígena com vagas em cursos específicos de afinidade com as demandas dos povos, como Medicina, Enfermagem, Odontologia, Agronomia e Biologia, além das Ciências Sociais. A Psicologia não havia aberto vagas para tal proposta...

Esse vínculo de amizade, cultivado por anos, despertou em mim o interesse pela questão indígena, uma realidade até então distante para mim, mas acolhida com muito interesse, acredito, pelos sentimentos, inquietações e perspectivas que me despertaram. A convivência próxima me permitiu também acompanhar de perto as especificidades do processo de entrada⁴ de indígenas na universidade⁵, até então não preparada para receber esses estudantes e tantos outros de políticas afirmativas instituídas em governos precedentes.

Apreendo dessa época a constatação de que a universidade, ainda que se pretenda

⁴ O ingresso de estudantes indígenas em cursos de graduação e, principalmente, de pós-graduação na UFMG é tema de artigo que aborda a problemática. Disponível em Boletim UFMG (online): <https://ufmg.br/comunicacao/publicacoes/boletim/edicao/2062/mais-uma-porta-aberta>

⁵ Felipe Cruz (2017), do povo Tuxá, traz uma discussão significativa sobre a emergência de indígenas antropólogos – nesta ordem, como ele mesmo defende – nas universidades e uma crítica ao processo de construção da alteridade no campo da Antropologia.

plural, enfrenta muitos problemas no acolhimento e garantia da manutenção desses ingressantes, pelo funcionamento institucional e pelas pessoas que ali circulam, muitas delas arraigadas em modos conservadores de ação e transmissão de conhecimento, informados por preconceitos das mais diversas ordens. Em relação à Psicologia, pouquíssimas eram as oportunidades de diálogo com a questão indígena, para não dizer nenhuma, fosse em disciplinas optativas, grupos de estudo ou eventos que abordassem a temática.

Quando dos últimos períodos, optei por cursar a ênfase em Processos Psicossociais, interessado na atuação da Psicologia em questões importantes da sociedade atual, a exemplo das políticas públicas, sem deixar de contemplar, contudo, a área clínica em disciplinas e estágios curriculares. Durante esses períodos, tive também a feliz oportunidade de aprender a pesquisar e aprofundar meus conhecimentos teóricos e metodológicos na Saúde Coletiva em projetos de pesquisa relacionados à prática multiprofissional no SUS, junto àquela professora recém-ingressa, que contribuem, por sua vez, para a realização desta pesquisa.

A partir dessas experiências e da finalização do curso, dois caminhos se apresentaram: dar continuidade aos estudos no nível de pós-graduação e a atuação no SUS por meio de concursos, visto a desvalorização de oportunidades para psicólogos de forma geral no mercado. Afeito ao tema dos povos indígenas, especificamente, na área de saúde mental, e ciente da possível limitação do mestrado na Psicologia com essa temática, direcionei meus esforços para a mudança de área, conjugando então meu interesse pelos povos indígenas e pela saúde coletiva no campo promissor da Antropologia.

Concomitante aos estudos para o concurso de mestrado, decidi por tentar também um concurso de Psicólogo da Saúde para atuação na APS do SUS e, felizmente, fui aprovado. Recém-chegado na pós-graduação, com somente um mês de ambientação, fui nomeado para assumir o concurso. A carga horária de 20 horas semanais me permitiria a difícil, mas convidativa tarefa, de conciliar o trabalho com os estudos e tomada a decisão, tornei-me servidor na Secretaria de Saúde de um município da região metropolitana de Belo Horizonte, lotado em uma unidade básica de saúde com atuação na área de saúde mental.

De forma objetiva, meu trabalho pode ser entendido como a Psicologia enquanto integrante de um núcleo multiprofissional que atua junto às equipes de referência da Estratégia Saúde da Família (ESF), com base na Clínica Ampliada e na tecnologia do Apoio Matricial. A primeira funciona como referencial teórico e técnico para o acolhimento e condução de ações, assentada na importância de consideração dos aspectos psicossociais dos

usuários para o cuidado em saúde, sendo por isso chamada também de Clínica do Sujeito.

Já o Apoio Matricial se constitui tanto de um arranjo organizacional, ao supor o trabalho conjunto entre as equipes da ESF e a equipe multiprofissional, quanto de uma metodologia de trabalho, que prevê a corresponsabilização dos casos pelas duas equipes e a realização de ações, seja junto às equipes ou diretamente com os usuários, na forma de atendimentos individuais e coletivos, atendimentos compartilhados com outros profissionais, visitas domiciliares, organização de grupos, processos de educação permanente e integração intersetorial.

Minhas vinculações pessoais/profissionais foram assim ampliadas a partir do trabalho no SUS e no mestrado, assumindo o lugar de antropólogo em formação e psicólogo servidor na área da saúde coletiva. O sofrimento mental, presente em minha atuação profissional cotidianamente, é também objeto de investigação na Antropologia, a partir do meu interesse em compreender de que forma as instâncias estatais lidam com esse fenômeno preocupante na atualidade, para o qual as intervenções ainda estão em processo de construção, ao mesmo tempo em que fatores políticos, econômicos e sociais de nossa sociedade continuam afetando a vida, o bem-estar e as condições de saúde/doença dos povos indígenas.

Como abordo nos próximos capítulos, não se trata de uma transposição direta para o campo da Saúde Indígena de categorias ocidentais de saúde, doença e sofrimento, pelo contrário, faz-se necessário entender a especificidade da “saúde mental” em povos indígenas, em relação às suas concepções de saúde/doença, tomadas como diversas e atravessadas pelos determinantes sociais de uma sociedade, como os territórios indígenas. Esse entendimento se vale da indicação de Oliveira (2004b) de que não se faz mais possível uma posição de neutralidade na condução das pesquisas em Antropologia, que não considere as reais demandas dos povos indígenas, como os territórios, de modo que esta pesquisa tem enfoque privilegiado sobre esse fator na correlação com as concepções de saúde/doença dos indígenas.

Assim como Nader (1972) sinaliza o componente de indignação para a realização de estudos *up*, esta é minha motivação, enquanto psicólogo e antropólogo, por investigar um tema complexo, problemático na Saúde Indígena e ainda com poucos estudos se tomarmos comparativamente a abrangência de pesquisas realizadas na Saúde Coletiva e, menos ainda, na Psicologia. Identifico também minha atuação de Psicólogo da Saúde como vinculação com as políticas públicas, que permite um entendimento sobre a organização da política de saúde do Estado e sobre a assistência na área de saúde mental, a ser problematizada, evidentemente,

no estudo de povos indígenas.

É a partir dessa vinculação que estabeleço relação com os “nativos” de minha pesquisa, ou seja, os servidores (funcionários públicos) não indígenas, que atuam em duas instâncias estatais relacionadas à assistência à saúde nos estados de MG e ES do Distrito Sanitário Especial Indígena de Minas Gerais e Espírito Santo (DSEI-MG/ES) e da unidade regional da FUNAI de MG e do ES.

1.5. Passagens na administração pública e moedas de troca

Inicialmente, o objetivo de minha pesquisa era a compreensão da construção de planos de intervenção para lidar com a saúde mental em povos indígenas nas instâncias nacionais da SESAI e da FUNAI. Pretendia realizar entrevistas com gestores-chave à condução da política indigenista nessa temática e idealmente acompanhar alguma reunião do Comitê Gestor intersetorial previsto na publicação de uma portaria específica sobre o tema em 2007⁶.

O acesso a essas instâncias enfrentou, contudo, dificuldades (previstas) relacionadas ao contato com interlocutores, seja pelos trâmites dos Comitês de Ética⁷ ou de modo informal⁸ e a abrangência da empreitada, constrangida pelo tempo previsto à realização do mestrado, de dois anos. A alternativa encontrada para lidar com tal cenário foi redimensionar o foco de análise da pesquisa que propiciou, por sua vez, sua operacionalidade em âmbito regional, mas também a construção de um estudo que abordasse a assistência à saúde dos povos nos estados de MG e ES com foco na saúde mental, tema pouco retratado em pesquisas recentes de pós-graduação.

6 Portaria nº 2.759, de 25 de outubro de 2007 que estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas e cria o Comitê Gestor (Brasil, 2007).

⁷ Foi considerada a possibilidade de tramitação da presente pesquisa no Comitê de Ética da UFMG que, por conseguinte, referenciaria os procedimentos necessários aos Comitês de Ética das instituições a serem investigadas, contudo, a submissão de pesquisas nas áreas de Ciências Humanas e Sociais ainda enfrenta questões problemáticas quanto ao entendimento de sua natureza, traduzidas na conformação e preenchimento dos campos protocolares no sistema dos Comitês. Optamos assim pelo contato com os interlocutores-chave da pesquisa, atentos às recomendações da Associação Brasileira de Antropologia (ABA) sobre a realização de pesquisas, e elaboramos um termo próprio de concessão das entrevistas para finalidade acadêmica, como forma de resguardo quanto à realização das entrevistas (ver Anexos).

⁸ Desde o ingresso no mestrado, em março de 2017, estabeleci contatos, via mensagens eletrônicas, com possíveis interlocutores de instâncias nacionais e regionais para a realização da pesquisa sem, contudo, conseguir estabelecer vinculações institucionais sólidas que permitissem a realização do campo de pesquisa, ainda que me valesse dos Comitês de Ética.

Tal redimensionamento da análise pode ser compreendido como uma manobra que otimizasse a operacionalidade da pesquisa, mas, fundamentalmente, pressupõe um entendimento sobre a proficuidade da noção de variação de escalas na análise de fenômenos sociais, como proposto pelo historiador Jacques Revel (2010). A partir do exemplo da constituição do Estado moderno na Europa e seus desdobramentos para a geopolítica mundial, o autor argumenta que toda realidade histórica maior, como o Estado, assume sua forma e seu sentido em uma pluralidade de mundos sociais e, portanto, recomenda que se relativize a oposição historiográfica entre a abordagem micro e macroanalítica na apreensão de um determinado processo. Segundo ele, “O significado histórico e social do Estado não se situa unicamente no nível macro, tampouco somente no nível micro. Situa-se em todos os níveis em que pode ser identificada a implementação do processo estatizante” (Revel, 2010: 443).

Sendo assim, meu estudo se vale dessa recomendação e apresenta uma das várias maneiras de compreensão da atuação do Estado na política indigenista de saúde acerca da saúde mental. Estado tomado aqui não como um ente único, homogêneo e que seria melhor apreendido em escala macro, como no estudo em instância nacional. O recorte efetuado para o nível regional da governança também contempla a atuação do Estado, tomado aqui como difuso, heterogêneo e que imprime suas marcas constitutivas nos diversos níveis administrativos.

Interessa-me compreender a interação entre os atores sociais envolvidos na governança da assistência à saúde mental, a partir de suas diferentes vinculações profissionais, inserções institucionais e pontos de vista sobre esse fenômeno, na tentativa de mapear a interação de forças que movimenta e atualiza o Estado nessa temática. Trata-se da atualização do processo estatizante, como diz Revel (2010), em relação à política de saúde mental em escala regional, de modo a compreender como um tema que afeta uma coletividade é conduzido pelas instâncias estatais na figura dos servidores, enquanto porta-vozes das instituições, como sinalizam também Teixeira e Souza Lima (2014) sobre a governança.

O contato com uma das interlocutoras centrais à pesquisa já havia ocorrido desde o início do ano de 2017, a partir de minha entrada no programa de pós-graduação, quando ela ainda atuava na Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais, em uma coordenação específica de povos indígenas. Desde então, parecia haver um interesse de sua parte no contato estabelecido por mim, enquanto Universidade, e de nossa parte, o interesse de aproximação com o campo para mapeá-lo até o nível nacional. Esse contato gerou, por sua

vez, outra indicação no nível regional, tendo uma delas se tornado outro interlocutor da pesquisa, atuante na área de saúde mental do DSEI-MG/ES.

A partir do redimensionamento do estudo, estabeleço novo contato com a interlocutora que me acolhera inicialmente, lotada nesse momento no DSEI-MS/ES devido a uma mudança de órgão, e surge a oportunidade de uma conversa informal em que sugere a participação também daquele servidor atuante na área de saúde mental, seu colega de trabalho.

Durante essa conversa, em meio virtual, tive a oportunidade de me apresentar, enquanto psicólogo e mestrando em Antropologia e o objetivo de minha pesquisa. Foram pontuadas questões importantes sobre a construção da assistência à saúde mental no nível regional, com menção à referida portaria do ano de 2007, e permitido o acesso a um documento orientador da área⁹, a ser analisado no Capítulo 3. A menção à portaria e a indicação desse documento se constituem de um dado etnográfico importante, considerando que o tratamento de documentos é um dos focos em estudos *up* na Antropologia, em que a escrita é um instrumento de poder e segregação. (Castilho, Souza Lima e Teixeira, 2014).

Também ao longo dessa conversa, sou convidado a conhecer o DSEI-MG/ES no município de Governador Valadares-MG, oportunidade para uma visita exploratória e possível consolidação do campo de pesquisa no nível regional. No aparente clima de acolhida e interesse por parte desses interlocutores, eles me endereçam, então, uma encomenda, enquanto integrante da Universidade, de que contribuísse com um estudo sobre o suicídio em um povo específico do estado de MG, diante do número alarmante de casos e a inexistência de uma pesquisa específica que pudesse contribuir para a compreensão desse fenômeno e embasar uma possível intervenção.

Surpreso com tal pedido, minha resposta possível no momento foi afirmar meu interesse em contribuir com o campo de alguma forma, para além dos objetivos do meu mestrado, e referenciar essa encomenda à Universidade, ainda que não soubesse exatamente de que forma poderíamos responder naquele momento. Certamente, minha inserção acadêmica e recursos técnico-pessoais não poderiam responder a essa demanda, ainda que me pós-graduando como antropólogo, ainda que sendo psicólogo. A demanda de uma pesquisa que tratasse de tema tão delicado e preocupante na Saúde Indígena não poderia ser conduzida de forma individual, unilateral e no curto prazo. A hipótese de uma etnografia, como sugeriam, para o entendimento do suicídio em um povo específico, precisava antes responder

⁹ Intitulado *Atenção Psicossocial aos Povos Indígenas: tecendo redes para promoção do bem viver*, o documento foi publicado pelo Departamento de Atenção à Saúde Indígena, da SESAI, no ano de 2016.

a muitas questões, interesses e vinculações institucionais, sendo o interesse e disponibilidade do povo indígena para tal estudo o fundamental em minha opinião.

Apreendo a situação ocorrida a partir da consideração de Oliveira (2004b) sobre o campo como instrumento privilegiado de reflexão. Desde o início do contato com os interlocutores, nota-se o interesse pela nossa pesquisa aliada à externalização de uma expectativa, enquanto uma troca para a continuidade da relação, que seria, inclusive, retomada diversas vezes ao longo do campo quando me apresentavam diante de outros servidores. Contribuía-se com meu estudo de mestrado e se estabelecia uma parceria para um futuro estudo sobre o suicídio. Minha posição permaneceu assertiva durante todo o campo, no sentido de afirmar minha intenção de contribuir de alguma forma em relação a essa demanda da gestão e dos indígenas em questão – se assim o desejassem – contudo sem a pretensão de conseguir atender da forma como estabeleceram: uma etnografia para o estudo do suicídio e a elaboração de uma intervenção.

Uma possibilidade ofertada a esses servidores durante a condução da pesquisa foi a disponibilidade em apresentar essa demanda em formato de uma carta endereçada ao Departamento de Antropologia da UFMG para que a questão fosse avaliada pelo setor de professores afins à temática. Esse processo de discussão permanece em aberto...

Ademais, relaciono esse episódio, enquanto especificidade do campo, no sentido da complicada tarefa de construir moedas de troca, como aponta Barroso (2014), no sentido da “capacidade de entender as questões discutidas e de formular uma posição sobre elas que não cortasse o diálogo com as pessoas que interagem comigo” (Barroso, 2014: 158). Era importante que os servidores entendessem o lugar a partir do qual eu falava, os objetivos de minha pesquisa e minhas limitações frente a demanda feita, ao mesmo tempo que acolhemos essa demanda, sustentamos a relação e propomos uma alternativa. Minha resposta inicial, em parte negativa, não parece tê-los desmotivado.

Fui então ao encontro dos servidores em Governador Valadares no mês de dezembro de 2018 para uma visita exploratória ao campo de pesquisa, onde foi possível a realização do campo, tendo retornado no mesmo mês para uma segunda visita e realização de outras entrevistas. Neste momento, considero necessário apresentar algumas informações sobre a política indigenista de saúde de modo a contextualizar o campo e os episódios que se seguem.

1.6. Breve retomada sobre a Política Indigenista de Saúde pós-Constituição de 1988

A abordagem dos fenômenos do uso prejudicial de álcool, suicídios e transtornos psiquiátricos em sociedades indígenas – comumente remetidos à categoria ocidental de “saúde mental” – requer a apresentação da atual política indigenista de saúde do Estado brasileiro, uma vez que ela orienta a assistência à saúde dos povos. O enfoque se dá na formulação de tal política a partir da Constituição de 1988, uma vez que esse marco jurídico propôs mudanças importantes para o conjunto das políticas voltadas aos povos indígenas. Tal recorte não minimiza, tampouco prescinde das análises sobre os desdobramentos do processo histórico do Indigenismo, notadamente no século XX. Pelo contrário, a literatura aponta a permanência de lógicas estatais e valores, como a tutela, na relação atual do Estado com os indígenas que remontam a esse período e que serão aprofundados no Capítulo 4.

A política indigenista de saúde é operada pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena que foi criado em 1999 pelo Decreto nº 9.836 (também conhecido como Lei Arouca), sob forte pressão do movimento indígena e indigenista durante a Segunda Conferência Nacional de Saúde Indígena em 1993. O subsistema foi instituído como um componente do SUS, através da alteração da Lei orgânica do sistema, de nº 8.080, e visa à assistência à saúde dos povos em todo o território nacional. Atualmente, a coordenação e execução da política de saúde indígena e a gestão do Subsistema é feita pela SESAI, criada em 2010, sob ampla mobilização do movimento indígena que denunciou diversas incompatibilidades e deficiências na Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), primeira agência gestora da política (Garnelo, 2012).

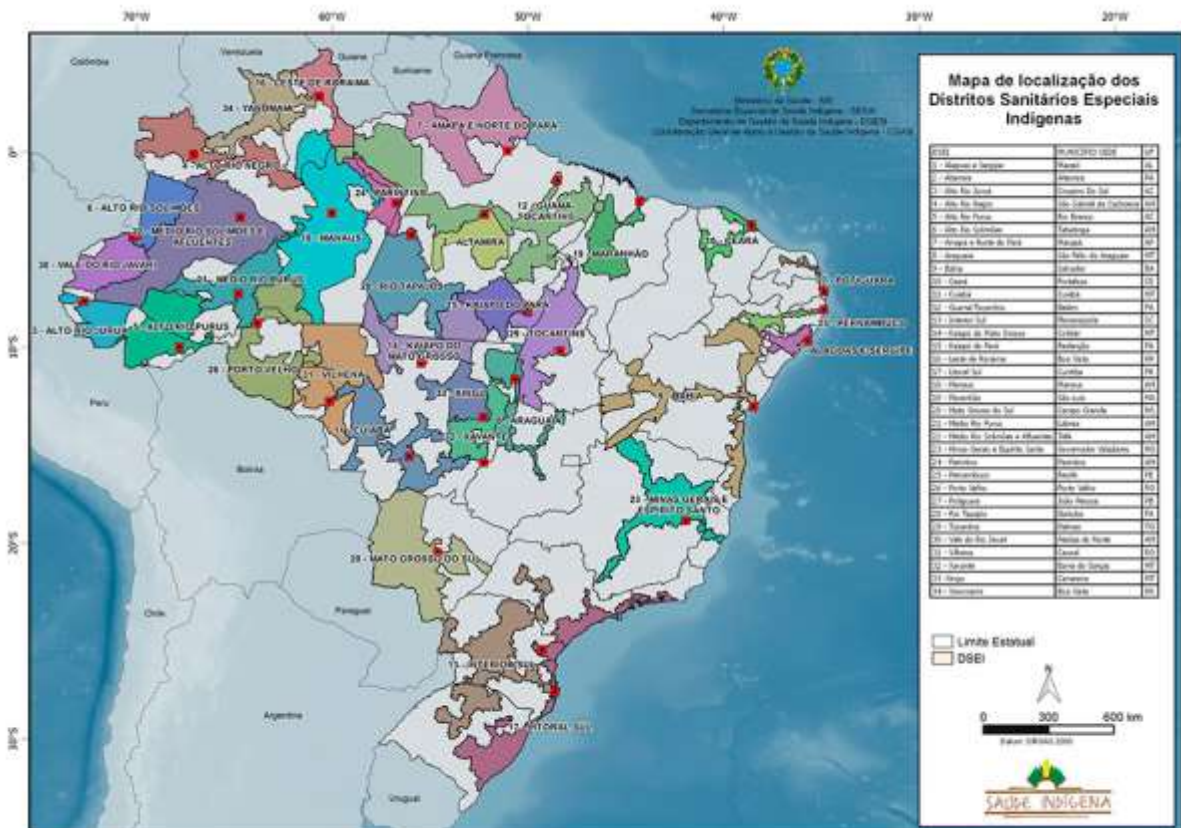
Entre as competências da SESAI estão as ações de atenção integral à saúde indígena e educação em saúde, de acordo com as políticas, os programas do SUS e as práticas de saúde tradicionais indígenas, além de realizar ações de saneamento e edificações de saúde indígena.

A organização da assistência está baseada no modelo do DSEI, que é uma unidade gestora descentralizada do SASI, enquanto um modelo de organização de serviços, que contempla um conjunto de atividades técnicas de atenção à saúde, desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação dessa atenção. Os DSEI estão subordinados diretamente à SESAI no organograma institucional. Um distrito compreende uma determinada área geográfica, não coincidente com a delimitação dos municípios e estados brasileiros onde

estão as terras indígenas, mas acompanha a distribuição dos povos indígenas pelo território, agrupados segundo critérios étnicos, culturais e demográficos. Atualmente, existem 34 DSEIs no Brasil, conforme ilustração (Mapa 1).

De forma geral, a estrutura do DSEI contempla os seguintes serviços: a Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI), localizada nas aldeias, enquanto primeira referência para a comunidade em ações de saúde; o Pólo-Base Tipo I, localizado em territórios indígenas e com atribuições adicionais à UBSI; o Polo-Base Tipo II, localizado em municípios de referência e sem execução de atividades de assistência à saúde. A atenção especializada e hospitalar é referenciada em unidades do SUS externas às aldeias, em municípios de referência, e os indígenas contam com a Casa de Saúde Indígena (CASAI) como unidades de apoio ao tratamento quando encaminhados para esses níveis de atenção (Garnelo, Macedo, Brandão, 2003; Cardoso *et al.*, 2012). Segue ilustração desses serviços do DSEI na Figura 1.

Mapa 1 – Distritos Sanitários Especiais Indígenas



Fonte: SESAI (sítio eletrônico)

Figura 1 – Organização do DSEI e Modelo Assistencial



Fonte: SESAI (sítio eletrônico)

O DSEI responsável pela assistência dos povos indígenas que se encontram nos estados de MG e ES corresponde ao de número 23 no Mapa 1 e tem sede administrativa no município de Governador Valadares-MG, local de realização do campo de pesquisa.

Os serviços que atuam no DSEI contam com Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) que operam ao nível de complexidade básica, ou seja, desenvolvem ações de prevenção de agravos e promoção à saúde. Enfermeiros, Auxiliares de Enfermagem, Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) atuam nas UBSI, enquanto os Médicos, Odontólogos e Auxiliares de Higiene Dental trabalham nos Pólos-Base Tipo I. (Santos et al., 2012). Outras classes profissionais podem integrar as equipes de acordo com as necessidades sanitárias locais, como a incorporação de psicólogos e assistentes sociais para lidar com os casos de saúde mental, a partir da já mencionada Portaria nº 2.759/2007.

A FUNAI, por sua vez, é o órgão indigenista oficial do Estado brasileiro, criada pela Lei nº 5371, de 5 de dezembro de 1967, atualmente vinculada ao Ministério da Justiça¹⁰. Coordenadora e principal executora da política indigenista, é da competência da FUNAI

¹⁰ A lotação da FUNAI dentre os ministérios que compõem o Estado brasileiro tem sido tema polêmico desde a posse do Governo Bolsonaro no início do ano de 2019, sendo proposta mudança de lotação para o Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos, não aprovada pelo Congresso Nacional. Permanece até o momento no âmbito do Ministério da Justiça.

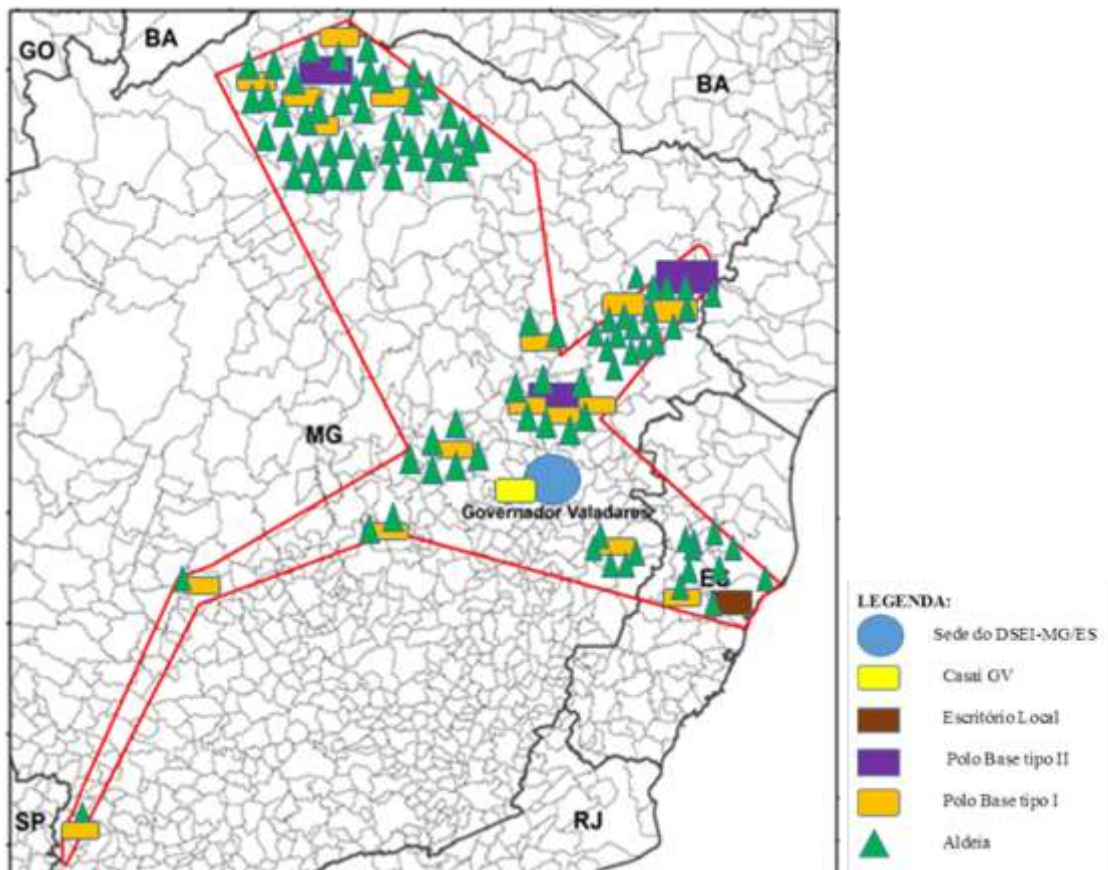
questões relacionadas aos territórios indígenas, como promover estudos de identificação e delimitação, demarcação, regularização fundiária e registro das terras tradicionalmente ocupadas pelos povos, além de monitorar e fiscalizar os territórios. A FUNAI também coordena e implementa as políticas de proteção aos povos isolados e recém-contatados. É seu papel ainda promover políticas voltadas ao desenvolvimento sustentável das populações indígenas, através de ações de etnodesenvolvimento, conservação e a recuperação do meio ambiente nos territórios, além de atuar no controle e mitigação de possíveis impactos ambientais decorrentes de interferências externas aos mesmos. Compete também à agência estabelecer a articulação interinstitucional voltada à garantia do acesso diferenciado aos direitos sociais e de cidadania aos povos indígenas, como o direito à saúde, por meio do monitoramento das políticas voltadas à seguridade social e educação escolar indígena, bem como promover o fomento e apoio aos processos educativos comunitários tradicionais e de participação e controle social (FUNAI, 2019).

A FUNAI conta com 39 Coordenações Regionais, conforme ilustração (Mapa 2), com sede em municípios de referência, e 240 Coordenações Técnicas Locais, localizadas próximas às aldeias. Tanto as Coordenações Regionais quanto Coordenações Técnicas Locais estão subordinadas à Presidência da FUNAI, conforme hierarquia organizacional.

1.6.1. Alguns dados sobre o DSEI-MG/ES

Para apresentação de dados da cobertura assistencial do DSEI-MG/ES, indico dados compartilhados por um servidor da própria instância. Essas informações trazem maior detalhamento sobre os povos indígenas cobertos pela assistência e sobre a estrutura física da SESAI regionalmente. O DSEI-MG/ES é detalhado no mapa a seguir:

Mapa 3 – DSEI-MG/ES



Fonte: DSEI-MG/ES-SESAI

A área total do DSEI-MG/ES corresponde a 46.415 hectares em Minas Gerais e a 19.404 hectares no Espírito Santo. São 17 municípios em Minas Gerais com população indígena – Santa Helena de Minas, Bertópolis, Campanário, Ladainha, Teófilo Otoni, São

João das Missões, Araçuaí, Caldas, Carmésia, Açucena, Guanhões, Itapeçerica, Martinho Campos, Resplendor, Coronel Murta, Itacarambi, Pompéu – além do município de Aracruz no Espírito Santo. A população total no Distrito é de 16.833 indígenas, sendo 8.433 do sexo masculino e 8.400 do sexo feminino, de 10 povos diferentes, sendo 8 em MG – Xacriabá, Pankararu, Pataxó, Xukuru Kariri, Kaxixó, Krenak, Mocuriñ, Maxakali – e 2 no ES – Tupiniquim e Guarani. O número total de aldeias é de 95 e de famílias, 4239, embora não seja possível compreender a configuração de família, uma vez que essa noção não é problematizada pela instituição.

Em relação à estrutura física do DSEI-MG/ES, existem 16 Polos-Base Tipo I em MG e 2 no ES, e 3 Polos-Base Tipo II em MG, não existindo o mesmo no ES. A rede de serviços conta com 1 CASAI em Governador Valadares e 1 em Montes Claros-MG. Além da sede administrativa do DSEI em Governador Valadares, há um escritório local no estado do ES (SESAI, 2019).

O sítio eletrônico da FUNAI aponta 15 terras indígenas na abrangência da Coordenação Regional de MG e ES, contudo, não indica os povos indígenas específicos que se encontram em tais territórios. A SESAI também não apresenta essa informação detalhada. São elas: Caieiras Velha, Caieiras Velha II, Caxixó, Cinta Vermelha Jundiba, Comboios, Fazenda Boa Vista – MG, Fazenda Guarani, Hãm Yîxux, Krenak, Maxacali, Muã Mimatxi, Mundo Verde/Cachoeirinha, Pau Brasil, Xacriabá, Xakriabá Rancharia.

A tabela a seguir apresenta o contingente demográfico dos povos indígenas referido aos Polos-Base Tipo I existentes nos municípios de referência no DSEI-MG/ES, embora não figurem na tabela três municípios do estado de Minas Gerais com população indígena, como referido pelo próprio DSEI-MG/ES, a saber, Coronel Murta, Itacarambi, Pompéu.

Tabela 1 – Contingente Demográfico por Polo-Base Tipo I – DSEI-MG/ES – Ano de 2019

MUNICÍPIO	POLO BASE	POPULAÇÃO	SEXO	
			M	F
Santa Helena de Minas	Água Boa	843	416	427
Bertópolis	Pradinho	972	492	480
Campanário	Campanário	46	20	26
Ladainha	Ladainha	433	211	222
Teófilo Otoni	Topázio	32	18	14
Aracruz	Caieiras Velha	2705	1.345	1.360
	Comboios	1435	735	700
	Brejo Mata Fome	2930	1.479	1.451
São João das Missões	Itapicuru	1527	753	774
	Rancharia	1131	594	537
	Sumaré	2906	1.439	1.467
	Pindaíba	636	305	331
Araçuaí	Araçuaí	26	12	14
Caldas	Bela Vista	126	63	63
Carmésia	Carmésia	363	196	167
Açucena/Gerú Tucunã	_____	66	35	31
Guanhães/Mirueira Pataxó	_____	28	16	12
Itapecerica	Itapecerica	40	19	21
Martinho Campos	Capão do Zezinho	98	48	50
Resplendor	Resplendor	490	237	253
TOTAL		16833	8433	8400

Fonte: DSEI-MG/ES-SESAI

Como mencionado, a sede administrativa do DSEI-MG/ES, assim como da Coordenação Regional da FUNAI, estão localizadas em Governador Valadares-MG.

No caso do Distrito, trata-se de um edifício que abriga setores administrativos, de logística, de almoxarifado, de assistência farmacêutica e de transportes. No Departamento de Atenção à Saúde Indígena atuam os servidores de Referência Técnica em áreas temáticas, como Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde Mental, entre outras.

Em relação à sede da FUNAI, trata-se também de edifício que abriga diversos setores, referentes à Gestão Ambiental (etnodesenvolvimento, gestão territorial e questão fundiária), Serviço de Promoção dos Direitos Sociais e Cidadania (direitos sociais, como documentos, direitos previdenciários, acompanhamento das políticas de saúde e educação, infraestrutura e direitos culturais), Serviço de Apoio Administrativo e Serviço de Planejamento e Orçamento.

Identificarei a partir daqui os servidores entrevistados a partir de expressões fictícias

como o servidor-técnico, a servidora-técnica, a servidora-administrativa e o servidor-gestor. Já no âmbito da FUNAI, identifiquei o servidor entrevistado enquanto indigenista. Foram realizadas cinco entrevistas durante o campo, quatro delas no DSEI-MG/ES e uma na FUNAI-MG/ES, sendo a primeira delas conjunta entre o servidor-técnico e a servidora-técnica, a segunda em separado somente com essa mesma servidora, a terceira com a servidora-administrativa e, por fim, com o servidor-gestor. A quinta entrevista foi realizada com o servidor-indigenista da FUNAI. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Concessão de Entrevista para Finalidade Acadêmica (Anexo) ao término da entrevista e receberam uma cópia do mesmo, assinado por mim também, confirmando sua concordância com a realização da entrevista e o uso parcial ou total da mesma para fins de investigação nesta pesquisa.

1.7. Condições de “entre-vistas” e a importância que se fale

A primeira entrevista no campo ocorreu com os dois servidores anteriormente abordados por meio virtual, a servidora-técnica e o servidor-técnico, neste momento no DSEI-MG/ES – território de suas práticas profissionais. A princípio, senti um clima de acolhida e disponibilidade, interessados nesta pesquisa que trata de um tema problemático em seus cotidianos de trabalho. Entre alguns rodeios iniciais, não tarda a se apresentar a questão dos termos de realização da entrevista. Minha intenção era de que pudesse realizar uma entrevista em separado com cada um deles, todavia não colocaram impedimentos para que a conversa ocorresse em dupla, oportunidade, inclusive, para que a servidora recém-chegada conhecesse mais sobre a realidade de trabalho do colega.

Penso, por outro lado, que se tratava de um movimento de resguardo por parte deles, ainda que houvesse a retórica da transparência das informações públicas. Concordando com tal arranjo – uma vez que não havia escolha – perguntei sobre a possível gravação da conversa, momento em que explicitam a delicadeza do assunto, ao informar que seria preciso a autorização da coordenação do DSEI-MG/ES, após episódios com outros profissionais e pesquisadores que geraram repercussões negativas aos próprios trabalhadores.

Enquanto expunham resumidamente as situações ocorridas, tal coordenador adentra a

sala de reuniões com aparente surpresa quanto àquela cena e, em posição de polidez, apresento-me enquanto pesquisador e explico os motivos de minha visita ao DSEI. Neste momento, a servidora ressalta a possível parceria a ser estabelecida comigo, enquanto pesquisador, na demanda sobre os suicídios em um povo coberto pela assistência, aspecto que parece ter contribuído para a concordância do coordenador com minha presença. Felizmente, autorizara a realização daquela entrevista e de outras no âmbito do DSEI, contudo, sem a menção explícita de autorização da gravação do áudio, em uma atitude que transparecia reserva em relação a mim ou mesmo desconfiança sobre meus objetivos.

Quando da entrevista na FUNAI, durante a segunda ida a Governador Valadares, também em dezembro de 2018, semelhante situação sobre a gravação da entrevista ocorreu, de modo que tomei notas à medida que a interação ocorria com o servidor-indigenista.

Em todas essas entrevistas, ao perceber que não seria possível a gravação, dei-me conta que a condução das mesmas e, conseqüentemente, a configuração do trabalho de campo tomava outras proporções, como sinalizado por Oliveira (2004b) sobre as especificidades dos estudos *up*. Ao contrário da aparente segurança conferida pelo gravador para o registro das falas, minha anotação simultânea no caderno – com a autorização dos entrevistados¹¹ – era a única garantia de preservação de uma memória física dos conteúdos transmitidos em momentos de interação de cerca de duas horas de duração.

Ocorre também de uma sensação pessoal de constrangimento naquele momento, primeiro, por realizar uma entrevista com uma dupla de servidores e, em seguida, pela negativa da gravação, em que precisei me refazer diante de um imaginário (ainda que já precavido) sobre condições ideais de entrevista e registro, agora de impossível mensuração. Tal situação preliminar às entrevistas revela assim determinada configuração e tensão existente no campo, retomando as considerações de Castilho, Souza Lima e Teixeira (2014) sobre a realização de pesquisas *entre*, em que os pesquisadores negociam as condições de obtenção de informações, a enunciação de interpretações, os exercícios profissionais e os engajamentos políticos nas diversas situações do campo em instâncias estatais.

Não foi possível a realização de uma série de entrevistas com os servidores pela limitação temporal do campo em instâncias estatais, de modo a constituir uma história de vida do servidor que, por sua vez, fosse correlacionada com as demais entrevistas. Entretanto, a

11 Ao final das entrevistas, foi apresentado o ‘Termo de Concordância com a Concessão de Entrevista para Finalidade Acadêmica’ (Anexo I) que, com a concordância dos entrevistados, foi preenchido e assinado por ambas as partes, sendo entregue uma cópia para os entrevistados.

compreensão sobre a entrevista e a forma de conduzi-la na presente pesquisa guarda afinidades com o método da história oral de vida. À semelhança do que afirma Le Ven (1999), a escuta durante a entrevista de história oral de vida compartilha aspectos com a escuta terapêutica da Psicologia pelo trabalho com percepções individuais, sendo o “ver”, o “ouvir” e o “falar” três sentidos de grande importância na interação com os entrevistados.

Minha intenção era compreender de que formas as enunciações dos servidores evidenciavam compreensões acerca da saúde mental em povos indígenas, a partir de seus regimes de entendimento da realidade social e do trabalho que executam, não me restringindo, contudo, às falas individuais, mas atento ao conjunto das entrevistas e as suas inter-relações, resultando em um entendimento que transita do individual para o coletivo dos servidores. Desse modo, as falas dos servidores não somente informam o que seria a “saúde mental” em povos indígenas e como lidar com esses casos, mas antes quais as ideias que os servidores veiculam sobre povos indígenas, saúde/doença e fatores sociais correlacionáveis.

Não me isento da implicação do registro pela minha escrita no momento mesmo das falas, uma vez que incidem vieses sobre como a fala foi registrada, além dos efeitos da atividade cognitiva simultânea de escutar-registrar, registrar-falar, escutar-refazer questões, registrar-manter o contato visual e, por que não, somente manter o contato visual e rememorar, seja pelo cansaço da mão, seja pela importância do “entre-vistas”, como aborda Le Ven (1999) sobre o instante da entrevista.

Foi preciso concentrar a atenção aos interlocutores, retomar o conteúdo do roteiro semiestruturado elaborado anteriormente e registrar de forma sintética o conteúdo transmitido, garantindo certa fluidez no transcorrer da “entre-vista”, e complementar tais informações com reminiscências da conversa quando já não estava na presença dos interlocutores no final do longo dia. Tal postura teórico-metodológica no trabalho de campo estava (re)atualizada a essa altura em relação aos métodos clássicos da disciplina antropológica.

Além de uma questão prática quanto ao registro da informação, tal situação etnográfica possibilita-nos refletir também sobre a subjetividade do pesquisador em questão, atento como devemos estar aos valores compartilhados na comunidade antropológica, mas também à personalidade total do pesquisador, para além do que os antropólogos imputavam à observação participante (Castilho, Souza Lima, Teixeira, 2014).

Durante as entrevistas, não somente ocupo o lugar de pesquisador antropólogo quanto de psicólogo pesquisador, imiscuído como estou com minha formação de base e atuação no

SUS, ainda que não trabalhe diretamente com povos indígenas. Minha atuação, enquanto psicólogo no SUS, precavera-me sobre a importância de escuta atenta ao paciente, com base no acolhimento em saúde mental, para o entendimento singular que cada pessoa confere às suas vivências cotidianas, a partir do qual a troca e a reflexão se fazem possíveis, assim como na entrevista de história oral com os servidores.

Minha atuação profissional tem me proporcionado aprender a escutar a singularidade do discurso dos sujeitos, respeitá-los e me atentar para os determinantes socioeconômicos que incidem sobre as condições de vida dos pacientes com que nossas equipes atuam cotidianamente, devido à importância de consideração dos aspectos psicossociais em questões de saúde física-mental, segundo uma visão ampla de saúde e sua relação com a Psicologia. Minha trajetória enquanto psicólogo no SUS contribuiu de alguma forma para lidar com o desafio da longa escuta (sem o recurso da gravação e sem anotação), mas questiona também minha prática cotidiana, uma vez que prezo pela escuta dos pacientes com atenção ao contato visual, reservando o registro em prontuário aos instantes após o atendimento, o que não foi inteiramente possível durante as entrevistas. Trata-se de uma orientação profissional e escolha pessoal pelo momento de encontro com o sujeito, que valoriza o “entre-vistas”, a expressão do afeto e a observação da linguagem corporal, como proposto por Le Ven (1999).

Muitas vezes, é neste ambiente de acolhida e confiança como se pretende o campo da Saúde Mental que episódios de grande sofrimento podem ser compartilhados e elaborados, contribuindo para ganhos terapêuticos, antes de qualquer demanda sinalizada na guia multiprofissional que traz o paciente para o atendimento psicológico.

Não se trata dessa possibilidade com os servidores no campo, uma vez que o ambiente institucional comportava certa tensão, como pode ocorrer com facilidade em instâncias estatais. As entrevistas no campo dessa forma sugerem que a acolhida estava a cargo do servidor em grande medida, uma vez que eu dependia de seu interesse e disponibilidade para o instante da “entre-vista”, sendo que os trâmites para o registro das percepções tencionam a transmissão das mesmas desde o início. Observo, contudo, que as entrevistas, como se deram, não excluíram a possibilidade de interação e reflexão entre os envolvidos, em um clima (talvez) menos aversivo à medida que uma troca se estabeleceu, em que era importante que os servidores falassem, pudessem expressar suas opiniões e visões de mundo, como afirma Thompson (2002), possibilitando a fluidez de uma entrevista e de suas particularidades, como os silêncios que ocorrem durante as falas, as hesitações ao responder determinada pergunta, a

tomada de consciência sobre o que se disse e o movimento de refazer a fala e até mesmo a possibilidade de devaneios e expressão de afetos sobre o que se diz.

Ainda sobre a concordância e acolhida dos servidores, retorno à situação pontual da Conferência que abre este capítulo. Ela corrobora para as observações sobre o universo temático das instâncias estatais, em que minha presença no evento se deu pelo convite dos servidores que eu entrevistara, mas, antes disso, pressupunha a autorização do conselheiro indígena que presidia a Conferência, através da “formalidade” do envio de um ofício solicitando minha participação, pedido que foi acolhido, acredito, pela intermediação da servidora-técnica. Além disso, não só a participação no evento se tornou uma questão a ser resolvida, como também o acesso em determinados momentos ter sido negado, restrito ou pouco convidativo, a exemplo do momento inicial da Conferência ou na seção de votação de propostas, exclusiva aos representantes indígenas, gestores e trabalhadores.

Mesmo que se tratasse de uma Conferência, aberta aos cidadãos na figura de ouvintes, tal situação revela uma inversão fundamental em relação a etnografias clássicas em um contexto de colonização, em que os “nativos” estão em posição de disponibilidade para serem conhecidos, enquanto o “outro” objetificado na relação com o antropólogo.

O interesse de participação na Conferência era fundamentalmente meu, como uma vivência no campo ou pela recomendação dos servidores da importância de se acompanhar um evento daquele tipo, enquanto um instrumento de controle social pelos indígenas na saúde. Contudo, naquele momento, a participação pressupunha o consentimento dos indígenas em um espaço considerados “deles”, em que os servidores e outros participantes não-indígenas atuavam somente como coadjuvantes na realização do evento.

Ressalto que o aprofundamento analítico sobre a participação na Conferência não será contemplado nesta dissertação, à exceção das considerações acima. Embora seja uma vivência de significativa importância para o entendimento sobre processos participativos e a compreensão da saúde mental em povos indígenas, trata-se de uma conferência regional, em que muitas questões relativas à participação e construção de consensos/soluções, além da elaboração e votação de propostas está por ser atualizada em uma etapa nacional posterior, sem a possibilidade de seu acompanhamento no presente projeto de pesquisa.

Ademais, a análise de entrevistas com servidores e a etnografia de documentos tem grande enfoque na tentativa de compreensão da retórica institucional da SESAI e da FUNAI, na formulação de ações para se lidar com a saúde mental por servidores, trabalhadores e

gestores. Ressalto, contudo, que as vozes indígenas não se tornam por isso diminutas na presente dissertação, pelo contrário, destaco-as como transversais à retórica institucional, seja pelas falas de representações indígenas em documentos de autoria da SESAI, como no Capítulo 3, seja pelo seu efeito provocador na literatura, como no Capítulo 4.

No capítulo seguinte, apresento a análise das entrevistas realizadas no DSEI-MG/ES e na FUNAI-MG/ES e, no Capítulo 3, a etnografia de documentos que compõe a presente investigação sobre a saúde mental.

2. CAPÍTULO 2 – PERCEPÇÕES DA PRÁTICA COTIDIANA: A RETÓRICA INSTITUCIONAL NA SAÚDE INDÍGENA A PARTIR DOS SERVIDORES

As entrevistas com os servidores realizadas no DSEI e na FUNAI-MG/ES foram analisadas segundo a Análise Temática proposta por Minayo (2014), em que a noção de tema está associada a uma afirmação a respeito de determinado assunto e que comporta um espectro de relações, podendo ser apresentada graficamente por meio de uma palavra, de uma frase ou de um resumo. Pretende-se descobrir os núcleos de sentido que fazem parte da comunicação, em que a presença ou frequência dos mesmos signifiquem alguma coisa em relação ao objeto analítico, neste caso, a “saúde mental” em povos indígenas.

A autora apresenta três etapas para a realização da análise, sendo a primeira a pré-análise (leitura flutuante, constituição do corpus e formulação de hipóteses e objetivos), em seguida a exploração do material e por último o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, sendo que tradicionalmente é feito primeiro a exploração do material através de unidades de registro (identificação de palavras, frases, temas, personagens e acontecimentos) para então proceder à pré-análise e tratamento dos resultados e interpretação.

Este processo de análise temática considera os pressupostos do estudo, anteriores à realização do campo de pesquisa e, uma vez realizadas as entrevistas, tais pressupostos são mobilizados, reformulados e até outros podem ser aventados, a partir das percepções transmitidas pelos servidores.

Sendo assim, retomo aqui três pressupostos de meu estudo a partir da exploração da literatura, em que o primeiro questiona o termo “saúde mental” como adequado à identificação dos fenômenos observados em povos indígenas; os territórios e a participação como aspectos fundamentais de consideração em intervenções sobre a saúde mental; e que a frágil intersetorialidade entre agências governamentais no campo da Saúde Indígena pode afetar a construção dessas intervenções. A leitura das entrevistas concilia, portanto, a atenção aos pressupostos citados e à possibilidade de outros que pudessem emergir do material, como ocorrido acerca da assistência à saúde indígena se sustentar pela defesa do princípio da atenção diferenciada.

As entrevistas foram lidas individualmente (já sintetizadas à época pela impossibilidade de gravação), com vista à elaboração de unidades de registro e elaboração de

categorias que poderiam ser correlacionáveis. As unidades de registro tentam dar conta dos conteúdos das falas, constituindo-se em categorias empíricas inicialmente, ou seja, categorias que surgem a partir das falas dos nativos durante as entrevistas, que foram, posteriormente, reunidas e sintetizadas em categorias teóricas, de modo a balizar os conteúdos identificados com categorias presentes na literatura a respeito do campo de pesquisa. São categorias que emergem do campo, a partir do discurso dos servidores, podendo ser entendidas, portanto, como categorias êmicas ou nativas, a exemplo das ideias de 'limitação do termo sofrimento mental' e 'como operar na assistência à saúde', que foram, por sua vez, reunidas em categorias teóricas, como 'Concepções de saúde/doença' e 'Atenção diferenciada à saúde', respectivamente. Além das duas categorias, são categorias teóricas as de 'Concepções sobre povos indígenas' e de 'Gestão em saúde', totalizando quatro categorias no processo analítico.

Importante sinalizar que a análise realizada se faz permeada de uma crítica, a partir de Minayo (2014), sobre os limites de tal operação, uma vez que não se trata de um contexto neutro de apreensão da realidade, em que os pressupostos e categorias são tomadas de forma exaustiva para a compreensão do tema da saúde mental. Trata-se de uma forma de compreensão das falas e de uma interpretação dos significados mobilizados, assim como propõe Le Ven (1999), sobre a interpretação enquanto uma operação subjacente à escuta desde o instante da entrevista. Em acordo com o método de história oral, interessa-me, fundamentalmente, compreender a especificidade daquilo que é expresso pelos interlocutores em campo, observando a singularidade do que é dito, assim como as recorrências, mas também as exceções em seus discursos, de modo a ampliar a compreensão sobre o tema de estudo, para além da confirmação ou não de pressupostos.

Nesse percurso, não somente interessava o tema central da saúde mental, contemplado na categoria teórica de “Concepções de Saúde/Doença”, mas as relações que esse tema suscitava em relação a outros também importantes para a compreensão da temática, característica definidora da proposta da análise. A seguir, apresento as categorias identificadas a partir das falas dos nativos entrevistados, tanto no DSEI-MG/ES quanto na FUNAI, para então balizá-los com a literatura no Capítulo 4.

2.1. Concepções de Povos Indígenas

Tanto a servidora-técnica quanto a administrativa, em entrevistas diferentes, citam um mesmo exemplo ocorrido no trabalho para dizer da importância em respeitar as especificidades de cada povo indígena para se abordar questões de saúde/doença. Trata-se de episódio em que um indígena se encontrava em refeitório em um evento da política de saúde à hora do almoço em que lhe é servido carne no prato. Ele pede à cozinheira que troque o alimento por outro que não fosse carne e a cozinheira então a substitui, contudo, ele pede que o prato seja trocado também, uma vez que a carne já tendo sido colocada contaminara o mesmo, ainda que aos olhos da cozinheira tal fato não tivesse qualquer implicação. As servidoras compreendem que a atitude do indígena correspondia à proibição de ingestão de carne enquanto sua companheira estivesse de resguardo, pelo que a transgressão poderia acarretar prejuízos à mãe e à criança.

A primeira servidora identifica o episódio como um equívoco da própria organização do evento, reconhecendo que até os servidores estão sujeitos a erros, mesmo com o trabalho contínuo com povos indígenas em que a oferta de carne durante o resguardo poderia ter sido evitada. Ela aprofunda a questão dizendo ainda que aqueles que não conhecem a especificidade da vivência dos povos poderiam questionar a atitude legítima do indígena, mas reflete que se nós, brancos, temos crenças que orientam nosso entendimento em muitas situações para além da materialidade física, por que os indígenas não poderiam ser respeitados em suas crenças e costumes?

O exemplo citado funciona como ponto de partida para a compreensão sobre as percepções dos servidores acerca dos povos. A servidora-técnica afirma que na questão indígena “as coisas” são muito holísticas, no sentido de um elo que passa pela terra, pela comida, pela água existente ou que faltou e pela questão espiritual, sendo que os indígenas já se apropriaram do conceito ocidental de saúde e ressignificam-o de outra forma segundo esse entendimento holístico da realidade. É o processo de cultura, segundo ela, que permite a atualização dos conhecimentos tradicionais e biomédicos, sendo que a política de saúde indígena como organizada hoje fomenta os sistemas tradicionais na relação com o sistema biomédico.

Ela afirma, contudo, que poucas pessoas em cargos de liderança na política de saúde têm entendimento sobre Antropologia e Sociologia, o que contribui para um número maior de processos administrativos sobre as ações conduzidas, em concordância com a servidora

administrativa, que sinaliza a falta de entendimento sobre a especificidade da cultura de cada povo por parte da SESAI. Seu entendimento é de que as ações em saúde seriam tomadas pelo Distrito como construção de estruturas físicas, disponibilidade de medicamentos e as consequentes ações de “apagar incêndio” e campanhas pontuais na comunidade, defendendo a importância de ações de prevenção em trabalho contínuo com os indígenas, de acordo com sua realidade cotidiana.

Em outra entrevista, o servidor-gestor pontua a importância de apreender e respeitar o olhar do indígena sobre a realidade, retomando sua trajetória profissional enquanto “gestor para brancos”, com a constatação de que muitos profissionais atuam na Saúde Indígena a partir do entendimento de políticas voltadas para populações brancas, fato que acarreta consequências graves na organização das ações e na governabilidade da política.

Em dois momentos, os servidores em entrevista conjunta e a servidora-administrativa fazem menção a alguns povos indígenas como os que mais preservam suas tradições, “menos aculturados”, pela permanência da língua, dos costumes e dos deslocamentos nômades. Em outra entrevista, a servidora-técnica se refere aos indígenas como “povos marginalizados” e que apresentam diversas vulnerabilidades que afetam as condições de saúde/doença. A menção à marginalização dos indígenas remete a uma identificação pessoal de trabalho da servidora, de contribuir para a melhoria das condições dos povos indígenas e, a partir dessa escolha, a confiança que foi sendo construída como fundamental para o desenvolvimento de ações, a ponto de demandarem sua ocupação em cargos estratégicos da política.

Segundo os servidores do DSEI-MG/ES, trata-se de uma relação diferenciada com os indígenas, a partir da convivência e da disponibilidade para atender às suas demandas, pessoais ou ligadas à assistência, muitas vezes fora dos horários formais de trabalho.

A relação de confiança é reafirmada em todas as entrevistas realizadas no Distrito, no sentido dos servidores adotarem uma posição de franqueza, diálogo e construção coletiva junto aos indígenas. Trata-se de “dizer sim” quando realmente se pode atender a uma demanda e de “dizer não” quando não é possível efetivá-la, ainda que naquele momento. Transmitir uma postura de dúvidas ou de falsas promessas, no sentido de “talvez”, fragiliza assim as relações e podem impactar na construção da confiança. A servidora-técnica afirma que a relação com os indígenas precisa ser nutrida cotidianamente, o que possibilita não só a condução das ações de saúde mental como tantas outras previstas à política, ou na visão do servidor-gestor, a confiança construída com vista à cura de uma doença.

Tal lógica presente nessas relações, segundo essa servidora, remete ao receio que os indígenas carregam na relação com os brancos, devido aos acontecimentos históricos da colonização. Nesse sentido, o estabelecimento de uma política formal de saúde enquanto dívida histórica não seria o suficiente para amenizar os constrangimentos inerentes a essa relação de alteridade.

A relação com os brancos, de acordo com o servidor-gestor, culminou ainda na apropriação pelos indígenas de certos padrões de comportamentos que acabam por prejudicá-los, como o enfraquecimento do protagonismo indígena, na medida em que prevalece a individualidade na defesa dos interesses em oposição à importância da coletividade, a exemplo da reivindicação de construções físicas ou melhorias diversas em uma aldeia específica, sendo também demandada por outro povo que não necessariamente apresentava a mesma demanda. Ao mesmo tempo, a reivindicação de determinada demanda que poderia contribuir para melhorias de forma geral no Distrito, mas que é questionada por algum povo específico, fragilizando sua efetivação.

Por outro lado, a servidora-administrativa ressalta que a confiança construída cotidianamente tem relação com a consideração e respeito das especificidades dos povos, o que pode contribuir para uma compreensão ampliada sobre a diversidade presente entre os indígenas e a necessidade das ações de saúde se valerem dessa compreensão, contra uma visão assistencialista e homogênea do Estado, ancorada somente em aquisições materiais e melhorias de infraestrutura.

Outra percepção sobre povos indígenas se relaciona à questão dos territórios. O servidor-gestor afirma que o senso comum imagina que os indígenas tomam a reivindicação da terra enquanto latifúndios, espelhando a retórica de muitos governos, contudo, não se trataria de latifúndios, tampouco de um território restrito, mas que fosse possível um território sustentável, no sentido de uma “terra” suficiente em nutrientes e para a diversificação de culturas. Sua compreensão acerca dos territórios como intervenientes nas questões de saúde-doença se dá na medida em que proporcionam a vida digna pela garantia do trabalho, do plantio e da colheita.

Em outro momento, os servidores em entrevista conjunta argumentam que os territórios permanecem como uma demanda geral a todos os povos indígenas, seja pela demarcação de terras, pelos processos já em curso ou por demandas que surgem do cotidiano.

Em relação à FUNAI, o servidor-indigenista afirma que o órgão tem relação próxima

com os indígenas pela presença nas aldeias, sendo percebida como figura de confiança e segurança, diante de preconceitos e marginalização da sociedade civil. O entendimento institucional é de que os povos indígenas são livres para ir e vir, contudo, o posicionamento de algumas prefeituras e da sociedade civil é de que se enquadrem na cultura dominante, tendo muitos serviços de saúde dificuldades em acolhê-los.

2.2. Concepções de Saúde/Doença

O exemplo citado na seção anterior sobre a proibição de ingestão da carne durante o resguardo também se relaciona a questões de saúde/doença, na medida em que o servidor-técnico retoma a questão do resguardo ao afirmar que muitas situações de saúde mental atribuídas ao termo “surto” envolvem questões espirituais, de canto e também de resguardo. Esse mesmo servidor, em entrevista conjunta com a servidora-técnica, defende a ideia fundamental de que o tema e termo “saúde mental” não representam os povos indígenas, de modo que é essencial questionar o que seria saúde e doença nesse campo, ainda que essa discussão não tenha se consolidado no âmbito da SESAI.

No campo da Saúde Indígena, os conceitos aprendidos em cursos de saúde precisam ser problematizados, de modo que a atuação da Psicologia, a exemplo, seja refeita cotidianamente juntos aos indígenas em suas aldeias locais.

A servidora-administrativa chega a afirmar que a “Saúde do Índio” seria uma nova faculdade, pautada nos aprendizados cotidianos junto aos povos em questão, constituindo-se de uma prática para além da teoria, em que os profissionais em campo deveriam estar na posição de acadêmicos na relação com os indígenas. Ela defende ainda a importância de preparação psicológica e espiritual dos servidores para lidar com questões como transições entre fases da vida, gravidez precoce e questões de sexualidade.

A servidora-técnica, por sua vez, afirma que a área de saúde mental possibilita a problematização da questão da cultura e da educação permanente. Em relação à cultura, o princípio do trabalho é de que cada etnia é única, sendo preciso conhecê-la e respeitá-la, no sentido das formas de se viver, as residências e acesso a bens, para além das ações da administração do DSEI.

As Referências Técnicas do Distrito, em seu entendimento, têm a percepção de não existir uma fórmula pronta para as ações em campo, e sim um processo de construção com base no respeito às questões culturais, às figuras de liderança e à participação da comunidade. Já a educação permanente, entendida como os processos de aprendizado a partir da prática profissional cotidiana, seria acionada na medida em que ações de “saúde mental” preveem uma construção conjunta com os indígenas, sendo os processos de diálogo e capacitação importantes.

Nesse sentido, as ações de saúde que são conhecidas não acarretam grandes preocupações, como atividades de rotina e previstas em calendário (como períodos de vacinação), o que não ocorre com aquelas que nunca foram implantadas e que precisam ser construídas e acompanhadas, à semelhança das ações voltadas à “saúde mental”.

Na entrevista conjunta com dois servidores, os casos ditos de saúde mental são elencados: uso abusivo de álcool; “tristeza que não passa”; sonhos e pesadelos associados à dificuldade de dormir; percepção de vozes – diretivas ou de pessoas que morreram; uso de substâncias psicoativas e suicídios. Em relação ao uso do álcool, o servidor afirma que é preciso diferenciar os casos de “dependência do álcool” – que pode ser entendida como o uso cotidiano de longo prazo na comunidade – e o abuso do álcool que resulta em quadros graves com possibilidade de internação. Nesse momento, pergunto se se trataria da compreensão do uso do álcool enquanto processos de alcoolização, ao que confirma o uso dessa expressão nesse contexto, a ser aprofundada no Capítulo 4.

Eles apresentam também os ditos casos secundários relacionados à saúde mental, como o uso de álcool enquanto desencadeador de outros fenômenos nos povos indígenas; a violência física; crianças com baixo peso; conflitos familiares; entrada de formas religiosas de modo coercitivo na hierarquia da aldeia e ações pagãs que se tornam pecado. Em um segundo momento, a servidora-técnica reafirma que a entrada violenta de quaisquer fatores externos ao povo indígena, como a religião, pode se relacionar à emergência dos fenômenos de saúde mental.

Após a enumeração de casos e fatores relacionados à saúde mental, pergunto se os territórios teriam alguma relação com as questões de saúde/doença, momento em que a servidora-técnica reconhece sua importância fundamental, ainda que não tenha se lembrado de mencioná-los. Os territórios, segundo sua compreensão, seriam o valor fundamental para qualquer povo, carregando relação íntima com a saúde/doença, no sentido de que qualquer

sofrimento pelo território ocasiona sofrimento ao povo, sendo que no DSEI MG-ES, todos os povos afirmariam que os territórios são uma questão problemática.

Por outro lado, o servidor-gestor afirma que muitos casos de saúde mental refletem questões pessoais e podem ser compreendidos como consequente de situações vivenciadas por certas lideranças e membros da comunidade com questões cotidianas, como transição para a vida adulta, gravidez na “adolescência”, conflitos familiares e inserção na política local, que podem contribuir para as condições de saúde. Muitos casos de suicídios, nesse sentido, teriam relação com casos de opressão e conflitos na comunidade.

À semelhança da condução com outra servidora, pergunto então se outros fatores externos poderiam contribuir para as condições de saúde, ao que aponta a questão do preconceito e padrões de beleza, questões sociais como renda e poder aquisitivo e, por fim, quando questiono então sobre os territórios, afirma que eles exercem influência na questão social, pois os territórios têm relação com o poder de se sustentar e com a dignidade da vida, ou seja, a possibilidade de trabalhar, de plantar e de colher.

No âmbito da FUNAI, são citados como quadros de saúde o alcoolismo, os suicídios, a depressão, os problemas cardíacos e os tratamentos medicamentosos. A exemplo dos casos de alcoolismo e suicídios, o levantamento é feito pelas Comissões Técnicas Locais, localizadas nas aldeias, a partir de informações coletadas com as famílias e Polos-Base, sendo feito o encaminhamento ao DSEI e prestado auxílio logístico pela FUNAI. Não se tem informação sobre as causas para o suicídio, tomado como uma questão complexa, contudo, apontam fatores sociais correlacionados que remetem à marginalização e à falta de acesso a recursos, como falta de trabalho, limitação dos territórios que afetam a organização social do povo, degradação do meio ambiente, falhas na implantação da agricultura tradicional, conflitos internos e questões espirituais. Diante desse cenário, são previstas ações de conscientização sobre preconceito e planejamento de seminários junto ao Ministério Público, Prefeituras e o setor de Educação, muitas vezes impactadas por restrições orçamentárias.

2.3. Gestão em Saúde

A relação de confiança com os indígenas se dá a partir do respeito às especificidades

de cada povo e do vínculo estabelecido no cotidiano que, por sua vez, guarda relação com o atendimento diferenciado, ressaltado por todos os servidores do Distrito. Segundo a servidora-técnica, a atenção diferenciada, enquanto princípio da política de saúde indígena, não só é a garantia do respeito à cultura, mas a garantia da própria assistência, no sentido atribuído também pela servidora-administrativa e pelo servidor-gestor de que o estabelecimento da política garante recursos que permitem, por sua vez, a realização de ações.

Idealmente, segundo os servidores, o atendimento aos povos na APS poderia ocorrer fora do SASI, contanto que os profissionais fossem capacitados para o atendimento dos povos, sem que precisassem recorrer à SESAI para a resolução frequente de demandas. O estabelecimento de capacitações, contudo, permanece pendente, como destaca a servidora-administrativa, inclusive para os próprios AIS e AISAN, além do prejuízo do desligamento de profissionais capacitados e com atuação significativa junto aos indígenas, no sentido do conhecimento da realidade local e do vínculo estabelecido com a comunidade, importantes para o cuidado em saúde.

A servidora-técnica cita o caso de serviços de saúde que “ligam para pedir ajuda para resolver [uma demanda com povos indígenas], mas não se dispõem a aprender como fazer a intervenção”, pelo que defende a importância da educação permanente em nível institucional. Essa percepção se correlaciona às falas anteriores da servidora-administrativa sobre a falta de conhecimento por parte da gestão e de cargos de liderança das especificidades dos povos e de conhecimentos de Antropologia e Sociologia. Ademais, ela pontua que, para além da educação permanente, trata-se da necessidade de mudança de paradigma na sociedade, diante dos preconceitos que os povos indígenas enfrentam nos serviços de saúde por parte dos profissionais, compreensão retomada também pelo servidor-gestor de que muitas prefeituras não atendem as demandas que os povos reivindicam em virtude de preconceitos.

Ela contrabalança sua afirmação, contudo, com a percepção de que o Distrito tem bom funcionamento, diante de sua abrangência geográfica, das diferenças culturais existentes entre os povos e da relação de confiança estabelecida com os indígenas, valorizando a participação coletiva daqueles servidores que apostam no trabalho e que se esforçam para sua continuidade. A avaliação positiva da política atual também é mencionada pelo servidor-gestor, questionando a capacidade da APS sustentar o atendimento dos indígenas fora do Subsistema sem as necessárias capacitações dos profissionais.

A área da saúde indígena enfrenta ainda dificuldades relacionadas às características da

população que atende em correlação com a prestação de contas dos recursos destinados à política, em uma secretaria específica no organograma do Ministério da Saúde, como o caso da SESAI. Como referido pelos servidores, trata-se de uma população com muitas vulnerabilidades, de modo que se espera que os recursos investidos possam resultar em melhorias nas condições de saúde, seja em estruturas físicas ou no desenvolvimento de pessoal.

A lógica da produtividade presente no SUS também incide sobre o Subsistema, pelo que os profissionais são constantemente cobrados, no sentido de que mais do que trabalhar, precisam provar que se buscava o êxito com determinada ação. Numerosos processos administrativos se impõem por parte do Judiciário inserido na Saúde, questionando, negando ou regulamentando ações. Diante desse contexto, o servidor-técnico defende a importância de valorização de certas ações como intervenção (muitas vezes subnotificadas), além dos atendimentos e visitas domiciliares, as discussões de caso em determinado povo e processos de educação permanente que contribuem para o entendimento das especificidades.

Na presente categoria, é possível apreender também o caminho de construção de uma política específica à saúde mental, a partir do Projeto Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (VIGISUS), instituído com recursos de contrapartida do Banco Mundial junto ao Governo Federal no final da década de 1990 – a ser detalhado no Capítulo 3. A servidora-administrativa que traz essa referência relembra a transição problemática da assistência à saúde da FUNAI para, inicialmente, a FUNASA, a partir da Constituição de 1988, em que as áreas de educação e saúde foram direcionadas para os respectivos ministérios, essa última a partir do Decreto nº 9836/1999, mencionado no capítulo anterior.

Passados trinta anos, em meio a processos de adaptação institucional e reivindicações pelos indígenas, a ideia de DSEI está consolidada junto aos povos, segundo todos os entrevistados do DSEI-MG/ES. Trata-se de uma política estabelecida que, apesar de falhas, é defendida pelos povos diante de ameaças diversas, como o receio da municipalização da assistência, sem o devido acolhimento, vínculo e confiança pretendidos à política de saúde. A servidora-técnica sinaliza, nesse sentido, o controle social pelos indígenas, enquanto instrumento para a defesa e garantia de seu direito à saúde diferenciada, desde os conselhos locais até o Ministério da Saúde, pautada em um processo de diálogo, construção conjunta e corresponsabilização, para além da dívida histórica de um sistema de saúde pelo Estado.

Nesse aspecto, retomo a percepção da servidora sobre a “Saúde do Índio” enquanto

uma “nova faculdade” a ser construída no cotidiano da assistência nas aldeias, pelo aprendizado dos profissionais com os indígenas, para além de uma teoria aprendida nos cursos de saúde. O servidor-gestor, em sintonia com essa compreensão, afirma que a municipalização da saúde indígena significa “estar à mercê da politicagem”, fato que contribui para o receio dos indígenas e a defesa dos DSEIs, em que a missão estabelecida para esses órgãos orienta a atuação para além do entendimento de gestores brancos que não entendem da realidade dos povos, como sinalizado pelo mesmo servidor acerca de suas experiências profissionais anteriores.

A servidora-administrativa aponta a consistência da defesa dos DSEIs a partir do exemplo de constituição de novas aldeias em que a política de saúde é o primeiro direito a ser demandado, seja pela sua característica permanente nas aldeias, seja pela percepção de uma política estruturada ao longo do tempo. Tal percepção é referenciada também pela servidora-técnica que acrescenta o fato da política de saúde ser demandada mesmo que a demanda pelo território não tenha sido garantida ainda pela FUNAI. A relação entre a SESAI e a FUNAI também é identificada na fala dos servidores, sendo a política indigenista da FUNAI considerada consistente por essa servidora. Afirma, contudo, que as duas instituições são agências sucateadas em recursos, gestão, apresentam esgotamento profissional e ainda trabalham de forma isolada, segundo a lógica de “cada uma em sua caixinha”.

A mesma metáfora é utilizada pela servidora-administrativa que afirma que “a SESAI é saúde, a FUNAI, terra”, de modo que a questão dos territórios não é discutida no âmbito do Distrito, podendo prestar apoio na montagem de estruturas para a assistência, com atenção ao saneamento, alimentação e interferência na respiração, mas enquanto agências de áreas diferentes. O servidor-gestor confirma tal lógica ao afirmar que o diálogo entre essas instituições muitas vezes não acontece, sendo a questão dos territórios acompanhada pela saúde, em alguns casos podendo ser feito até algum parecer, contudo, sem interferência nos assuntos da FUNAI. Ao questioná-lo sobre a questão política no país, em fase de transição em dezembro de 2018, o mesmo servidor prevê possível ofensiva do atual Governo Bolsonaro sobre a política de saúde indígena.

No âmbito da FUNAI, as percepções dos servidores do Distrito sobre essa agência são reafirmadas, pelo que sua atuação é a garantia dos direitos territoriais dos povos indígenas, sendo que acompanham as ações da SESAI por meio das Comissões Técnicas Locais nas aldeias e por meio de reuniões dos conselheiros distritais. Pelo seu tempo de experiência, de

mais de uma década, a percepção é de que a FUNAI se tornou um órgão com roupagem de articulação, e não de execução, retórica difundida também em outras áreas da política indigenista, no sentido de um enfraquecimento das competências, das possibilidades de fiscalização e resolução de questões, de recursos financeiros e do corpo técnico, além do fator da burocracia enquanto entrave para o trabalho cotidiano. Nesse contexto, destaca-se o papel saliente do Ministério Público Federal, na figura da Procuradoria da FUNAI, em sua lida com as Prefeituras ou outros órgãos que atuam com povos indígenas e que enfrentam diversas dificuldades. Defende, contudo, à semelhança dos servidores do DSEI-MG/ES, que a FUNAI tem relação próxima com os indígenas nas aldeias, sendo percebida como figura de confiança e segurança, diante de preconceitos e marginalização.

A partir da entrevista, apreende-se também que existem restrições relacionadas a questões fundiárias que persistem no tempo e os servidores aguardam por mudanças a partir da transição de governo no início de 2019 em que existe indecisão sobre os rumos institucionais da própria FUNAI e da SESAI, que se soma à restrição do quadro de servidores desde 2010. Situa a questão dos territórios em períodos de paralisação, represálias por parte do governo e a instituição de Proposta de Emenda Constitucional¹² (PEC) sobre as demarcações anteriormente realizadas. Os territórios diminutos, notadamente fora da Amazônia, são apontados como interferentes na organização social dos povos, contribuindo para problemas sociais, de infraestrutura, como moradia, e para o alcoolismo.

2.4. Atenção diferenciada à saúde

A assistência, enquanto o conjunto de ações desempenhadas nos serviços de atenção à saúde, com foco na prevenção e promoção da saúde, como ocorre na APS, reúne enquanto categoria diversos conteúdos expressos anteriormente, uma vez que as ações se dão a partir das concepções dos povos a que se destina, das concepções de saúde/doença em curso e dos

12 Trata-se da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 215, apresentada inicialmente em 2000 e que, segundo última atualização, no ano de 2018, “inclui dentre as competências exclusivas do Congresso Nacional a aprovação de demarcação das terras tradicionalmente ocupadas pelos índios e a ratificação das demarcações já homologadas; estabelecendo que os critérios e procedimentos de demarcação sejam regulamentados por lei” Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=14562> Acesso em 16 jun 2019.

atravessamentos institucionais por parte da gestão que as implementa. Sendo assim, enfatizo que durante a confecção das unidades de registro, grande parte das percepções destacadas nas entrevistas foram remetidas concomitantemente à presente categoria, restando para esta seção alguns conteúdos exclusivos que, todavia, retomam e corroboram o exposto.

As ações em saúde, segundo os servidores, focalizam o trabalho comunitário, a partir da participação dos indígenas enquanto protagonistas com recuperação de questões da cultura. O servidor-técnico enfatiza que não é possível conduzir atendimentos clínicos com indígenas nos moldes de atendimentos individuais, como ocorre em outros setores do SUS, tampouco como ocorre em consultórios particulares. O trabalho se dá, desde o início, por intermédio dos AIS, que falam português, pela falta muitas vezes de domínio da língua por parte de profissionais e gestores em campo.

A servidora-técnica acrescenta que não se trata somente de uma tradução, mas de uma discussão ampliada de retorno aos gestores sobre a realidade do povo e a coordenação das ações pelos indígenas. É preciso entender o contexto específico e o pensamento dos indígenas, enquanto visão de mundo, a partir das lideranças, do controle social, além da própria equipe e dos apoiadores matriciais, conjunto de fatores sintetizado pela servidora-administrativa no desafio de trabalho na Saúde Indígena em que “cada aldeia é um mundo diferente”.

A agenda das equipes e a rotina do DSEI se dão a partir das demandas que surgem no cotidiano de um povo específico. As ações se estendem no tempo nas aldeias e como referido em categoria anterior, aquelas que não foram implantadas anteriormente apresentam um componente de dificuldade. Essa lógica de atuação é referida pela servidora-técnica como a ausência de uma estrutura no cotidiano, não no sentido de estruturas físicas ou de ações, mas pela possibilidade de construção conjunta e que comporta certa criatividade, aspecto que se relaciona também com a fala da servidora-administrativa sobre ressentir-se da atuação dinâmica em campo em comparação com o ambiente administrativo da sede do Distrito.

Para a atuação dos profissionais em campo, não existe um treinamento formal, mas uma tentativa de sensibilização sobre a temática dos povos indígenas e das ações em saúde, valendo-se das Referências Técnicas e dos profissionais que possuem vínculo com o povo, o que contraria a fala da servidora-administrativa sobre a lógica (ideal) de capacitação para cada nova implantação de serviços. Tal arranjo retoma, portanto, a questão da falta de capacitações contínuas para os profissionais atuantes e a prática na Saúde Indígena se consolidar no cotidiano, enquanto um novo campo para além das práticas profissionais transmitidas no

ambiente universitário. A educação permanente também é mobilizada na fala, enquanto um instrumento para o aprendizado contínuo de profissionais e gestores, para além de capacitações pontuais, como sinalizado pela servidora-técnica.

As ações de saúde mental tiveram início no ano de 2007, segundo três servidores, com iniciativas de encontros, capacitações e intervenções sobre o alcoolismo e o suicídio, a partir da participação dos povos, profissionais e convidados que pudessem contribuir com a temática. A servidora-administrativa menciona também o VIGISUS com ações de saúde mental junto a um povo indígena específico coberto pela assistência do distrito. Durante a construção de intervenções, de forma geral nessa área, não existe uma definição prévia sobre como conduzi-las, mas os desdobramentos de uma etapa indicam a continuidade dos trabalhos, com atenção à participação dos povos interessados, valendo-se do vínculo e da confiança construídos.

3. CAPÍTULO 3 – MUNDOS IMAGINADOS: A RETÓRICA INSTITUCIONAL A PARTIR DOS DOCUMENTOS

A indicação do ano de 2007 pelos servidores como período de início das ações de saúde mental no DSEI funcionam como ponto de partida para a reconstituição do processo de construção da política. Neste ano, ocorre a publicação da Portaria 2.759, especificamente sobre a saúde mental, como já mencionado. Alguns documentos, contudo, são anteriores a essa data e foram localizados a partir dos caminhos realizados durante a pesquisa.

Outros, posteriores a 2007, foram obtidos pelo compartilhamento dos servidores, uma vez que consideravam importante o conhecimento por mim dos documentos que orientam as ações para fins de escrita da dissertação. Entendo, todavia, o compartilhamento enquanto uma explicitação de produtos institucionais de resposta frente à problemática da saúde mental, referenciando assim suas percepções com certa propriedade durante as entrevistas.

Como destacado por Nader (1972) sobre os estudos *up* enquanto possibilidade de conhecimento das instituições e seus processos, muitas vezes velados aos cidadãos, procedi em uma busca pelo entendimento da emergência dessa Portaria, seus antecedentes e desdobramentos, em uma tentativa de mapear o campo e compreender um modo de funcionamento da instituição através dos documentos que veicula sobre uma temática. Resgato também as considerações de Teixeira (2014) sobre a importância dos documentos como forma de etnografar instituições, diante de impedimentos ou incompletudes características dos estudos em instâncias estatais da política indigenista de saúde.

A partir da etnografia dos processos de guarda na Vara da Infância e Juventude do estado do Rio de Janeiro, Vianna (2014) reflete sobre as especificidades de realização de uma etnografia de/com documentos. À diferença de etnografias que se valem do encontro com “pessoas de carne e osso” por longos períodos de tempo, bem ao gosto dos pressupostos clássicos da Antropologia, os documentos, por sua vez, apresentam-se como “pessoas de papel” que, da mesma forma, transmitem informações e sustentam silêncios sobre o que tratam, necessitando, portanto, de um voto de confiança e de uma elaboração quanto à verdade do escrito e do documentado. A riqueza específica dos documentos se deve, então, a sua força como constructo e como agente social, no sentido das marcas que indicam os mundos de onde emergem e os novos mundos que fazem existir (Vianna, 2014).

Considero os documentos, portanto, como peças etnográficas que “implica tomá-los como construtores da realidade tanto por aquilo que produzem na situação da qual faz parte (...) quanto aquilo que conscientemente sedimentam” (Vianna, 2014: 47).

Nesse sentido, a etnografia dos documentos se apresenta aqui como uma forma de compreensão das referências veiculadas pela administração pública e, em especial, a SESAI posteriormente, que conformam uma determinada retórica sobre a saúde mental, ora em acordo com as falas dos servidores entrevistados, ora desvelando outras questões até então desconhecidas nas entrevistas. Veiculados pela administração pública, esses documentos instituem formas de apreensão dos fenômenos de saúde/doença, identificando as condições sanitárias dos povos indígenas, prescrevendo determinadas condutas para a gestão e a assistência e mobilizando atores e instituições.

Os documentos analisados, enquanto bens administrativos em circulação, comportam, contudo, uma distância entre o falado e o escrito, no sentido do escrito como mecanismo de controle burocrático e afirmação de uma autoridade (Vianna, 2014), uma vez que os documentos veiculados pela SESAI funcionam como referência para a atuação de gestores e profissionais, contudo suas realidades no mundo do trabalho divergem daqueles imaginados nos documentos, já defasados de antemão.

3.1. Referências institucionais da administração pública sobre a “saúde mental”

No ano de 2002, foi publicada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Brasil, 2002) que orienta a atenção diferenciada à saúde através de várias diretrizes. Nesse documento, casos que seriam posteriormente nomeados como de saúde mental já eram mencionados na orientação de se promover ações específicas em situações especiais como o “acompanhamento, monitoramento e desenvolvimento de ações que venham coibir agravos de violência (suicídios, agressões e homicídios, alcoolismo) em decorrência da precariedade das condições de vida e da expropriação e intrusão das terras indígenas” (Brasil, 2002: 19).

Nota-se que o documento divulgado à época pela FUNASA já indicava a possibilidade de casos de suicídios e alcoolismo (ainda que enquadrados como agravos de violência) em

decorrência das precariedades que incidem sobre os indígenas e das intrusões às suas terras, prevendo ações com sua participação nos processos de planejamento e implementação, pela importância do controle social também como norteador da política, além da intersetorialidade.

A partir do levantamento da literatura, estudos¹³ no início dos anos 2000 na Antropologia e Saúde Coletiva já alertavam sobre a gravidade e o aumento dos casos de saúde mental nas aldeias, sem a proposição ainda pelas agências corresponsáveis de ações formais que pudessem contribuir para lidar com tais fenômenos. As iniciativas de intervenção eram localizadas e de caráter pontual em alguns povos, a partir da mobilização da participação dos indígenas na compreensão desses fenômenos e na busca de soluções.

Uma primeira iniciativa para responder a tal cenário parecer ser o Projeto VIGISUS, sinalizado na fala de uma das servidoras. Fruto de um acordo de empréstimo entre o Governo Brasileiro e o Banco Mundial, foi concebido em três fases distintas, tendo a primeira se encerrado no início de 2004 e a segunda entrando em vigor no final do mesmo ano. Não foram localizadas informações que indicassem a realização de uma terceira fase. O Projeto possuía dois componentes, sendo o primeiro administrado pela Secretaria de Vigilância em Saúde, com atividades de vigilância epidemiológica, e o segundo componente no âmbito da FUNASA, com atividades voltadas para a estruturação e aperfeiçoamento do SASI, sendo conhecido como Projeto VIGISUS II.

Coordenador técnico do Projeto, Macedo (2007) localiza a iniciativa no sentido de construção e aperfeiçoamento do subsistema e destaca que os povos se tornaram especialmente vulneráveis aos inúmeros problemas de saúde devido à trajetória histórica de avanço da sociedade nacional em seus territórios de origem, sendo seus indicadores de saúde mais baixos do que a média nacional do restante dos cidadãos brasileiros. Nesse contexto, o subcomponente do projeto, 'Iniciativas inovadoras em Saúde Indígena', contemplaria a área de Saúde Mental, "na qual se procura gerar o conhecimento necessário e específico para atuar em problemas como suicídio e abuso de substâncias (principalmente álcool) em cada povo afetado por estes agravos" (Macedo, 2007, p: 17).

Em outro documento sobre o Projeto VIGISUS II, do ano de 2005, o subcomponente de Saúde Mental Indígena tem maior detalhamento e com base no mesmo, destaco alguns trechos que correlacionam a emergência dos casos de saúde mental ao contexto histórico das

13 Para um estudo do perfil epidemiológico dos povos indígenas no início dos anos 2000, consultar Coimbra Jr, Santos, Escobar (2005). Sobre a questão específica do suicídio, ver Erthal (2001), e para a questão do uso do álcool, ver Ferreira (2004) e Oliveira (2004a).

sociedades indígenas e aos atravessamentos observados até os dias de hoje:

A progressão da relação dos povos indígenas com a sociedade nacional transformou em doenças endêmicas vários dos males de difícil controle também entre os índios, com incidência significativamente maior que a encontrada na população não indígena. Atividades de mineração, extração da madeira, agropecuária, aliadas à falta de garantia de grande parte do território indígena e ao intenso intercâmbio de pessoas entre as cidades e as aldeias, incumbem-se, ainda hoje, de disseminar tais doenças e agravos entre a população indígena. (Brasil, 2005: 7)

[...] Nota-se também, em regiões onde a população indígena tem um relacionamento estreito com as comunidades não indígenas, o aparecimento de novos agravos à saúde, relacionados às mudanças nos seus modos de vida, especialmente aqueles vinculados à alimentação e às atividades sociais. Assim, problemas como hipertensão arterial, diabetes, câncer, alcoolismo, depressão e suicídio são cada vez mais freqüentes. Observa-se, assim, um quadro sanitário caracterizado pela ocorrência de agravos que podem ser significativamente reduzidos mediante a adoção de medidas sistemáticas e continuadas de atenção básica à saúde para estas comunidades. (Brasil, 2005: 7-8)

[...] As características excepcionais da assistência à saúde dos povos indígenas determinaram a necessidade de uma ampla articulação intra e intersetorial, cabendo ao órgão executor desta política [FUNASA] a responsabilidade pela promoção e facilitação deste processo. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas prevê a existência de uma atuação coordenada, entre diversos órgãos e ministérios, com o objetivo de viabilizar medidas necessárias ao alcance de seu propósito. (Brasil, 2005: 9)

[...] se faz necessário e urgente implantar e implementar políticas públicas que possam minimizar a situação do consumo abusivo de álcool entre os grupos indígenas, seja na atenção primária com ações de prevenção, na secundária com estabelecimento de atendimento ambulatorial na unidade de saúde dentro da aldeia e ainda garantindo o atendimento na atenção terciária quando necessário, conforme proposta neste projeto. Assim, em concordância com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Funasa/MS, 2000) a perspectiva de desenvolver proposta no quadro da Saúde Mental é baseada na estruturação de uma assistência diferenciada para a população indígena, e principalmente no que se refere ao alcoolismo, suicídio, depressão, etc. Esta assistência diferenciada pressupõe discutir como estruturar serviços com qualidade, que considerem a especificidade cultural e

que tenham uma abordagem interdisciplinar e participativa. Este desafio inclui a aproximação das ciências sociais com as ciências biológicas, estabelecendo um diálogo entre estas disciplinas, o desenvolvimento de métodos para descrever e interpretar os problemas e formular alternativas de solução num contexto da prestação de serviços da atenção básica de saúde. (Brasil, 2005: 69)

Tais trechos evidenciam que os casos de saúde mental guardam relação com fatores da sociedade envolvente como as atividades econômicas que incidem violentamente sobre seus territórios, além do contato que interfere principalmente na alimentação e atividades sociais, contribuindo não só para casos de alcoolismo, suicídios e depressão, mas também para outros quadros clínicos graves que demandam acompanhamento pela política de saúde. Nesse sentido, a assistência à saúde necessitaria de ampla articulação intra e intersetorial para a condução de ações que lidariam com determinantes que excedem o âmbito da saúde, sendo retomada a proposta de intersetorialidade contida na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Brasil, 2002).

Nota-se, contudo, que a despeito da (importante) menção à intersetorialidade, a grande aposta se faz sobre os serviços de saúde em seus diferentes níveis de complexidade, pautados no trabalho de qualidade, interdisciplinar e, mais uma vez, com a retórica de conhecimento das especificidades culturais dos povos. Entretanto, não é sinalizado, sequer, quais outras instituições podem ser acionadas e de que modo podem atuar para lidar com múltiplos fatores problemáticos correlacionados à saúde mental, como a violação dos territórios atrelada a atividades econômicas.

O Projeto VIGISUS II destaca ainda que a disponibilidade de dados epidemiológicos de prevalência do alcoolismo era limitada em 2005, sendo conhecidas algumas pesquisas pontuais realizadas em poucas etnias. Trabalhos relativos ao alcoolismo estavam sendo desenvolvidos com os Kaingáng no norte do Paraná, Mbya Guarani no Rio Grande do Sul, Kaiowá-Guarani em Mato Grosso do Sul, Pankararu em Pernambuco e de diversas etnias do DSEI Leste de Roraima e do DSEI Ceará. Outros projetos se encontravam em processo de incorporação para lidar com o suicídio entre os Ye'kuana em Roraima, alcoolismo e suicídio entre os Tikuna no rio Alto Solimões, alcoolismo entre os Guaranis no Rio de Janeiro, além de contatos e assistência técnica para iniciar trabalhos com os Maxacali em Minas Gerais, etnias no DSEI Tocantins e no DSEI Alto Rio Negro, assim como estudo epidemiológico sobre

alcoolismo nos indígenas na Bahia. Foi estabelecido a formulação de programas de prevenção e intervenção em 20% dos DSEIs, com expectativa de implementação em 80% deles até o ano de 2006, sendo a factibilidade das metas atrelada à capacidade gerencial dos distritos e da disponibilidade de recursos humanos dedicados exclusivamente para implantação e acompanhamento destes programas (Brasil, 2005: 69-70).

Por fim, o documento ressalta que “o tempo para se obter resultados válidos e estáveis é bastante limitado devido ao caráter processual de projetos desta natureza, pois o problema do uso abusivo de álcool ou eventos de suicídio estão relacionados com múltiplos fatores (questão da terra, questões culturais, socioeconômicas, etc.)” (Brasil, 2005: 71).

Mais uma vez, constata-se que o Projeto associa os casos de saúde mental a fatores socioeconômicos e aos territórios indígenas, prevendo um horizonte de imprecisão para obtenção de resultados, o que me faz pensar, mais uma vez, sobre certa limitação das ações de saúde frente a determinantes sociais, cuja possibilidade de atuação estaria fora do alcance da Saúde. Passados catorze anos, contudo, esses mesmos fatores permanecem incidindo sobre os indígenas e, por que não, em níveis ainda mais graves, considerando as ofensivas aos territórios e o avanço das atividades agropecuárias em diferentes regiões onde se encontram.

Não foram identificados no banco de dados do Ministério da Saúde materiais que apresentassem os resultados referentes ao subcomponente de Saúde Mental Indígena, como ocorrido com o subcomponente de Medicinas Tradicionais¹⁴. Por ora, a reconstituição do Projeto VIGISUS II parece sinalizar uma primeira tentativa institucional para lidar com os casos de saúde mental entre a publicação da Política Nacional no ano de 2002 e a publicação, então, de normativa importante na área do ano de 2007, como sinalizado pelos servidores.

Trata-se da Portaria nº 2.759 (Brasil, 2007a) que estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas e cria o Comitê Gestor, com o objetivo de orientar os serviços em casos de saúde mental. Tal portaria não se configurava, ainda, como uma política formal na temática, mas um instrumento para sua elaboração posterior, em que as diretrizes orientam o modo de atuação da agência de saúde para a construção de intervenções. São elas:

14 Trata-se de material elaborado como resultante do subcomponente de Medicinas Tradicionais do Projeto VIGISUS II, intitulado *Medicina Tradicional Indígena em Contextos – Anais da I Reunião de Monitoramento – Área de Medicina Tradicional Indígena – Projeto Vigisus II/Funasa*, disponível em Brasil (2007b).

I - apoiar e respeitar a capacidade das diversas etnias e das comunidades indígenas, com seus valores, economias, tecnologias, modos de organização, de expressão e de produção de conhecimento, para identificar problemas, mobilizar recursos e criar alternativas para a construção de soluções para os problemas da comunidade;

II - apoiar a organização de um processo de construção coletiva de consensos e de soluções, que envolva a participação de todos os atores sociais relevantes, em especial o movimento social e as lideranças indígenas, que considere e respeite as especificidades e a cultura de cada comunidade indígena envolvida, que respeite e convoque os conhecimentos da medicina tradicional das comunidades, e que crie alternativas viáveis e consensuais para a abordagem dos problemas de saúde destas comunidades;

III - considerar como atores sociais imprescindíveis para a construção deste processo, os etnólogos e a comunidade acadêmica, na medida em que vem acompanhando sistematicamente o impacto do contato destas comunidades com as sociedades envolvidas, apontando a complexidade dos problemas das comunidades e das intervenções do Estado brasileiro e produzindo conhecimento acerca da heterogeneidade destas comunidades;

V - garantir acessibilidade, sobretudo através da potencialização das ações de construção coletiva de soluções para os problemas de saúde mental no nível da atenção básica, e da potencialização dos CAPS na construção coletiva de ações em seu território, sobretudo em regiões com grande concentração de comunidades indígenas;

VI - considerar como fundamento das propostas de intervenção a estratégia de pesquisa – ação participativa, que permita sistematizar informação epidemiológica, assim como os modelos explicativos e sistemas de ação que os indígenas implementam para a superação de seus problemas;

VII - garantir a criação de um sistema de monitoramento e avaliação das ações, que além de inquéritos epidemiológicos específicos, inclua estudos qualitativos de avaliação das estratégias de intervenção, sejam estas intraculturais ou externas à cultura local; e

VIII - garantir que o Programa de Formação Permanente de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, já em andamento, absorva, especialmente em regiões com grande concentração de comunidades indígenas, a problemática da saúde mental indígena. (Brasil, 2007a).

A partir dessas diretrizes, apreende-se uma intrincada retórica institucional com a prescrição de diversas condutas para o cuidado e a gestão em saúde mental, mobilizando diferentes atores e ações. De forma objetiva, prevê-se o apoio ao protagonismo dos povos indígenas, respeitando suas especificidades socioculturais, na identificação e construção de consensos e soluções para os problemas de saúde, considerando a participação do movimento social, das lideranças indígenas, dos etnólogos e da comunidade acadêmica, com base na pesquisa-ação participativa que sistematize informações epidemiológicas, bem como sistemas explicativos e de ação por parte, mais uma vez, dos próprios indígenas para a solução de seus problemas. É preciso ainda garantir a acessibilidade no nível básico de atenção e em outros serviços da rede como o CAPS, com expectativa de que os profissionais consigam lidar com essas novas demandas dos povos indígenas, com base em processos de formação permanente.

Já o Comitê Gestor, enquanto grupo constituído para o acompanhamento desse processo, previa uma composição intersetorial envolvendo um representante de cada um dos setores a seguir: da FUNASA, do Projeto VIGISUS, do Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS; do Conselho de comunidades indígenas das cinco regiões do país; da universidade brasileira; do Conselho Nacional de Secretários de Saúde; do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e, por fim, da FUNAI.

Constata-se na Portaria um incremento progressivo da retórica institucional para lidar com os casos de saúde mental, em que são prescritas elaboradas diretrizes, por vezes até repetitivas, que acionam o protagonismo dos povos indígenas para identificação e resolução de problemas de saúde, assim como previsto no Projeto VIGISUS II, tendo os povos a retaguarda da agência de saúde, que incrementa sua rede assistencial e suas ações com base na atenção psicossocial e estabelece um compromisso para o acompanhamento dos povos, valendo-se da formação dos profissionais localizados na ponta.

Por sua vez, através do Comitê Gestor é retomada a promissora proposta da intersetorialidade, sinalizada tanto na Política Nacional quanto no Projeto VIGISUS II, que, através de uma quantidade significativa de representações institucionais, congregaria os diferentes setores – saúde, controle social, desenvolvimento sustentável, Academia – diretamente envolvidos e com possibilidades de ação. Tal Comitê não parece ter sido criado...

Como já exposto, o estudo pretendia inicialmente reconstituir a construção da política a partir do âmbito nacional e acompanhar alguma reunião do Comitê Gestor. Interessava,

portanto, identificar se o comitê de fato havia sido criado, quais eram suas ações e de que forma seria possível acompanhá-las, sendo que a inserção na SESAI poderia contribuir para a obtenção dessas respostas. Com o redimensionamento do estudo para a escala regional, tal inserção não foi possível, mas a dúvida sobre a existência do Comitê, passados dez anos da portaria, permanecia sem resposta.

A alternativa encontrada foi obter dados a partir do diretório federal de acesso à informação pública, sendo que tal estratégia foi utilizada tanto para mapear os desdobramentos da Portaria, diante do limbo informacional do poder público, como também identificar a resposta institucional pela solicitação de informações que parecem estar veladas ou com o acesso dificultado aos cidadãos.

Direcionei então pedido de informação ao Ministério da Saúde no Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão¹⁵, seguindo os passos da burocracia institucional para o acesso à informação pública com o seguinte enunciado, na data de 06/11/2018:

Resumo da solicitação: PORTARIA Nº 2.759, DE 25 DE OUTUBRO DE 2007: Estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas e cria o Comitê Gestor.

Detalhamento da Solicitação: A partir da publicação da referida portaria, qual/quais é/são o/os documento/documentos (online ou físico/físicos) referente/referentes à Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas e qual o histórico de atividades realizadas pelo referido Comitê Gestor?

O pedido foi respondido no prazo máximo previsto de vinte dias pelo Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde da seguinte forma:

Prezado cidadão,

15 O portal eletrônico de acesso à informação foi instituído a partir da Lei nº 12.257, sancionada pela Presidenta Dilma Rousseff em 2011, com o propósito de regulamentar o direito constitucional de acesso dos cidadãos às informações públicas, sendo seus dispositivos aplicáveis aos três Poderes da União, Estados, Distrito Federal e Municípios. O acesso ao portal se dá pelo seguinte endereço eletrônico:
<https://esic.cgu.gov.br/sistema/site/index.aspx?ReturnUrl=%2fsistema%2fprincipal.aspx> .

Por questões internas naquele período (2007), não houve avanço no registro das atividades do referido comitê gestor, as discussões foram realizadas e supridas envolvendo a secretaria indígena e a FUNAI. Durante o período de 2011-2015, as estratégias relacionadas à atenção psicossocial para povos indígenas e povos tradicionais foram construídas de modo gradativo, intersetorial, reforçando-se a importância do diálogo com povos e grupos indígenas e tradicionais e da contextualização sociocultural de cada comunidade indígena, e compreensão [d]os condicionantes e determinantes sociais relacionados aos problemas enfrentados.

Essas atividades poderão ser entradas no relatório de gestão 2011 ? 2015.

[Http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/maio/07/relatorio-gestao-2013-sesai-final.pdf](http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/maio/07/relatorio-gestao-2013-sesai-final.pdf) pagina 78

Outra sugestão de consulta é o relatório de gestão do exercício de 2013 da secretária especial de saúde indígena.

[Http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/maio/07/relatorio-gestao-2013-sesai-final.pdf](http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/maio/07/relatorio-gestao-2013-sesai-final.pdf)

Vale ressaltar, que a rede de atenção psicossocial foi ampliada e passa a contar com hospitais psiquiátricos especializados, hospitais-dia, unidades ambulatoriais e caps iv ad, além dos antigos serviços já existentes, com o objetivo de ofertar uma variedade de cuidados, que possam dar conta das diferentes necessidades dos pacientes. Na área da saúde indígena, o ministério da saúde publicou portaria que objetiva aumentar o financiamento de caps que atendam a pacientes dessa população. Com isso, o ministério objetiva diminuir as barreiras de acesso ao cuidado dos indígenas que apresentam transtornos mentais. Vale ressaltar, que tem havido aumento na prevalência de transtornos mentais entre os indígenas, tais como a dependência de álcool e outras drogas, bem como o suicídio. As mudanças podem ser observadas, na portaria 3588 de 21 de dezembro de 2017, http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html

Atenciosamente,

A partir da resposta institucional da secretaria competente, constata-se então o descumprimento de criação do Comitê Gestor intersetorial desde o ano de 2007, sendo as discussões realizadas e supridas ao nível de duas agências somente entre as dez previstas à sua composição, o que informa a fragilização, de antemão, da intersetorialidade prevista à construção de estratégias, além da não-contemplação da participação formal dos povos indígenas, contrariando a retórica tão recorrente do protagonismo indígena na identificação e solução de seus problemas, seja pela representação de comunidades ou pelas instâncias de

controle social na saúde.

No período de 2011-2015, a retórica institucional se volta para a construção intersetorial gradativa da atenção psicossocial e, agora sim, para o diálogo com povos indígenas, considerando suas realidades específicas e os condicionantes e determinantes à saúde, fatores correlacionados à saúde mental de extrema importância de consideração, mas que parecem ter sido minimizados até então frente a construção da política de saúde em si, recuperando, nesse momento, uma retórica institucional à semelhança daquela contida no Projeto VIGISUS II.

Mesmo considerando os processos da administração pública como dinâmicos, simultâneos e, por que não, também concorrentes, desdobrando-se em períodos variados de tempo, não se pode minimizar o significativo período de quatro anos para o início da tomada de decisões e construção de estratégias frente a casos graves de saúde mental que colocam em risco, fundamentalmente, vidas humanas e que prejudicam a organização sociocultural dos indígenas, como já destacado por documentos da própria administração pública.

Nota-se que os dois endereços eletrônicos indicados para o acompanhamento de ações distintas são idênticos e, mesmo assim, os endereços eletrônicos não correspondiam a páginas válidas na internet, de modo que foi preciso recorrer à busca manual do Relatório de Gestão do Ano de 2013 da SESAI (Ministério da Saúde, 2013), sendo que a página indicada também não correspondia à demanda de informação solicitada. Trata-se de relatório de gestão com nada menos que 722 páginas em que diversas ações de saúde são apresentadas no formato de metas estipuladas em porcentagens e o alcance total ou parcial das mesmas, nesse último caso com necessidade de justificativa.

Não analiso aqui os conteúdos do relatório do ano de 2013 pela circunscrição de apresentação da gestão nesse ano específico, passados já seis anos de sua publicação, contudo, destaco dois trechos que considero importantes sobre a percepção institucional sobre a construção das ações à época:

De maneira geral, as ações de saúde mental são desenvolvidas de forma bastante heterogênea nos diferentes DSEI. Há alguns DSEI que possuem experiência expressiva no desenvolvimento de ações de atenção psicossocial e, neles, esta área já está significativamente consolidada entre as diversas ações de saúde ofertada pelos serviços. Porém em boa parte dos DSEI as ações de saúde mental ainda são

incipientes e embrionárias. Este campo da atenção à saúde tem sido estimulado pelos profissionais que atuam como referência técnica em saúde mental nos DSEI, em geral psicólogos ou assistentes sociais. Em grande parte dos DSEI estes profissionais são recém chegados ao trabalho no DSEI e possuem pouca experiência no desenvolvimento de ações junto à população indígena. Por outro lado, os parâmetros de atuação dos profissionais neste campo ainda não foram definidos de maneira adequada. A portaria 2.759/2007 estabelece as diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas. Porém esta normativa não detalha os marcos operativos para o desenvolvimento de ações de atenção psicossocial nos DSEI. Dessa maneira, foram observadas diversas dificuldades tanto dos profissionais de saúde quanto dos gestores dos DSEI em organizar os processos de trabalho relativo à oferta de cuidados em saúde mental. Além disso, diversas informações de saúde sobre este campo estavam indisponíveis em 2012. Os poucos dados epidemiológicos disponíveis eram coletados de maneira heterogênea pelos diferentes DSEI a partir de instrumentos de coleta próprios elaborados pelos profissionais de saúde. Dessa maneira, o material coletado das diferentes realidades não era passível de sistematização e análise pelo nível central (Ministério da Saúde, 2013: 35-36).

[...] A área da saúde mental se diferencia pelos outros programas de saúde por não ser um campo do cuidado onde a[s] dimensões mais precisas e exatas predominam. Por estar envolvido com processos de cuidado de dimensão subjetiva, social, raramente este campo é mensurado de maneira precisa e objetiva. Indicadores quantitativos de saúde ou de processos dificilmente conseguem traduzir a realidade dos agravos e das ações relacionadas à saúde mental. O Departamento de Atenção à Saúde Indígena/SESAI enviou aos DSEI o Documento Orientador sobre a Gestão da Atenção Psicossocial dos DSEI. Este documento objetiva oferecer orientações sobre os parâmetros de organização das ações de saúde mental nos DSEI. Entre os diversos elementos que compõem este documento, há uma proposta de indicadores de saúde mental e de processo de implantação do programa de saúde mental nos DSEI. A partir desse documento enviado aos distritos em fevereiro de 2014, é possível que os técnicos de cada distrito se baseiem em indicadores padronizados e que produzam informações quantitativas sobre condições de saúde mental das populações indígenas (Ministério da Saúde, 2013: 101).

Com base nesses conteúdos, apreendo que as ações de saúde mental ainda se apresentavam e, porque não, ainda se apresentam, como um desafio à política de saúde, no

sentido de sua compreensão pela correlação com fatores ditos “subjetivos e sociais” e, uma vez manifestos em povos indígenas, a questão parece se complexificar. Consequentemente, permanecia, ainda em 2012, a insuficiência e mensuração de dados epidemiológicos, assim como à época do Projeto VIGISUS II em 2005 que impactam, por sua vez, a elaboração de ações e a obtenção de resultados, pautados em uma lógica quantitativa de metas, que informa o viés produtivista da política de saúde, na qual a saúde mental parece não se enquadrar. Soma-se a esse cenário institucional a inexperiência de profissionais e gestores para lidar com a temática, reforçada pela imprecisão da Portaria de 2007 e a inexistência de um instrumento orientador que pudesse operacionalizar as diretrizes de tal portaria.

O encaminhamento que consta no Relatório é, nesse sentido, a elaboração de um documento que oriente a gestão da atenção psicossocial, passados então sete anos da referida portaria, para lidar com a saúde mental nos distritos, prevendo as atribuições de cada profissional das equipes e a vinculação de outros serviços da rede de atenção psicossocial, a partir da já conhecida retórica do conhecimento das especificidades de cada povo e do vínculo estabelecido com os mesmos com vista ao acolhimento do sofrimento psíquico a partir da perspectiva indígena.

Esses dados apontam, portanto, a inexistência ainda de como compreender e, por sua vez, como lidar com os casos de saúde mental na APS e fazer operar uma rede de cuidados, igualmente despreparada para absorver essa demanda crescente. Tal documento, enquanto possibilidade dessa orientação, coincide com aquele compartilhado pelos servidores durante entrevista no campo que, segundo o Relatório, fora finalizado em 17 de dezembro de 2013 (sete anos após a portaria), a ser repassado aos distritos no ano seguinte.

A área técnica responsável aponta ainda que optou por monitorar e apoiar o desenvolvimento das ações de atenção psicossocial nos distritos que apresentavam elevados índices de suicídio e demandas relativas a situações de violência e uso prejudicial de álcool e outras drogas, entre eles, o DSEI de Minas Gerais e Espírito Santo. Não foram identificados, contudo, dados relativos à saúde mental no DSEI-MG/ES, seja através do Relatório, seja pelo compartilhamento dos servidores.

Por fim, a resposta do poder público à solicitação de informação indica um decreto do ano de 2017, ou seja, publicado dez anos após a Portaria de 2007, que não guarda relação direta com a assistência dos povos indígenas, mas reordena os serviços e ações da atenção psicossocial em âmbito nacional no SUS. A partir desse dado, não é possível então

correlacionar os conteúdos do Relatório de Gestão de 2013 com um decreto que seria publicado quatro anos depois. Revela, pelo contrário, uma modificação muito recente na rede de atenção que parece contribuir para ações em processo de implementação e a ênfase recai sobre o fortalecimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como serviço de acolhimento dos casos de saúde mental, retórica que fragiliza a grande ênfase depositada na APS, tanto na Política Nacional e no Projeto VIGISUS II quanto na Portaria de 2007, como nível prioritário de acolhimento e acompanhamento dos casos de saúde mental, uma vez que está próxima geograficamente dos povos indígenas e baseada na construção de vínculos para os cuidados em saúde.

3.2. A resposta institucional da SESAI sobre a problemática da “saúde mental”

A resposta institucional frente à realidade apresentada no Relatório de Gestão de 2013 é então o documento denominado *Atenção psicossocial aos povos indígenas: tecendo redes para promoção do bem viver* (Brasil, 2016) que, ainda que informado no Relatório sobre sua finalização em dezembro de 2013, fora publicado pelo Ministério da Saúde em 2016, nove anos após a Portaria. Tal documento não foi identificado no banco de dados do Ministério da Saúde, mas obtido pelo compartilhamento dos servidores, fato que sugere sua circulação restrita no interior da SESAI. A Secretaria apresenta-o como o principal documento que embasa a organização das ações de atenção à “saúde mental”, em complementariedade à Portaria de 2007, e fornece orientações básicas tanto para os profissionais quanto gestores da saúde, de modo que adaptem as estratégias elencadas às realidades locais, e não no sentido de fórmulas fixas (Brasil, 2016).

Fruto da cooperação técnica entre a SESAI e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), o documento foi coproduzido com a participação de indígenas, profissionais de saúde e gestores, a partir de suas práticas, perspectivas e expectativas relacionadas ao acolhimento e atenção diferenciada aos indígenas, embora a elaboração técnica, como consta em sua contracapa, seja atribuída somente a profissionais da Secretaria e não faça menção a representações indígenas.

Além da Portaria, da experiência acumulada nos DSEIs e da produção acadêmica

atual, o documento destaca como base de sua elaboração uma reunião dos profissionais de Referência Técnica em “saúde mental” dos distritos, realizada em outubro de 2013, em que se reuniram diversos profissionais, como assistentes sociais, psicólogos e enfermeiros, contabilizando 32 dos 34 DSEI, além de participantes da Coordenação-Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena/SESAI, da Coordenação-Geral de Articulação da Saúde Indígena/SESAI, da Coordenação-Geral de Monitoramento e Avaliação da Saúde Indígena/SESAI, da CASAI–Brasília/SESAI, da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/Ministério da Saúde, da Política Nacional de Humanização/Secretaria de Atenção à Saúde e da Funai/Ministério da Justiça (Brasil, 2016).

O documento retoma conteúdos muito semelhantes ao Relatório de Gestão de 2013, no sentido de que a atenção à saúde mental tem sido um desafio para os distritos sanitários, uma vez que ultrapassa os fatores estritamente biológicos, envolvendo aspectos relacionados à cultura e ao social, que demandam dos profissionais habilidades muitas vezes não desenvolvidas. Ademais, o documento reafirma que a experiência institucional em ações de saúde mental é recente, de modo que a atenção psicossocial precisa ser melhor compreendida, tanto por gestores e profissionais quanto usuários.

Como destacado no próprio título do documento, a atenção psicossocial e o bem viver são duas expressões mobilizadas na retórica institucional. O documento aponta que vários setores que discutem a atenção psicossocial questionam o conceito de “saúde mental” pela dificuldade de uma definição única, uma vez que cada sociedade a compreende de forma diferente e em muitas delas o conceito ocidental de “mente” não faria sentido. É proposto então outros termos como “atenção psicossocial em contexto indígena” ou “bem viver indígena”, todavia não existiria também um consenso sobre os termos a serem utilizados. De acordo com a instituição, “compreende-se que a saúde mental ou psicossocial ou bem viver se referem a algo mais do que simplesmente a ausência de sofrimento ou doença, mas sim ao bem-estar ou bem viver individual, familiar e social/comunitário” (Brasil, 2016: 9).

A instituição retoma que as ações de saúde mental ou atenção psicossocial estavam historicamente voltadas para os cuidados a diferentes situações como uso prejudicial de bebidas alcoólicas e/ou outras drogas, violências e suicídios e outros agravos relacionados, contudo, as sociedades indígenas tem enfatizado a importância dos determinantes socioculturais relacionados a esses agravos, a exemplo da dificuldade de garantia da subsistência econômica das famílias, das barreiras para a reprodução dos modos de vida das

diferentes comunidades, do preconceito e dos conflitos sofridos na interação com as cidades, dos conflitos familiares, dos feitiços, entre outros.

Nesses casos, segundo a instituição, “os usuários indígenas têm relacionado a 'saúde mental' com diferentes aspectos da dimensão social e coletiva, não se restringindo à dimensão da subjetividade individual como tradicionalmente é feito nas culturas ocidentais” (Brasil, 2016: 9). Com base nesse entendimento, o documento veicula que a missão dos DSEI, enquanto princípio da atenção à saúde mental ou psicossocial é:

Contribuir para a potencialização dos projetos de bem viver das diferentes comunidades, famílias e indivíduos indígenas a partir de ações de promoção da saúde, prevenção e atenção a agravos relacionados à saúde mental, que compartilhem responsabilidades e ações com comunidades, profissionais de atenção primária e redes de apoio locais, incentivem o protagonismo indígena e a mobilização social, valorizando e respeitando os saberes, modos de organização social, crenças, economias e as tecnologias próprias de cada comunidade (Brasil, 2016: 10).

Nesse sentido, a retórica institucional não mais enfoca os fenômenos de saúde mental como um fim em si mesmo, mas privilegia a ideia de bem viver das diferentes sociedades indígenas e a potencialização de projetos com esse enfoque, a partir das ações em saúde que movimentam uma rede de atenção, sendo incentivado não somente o protagonismo indígena, previsto desde os primeiros documentos analisados, mas agora também a mobilização social.

Embora não exista um aprofundamento teórico no documento quanto à ideia de “bem viver”, faz-se importante destacar que essa expressão parece indicar a influência de uma outra ideia presente na literatura que contribui para sua incorporação e atualização na retórica institucional, ou seja, uma intertextualidade submetida à indigenização pela Saúde Indígena, da expressão “Buen Vivir” (Viver Bem), segundo o entendimento de Alberto Acosta (2012), economista equatoriano. Como afirma o autor, o Buen Vivir não pode ser simplesmente associado a ideia de “bem-estar ocidental”, sendo preciso recuperar a cosmovisão dos povos e nacionalidades autóctones que informam essa filosofia, notadamente na América do Sul, tendo sido inclusive, incorporada nas Constituições nacionais do Equador e da Bolívia.

O Buen Vivir seria uma oportunidade, segundo Acosta (2012), para construir de modo

coletivo novas formas de vida que “questionam a ética do ‘viver melhor’ na medida em que supõem um progresso ilimitado que nos convida a uma competição permanente entre os seres humanos. Este é um caminho seguido até agora, que permitiu a alguns ‘viver melhor’ enquanto milhões de pessoas tiveram e ainda têm que ‘viver mal’” (Acosta, 2012: 201).

O Buen Vivir questiona assim a noção de desenvolvimento que orientou os progressos econômicos e tecnológicos da sociedade ocidental com a aposta de uma vida melhor para a comunidade global, notadamente marcada por desigualdades na distribuição desses ganhos e na melhoria das condições de vida. Nesse sentido, trata-se de uma alternativa ao próprio desenvolvimento, de modo a superar visões heterodoxas que enfocam, a exemplo, o “desenvolvimento alternativo”, o “desenvolvimento sustentável” ou o “capitalismo verde”. Retornarei a essa questão no Capítulo seguinte.

Em relação à rede de atenção psicossocial, a retórica institucional retoma a dificuldade existente entre os profissionais no acolhimento e acompanhamento dos casos de saúde mental, em que a resposta muitas vezes é o encaminhamento a profissionais específicos, como psicólogos e assistentes sociais, baseados em concepções equivocadas sobre o sofrimento psicossocial ou na falta de conhecimentos de área para lidar com tais demandas. Nesse sentido, é ressaltado a importância da contribuição de cada um dos profissionais no cuidado em saúde mental, sendo este realizado em rede de forma corresponsável.

Com base nesse outro entendimento sobre a saúde mental e a rede de atenção psicossocial, a instituição responde então aos aspectos deficitários identificados no Relatório de Gestão de 2013, como os serviços que constituiriam a rede de atenção; as ações a serem desenvolvidas (como atendimentos individuais/familiares, visitas domiciliares, grupos de saúde mental e bem-viver, ações participativas/intersetoriais); as atribuições dos profissionais das equipes de referência e das equipes matriciais; a vinculação das comunidades no processo de construção e a participação de outras instituições, retomando a retórica da intersetorialidade, segundo o entendimento de que para a formulação de estratégias de promoção da saúde mental ou bem viver é preciso considerar os determinantes sociais, econômicos, culturais e políticos envolvidos nas situações de sofrimento psicossocial, não sendo tratadas em suas dimensões individuais ou somente no campo da Saúde.

Nesse último aspecto, ressalto que a instituição aponta que as ações se baseiam em uma perspectiva ampliada de saúde que considera como foco de intervenção os determinantes sociais do processo de adoecimento e não somente o sintoma, sendo o primeiro passo um

diagnóstico detalhado dos grupos mais vulneráveis e uma caracterização dos espaços e dos atores envolvidos nesses eventos para a diminuição dos impactos dos agravos à saúde mental sobre as condições gerais de saúde da população. Tal caracterização serve também a uma posterior avaliação das ações de saúde mental que, devido ao “caráter subjetivo”, segundo a agência, carregam grande complexidade em relação à mensuração de sua efetividade (aspecto que retoma o Relatório de Gestão e sua lógica quantitativa/producionista), bem como a justificativa para os recursos públicos investidos e/ou a requisição de maiores investimentos atrelados à atenção diferenciada prevista aos povos indígenas na Saúde (Brasil, 2016).

Não realizo um detalhamento sobre os serviços e as ações da rede em si, uma vez que não é meu interesse analisar o que seria, a exemplo, o atendimento individual/familiar (que guarda, inclusive, semelhanças com as modalidades tão utilizadas no SUS de forma ampla), já que se trata de prescrições gerais a serem atualizadas com a experiência cotidiana de difícil previsão e, por sinal, muito heterogênea a depender do povo indígena em questão. Já o entendimento fundamental sobre a saúde mental e os determinantes sociais correlacionados são (ou deveriam ser), por sua vez, pressupostos à apresentação dessas ações, em que os territórios, a participação indígena e a intersetorialidade são aspectos fundamentais desde outras publicações. Destaco trecho a seguir sobre essa problemática:

A falta de acesso à terra, condições de vida adversas, preconceito, impossibilidade de reprodução da vida cultural são alguns dos aspectos levantados por etnias sobre os problemas de saúde mental em seus territórios. Muitas comunidades indígenas, por exemplo, têm enfrentado de maneira eficaz os altos índices de suicídio ou o consumo prejudicial de álcool e outras drogas com estratégias de promoção da coesão social. Entre as ações que compõem estas estratégias, destacam-se atividades de valorização da identidade cultural, geração de renda, atividades esportivas, entre outras. [...] A Funai, enquanto órgão de articulação das políticas indigenistas, deve ser acionada sempre que possível, a fim de que acompanhe o desenvolvimento de ações de cuidado e promoção da saúde mental. Além disso, diversas ações poderão ser articuladas e desenvolvidas conjuntamente a este órgão. Da mesma maneira, a Assistência Social, a Educação, a Cultura, o Esporte são áreas estratégicas entre as políticas públicas a estarem articuladas com as estratégias de atenção psicossocial (Brasil, 2016: 16)

Constata-se que a questão da demarcação dos territórios, a exemplo, é relacionada, mais uma vez, aos casos de saúde mental, à semelhança do Projeto VIGISUS II. Todavia a resposta para tal questão permanece em aberto, mesmo com a mobilização da FUNAI na retórica enquanto agência participativa e de articulação da política indigenista, a acompanhar as ações. O argumento vinculado em seguida é de que “muitas comunidades indígenas, por exemplo, têm enfrentado de maneira eficaz os altos índices de suicídio ou o consumo prejudicial de álcool e outras drogas com estratégias de promoção da coesão social” (Brasil, 2016: 16), de modo que a ênfase recaia, novamente, sobre a capacidade das sociedades indígenas responderem a questões de saúde mental com base em seus próprios recursos e na coesão social, ainda que diante de fatores da sociedade envolvente que incidem sobre as coletividades e escapem muitas vezes a sua resolução, como a demarcação de territórios.

O protagonismo indígena e a consideração dos aspectos socioculturais nas ações de cuidado são enfatizados ainda no aspecto de que o sofrimento psíquico comporta uma dimensão subjetiva, devendo ser compreendido na cultura em que se manifesta e que subsidia também a construção de resolução para tais problemas. Segundo a instituição:

Partindo-se do princípio de que a coesão do tecido social de uma comunidade promove bem viver e melhores condições de saúde em geral e, em especial, de saúde mental, destaca-se que a aproximação das práticas de cuidado e saberes de um povo indígena pode favorecer a mobilização social da aldeia. Assim, a busca pela valorização destas práticas e saberes não deixa de ser um elemento fomentador do protagonismo indígena. Afinal, compreende-se que é a comunidade que deve ser a protagonista na busca de melhores condições de saúde e de vida, e os profissionais de saúde devem promover ações que incentivem a autonomia dos sujeitos no autocuidado em saúde. Desse modo, considera-se como imprescindível a aproximação da equipe com cuidadores indígenas, sejam eles pajés, rezadores, raizeiros, benzedeiros e outros, para que os problemas de saúde mental possam ser identificados e cuidados por meio da articulação entre os saberes tradicionais e convencionais. Essa articulação e a aproximação deverão ser realizadas de maneira cautelosa a partir do conhecimento de elementos importantes que balizam este diálogo. Nesse contexto, a aproximação com profissionais da área da Antropologia é de extrema importância (Brasil, 2016: 19).

O protagonismo dos povos indígenas seria reforçado na medida em que ocorresse a valorização dos saberes e práticas tradicionais que contribuiriam, por sua vez, para a mobilização social e para a chamada “coesão do tecido social” de uma comunidade, promovendo bem viver e melhores condições de saúde mental. Nesse processo, diferentes atores seriam mobilizados junto às equipes de saúde para a identificação e para os cuidados dos problemas, tendo os antropólogos, inclusive, importância nesse processo.

Duas retóricas institucionais parecem se apresentar, então, simultânea e concorrentemente quando se aborda o contexto da saúde mental em povos indígenas: uma que se atenta para os determinantes sociais, sua influência para os agravos à saúde mental e que mobiliza a intersetorialidade; outra que desloca a ideia de saúde mental, propõe a ideia de bem viver dos povos e a realização de projetos com esse enfoque no protagonismo e, para tal, fortalece a rede de atenção psicossocial.

Enquanto a primeira retórica, sustentada desde o início dos anos 2000, parece ter alcance limitado, diante de determinantes sociais que afetam violentamente as condições de saúde em geral, prejudicada ainda pela frágil intersetorialidade das agências, a segunda parece ganhar força na medida em que a rede de atenção psicossocial é incrementada nos distritos e a participação indígena para a solução de problemas se relaciona ao importante protagonismo e mobilização social em projetos que não mais enfoquem a negatividade dos casos de saúde mental, mas a promoção do “bem viver individual, familiar e comunitário”.

Ora, a partir da menção aos antropólogos na retórica da instituição e, com base na indicação de Oliveira (2004b) sobre a importância de atenção desses profissionais às reais demandas dos indígenas e as suas expectativas quanto às etnografias e intervenções realizadas em suas aldeias, permito-me uma breve reversão à retórica institucional para meu lugar de pesquisador em formação em Antropologia e questiono: em que medida se mantém, fundamentalmente, a chamada “coesão do tecido social”, diante da falta ainda hoje de demarcação de territórios e/ou de sua constante violação, mesmo com a implementação e incremento das ações da Saúde Indígena? Questiono também o alcance e a ênfase do suposto “protagonismo indígena” diante da constante fragilização do “tecido social” em situações de vulnerabilidade, não somente pela violação do direito a seus territórios, mas também pelos seus desdobramentos, como a falta de subsistência econômica e a dificuldade de “reprodução dos modos de vida”. Essas duas questões funcionam, portanto, como provocações para a continuidade da análise da retórica institucional.

3.3. Limites da retórica institucional: vozes indígenas por si mesmas

Outros dois documentos integram ainda o conjunto de normativas que orientam as ações em saúde mental divulgados pela SESAI. O primeiro deles, *Material Orientador para Prevenção do Suicídios em Povos Indígenas* (Brasil, 2015), publicado em 2015, constitui-se de um material didático para orientação da gestão e das equipes de referência na organização de cuidados para a prevenção de suicídios e visa qualificar as ações e fundamentar o acolhimento de pessoas que tentaram suicídios ou de parentes de pessoas que vieram a óbito.

O suicídio, enquanto um fenômeno multifacetado, é apresentado como uma das situações de saúde mais complexas a serem abordadas pela sociedade em geral, autoridades sanitárias, pesquisadores e instituições sociais, e quando se trata de povos indígenas não seria possível estabelecer generalizações de seus determinantes. Segundo a instituição, “a mediação da experiência por modelos explicativos próprios e a situação socioeconômica destas populações, a partir do histórico de contato com as sociedades envolventes, faz com que o suicídio ganhe um caráter diferente nestas populações” (Brasil, 2015: 8). Contudo, persiste a insuficiência de produção de conhecimento nas áreas de Saúde e Antropologia para a criação de políticas sociais e de saúde para lidar com tais fenômenos, segundo a instituição.

O documento indica que os suicídios ocorrem com maior prevalência em determinados povos, como Guarani-Kaiowa, Tikuna e na nação Iny (etnias Javáe e Karajá), sendo que entre os primeiros, “deve-se ressaltar que a situação é ainda mais complexa devido aos conflitos de terra no sul do estado, já que a população Guarani e Kaiowá está confinada em terras indígenas insuficientes para o tamanho de sua população e para a reprodução dos seus modos de viver” (Brasil, 2015: 13), e acrescenta, “os jovens Guarani e Kaiowá estão constantemente expostos a situações de vulnerabilidade, sofrendo discriminação e preconceito racial, violências, doméstica e comunitária, e estão expostos ao tráfico de drogas, muitas vezes fazendo uso prejudicial de drogas ilícitas e também de álcool” (Brasil, 2015: 13)

Tais considerações introduzem, mais uma vez, a questão dos determinantes sociais relacionados aos casos de saúde mental. Embora seja enfatizado a impossibilidade de estabelecer generalizações para os determinantes e a insuficiência de informações que

questionem se as altas taxas de suicídio seriam um fenômeno decorrente do contato com a sociedade envolvente ou uma prática anterior a ela, “existem evidências suficientes demonstrando que as situações sociais precárias de diversas comunidades indígenas decorrentes do contato histórico com os não-índios têm relação com o aumento das taxas de suicídio nestas comunidades” (Brasil, 2015: 14). São indicados então alguns fatores propiciadores para a ocorrência do suicídio que atuam simultaneamente, não no sentido de uma categorização na lógica de causa-efeito, mas para fins de entendimento do fenômeno.

Importantes para a presente discussão sobre os determinantes sociais, a instituição indica seis fatores. São mencionadas de forma indireta três referências bibliográficas, sendo Morgado (1991) referente aos suicídios entre os Guarani-Kaiowa no início dos anos 1990 com a hipótese do recuo impossível, Erthal (2001) sobre o suicídio Ticuna no Alto Solimões e Coloma (2010), enquanto autoria do 'Documento técnico contendo estratégias implementadas para a prevenção, intervenção e pós-venção nos DSEI que apresentam taxas elevadas de suicídio'. As duas primeiras referências foram localizadas, enquanto a última não se encontra disponível em sítios eletrônicos. Diante dessa defasagem, destaco alguns conteúdos atribuídos à síntese da SESAI, e não citações indiretas, para a apresentação dos fatores:

- Impossibilidade de recuo:

Até recentemente algumas dessas comunidades [indígenas] podiam se recuar, o que vinham fazendo ao longo desses cinco séculos, do litoral para o interior; atualmente, esta prática não é mais possível. Com o avanço das fazendas, não há possibilidade de recuo das comunidades para outros espaços. Desterrados de seu habitat natural, estes povos são obrigados a permanecer em minúsculas reservas (Brasil, 2015: 15)

- Contexto de violência e pobreza:

Observa-se que determinadas comunidades indígenas vivem contextos sociais de pobreza e violência física ou simbólica. A situação decorrente da limitação do acesso às formas de trabalho e produção usuais como a terra cultivável, caça, rios e outros, aliada ao contexto de violência sofrida diretamente nos embates com fazendeiros e madeireiros na disputa pela terra ou indiretamente na discriminação que sofrem enquanto grupo, gera um contexto social favoráveis aos eventos de suicídio (Brasil, 2015: 15)

- Terra enfraquecida, sociedade enfraquecida:

As lutas para recuperar terras ocupadas tradicionalmente leva a necessidade de dar continuidade a um processo de relacionamento constante com a terra que vai além da subsistência, trata-se de uma relação fundamental que rege o mundo indígena, uma vez que a natureza não é desintegrada da cultura e todos os seres, sejam eles vegetais ou animais possuem seu papel na morfologia social indígena, o que influencia principalmente a prática da medicina tradicional indígena (Brasil, 2015: 15)

- Relações com a sociedade envolvente:

Muitos povos indígenas foram capturados pela cidade, sem chances de qualquer inserção ocupacional para garantir-lhes uma sobrevivência essencial, ou seja, suas chances de inserção na sociedade envolvente são escassas permitindo o surgimento de uma estigmatização da imagem do indígena nas cidades e na discriminação decorrente deste estigma. Em acréscimo, o patrimônio material e cultural de muitos povos tem sido constantemente ameaçado pelo confinamento a que estão submetidos e/ou pelas condições de pobreza que perpassam a comunidade, pela intrusão de suas terras, pelas Usinas Hidrelétricas, garimpos, etc. Todos estes fatores impactam enormemente sobre as formas de viver destas comunidades, de forma abrupta e muitas vezes irreversível (Brasil, 2015: 17)

- Conflito geracional e familiar:

Diante do contexto pós-contato, estes povos procuram restabelecer, na medida do possível, as condições da morfologia social indígena que permitam a manifestação de um adequado modo de ser. No entanto, ocorre que muitas vezes esta tentativa de ressignificação é conflituosa, principalmente no contexto familiar e geracional. [...] A família é tida como núcleo educativo de promoção de uma unidade moral específica à etnia. Entretanto, com a incorporação de novas referências e normas da sociedade envolvente, como por exemplo, a motivação para adquirir produtos de consumo, os interesses da família se chocam com os interesses dos mais jovens. Estes povos têm que lidar com a contradição estrutural entre sua visão de mundo e a prática efetiva, ou seja, a realidade brutal a que estão submetidos. Neste caso, as normas éticas são facilmente transgredidas levando à tristeza profunda daquele que a transgrediu ou à tristeza de um jovem a qual a família está instável devido às transgressões por outros de seus membros (Brasil, 2015: 16)

- Passagem para vida adulta:

A fase que marca a passagem para vida adulta é marcada por críticas e intensa pressão moral feita pelos mais velhos. O amadurecimento é um critério importantíssimo dentre os diversos povos indígenas no Brasil, o que pode ser percebido pela importância dada aos rituais de passagem que acabam por determinar um status de pessoa ao jovem em iniciação. A passagem para vida adulta será marcada também pelo casamento e em todas as implicações sociais regidas por ele. (Brasil, 2015: 16-17)

Como enfatizado pela instituição, não se tratam de determinantes que podem ser generalizáveis a todas às ocorrências de suicídios em diferentes povos, contudo, o registro dos mesmos em um documento que orienta as ações de prevenção aos suicídios não pode, de forma alguma, ser desconsiderado. O apontamento desses fatores propiciadores corrobora para um entendimento sobre a centralidade dos territórios para os povos indígenas, a partir da vinculação fundamental que estabelece com os povos, a natureza e sua organização sociocultural e, na medida em que se tornam restritos pela impossibilidade de recuo para outras áreas, pode ocorrer a minimização de terras cultiváveis, o prejuízo à subsistência econômica e a instauração de uma situação de vulnerabilidade e violências, intensificadas pelos constantes conflitos com fazendeiros e madeireiros e a expansão de atividades econômicas que incidem sobre os territórios.

Os fatores apontados destacam ainda questões de conflitos geracionais e a transição para a vida adulta que, se não guardam relação direta com os territórios na retórica institucional, pode-se considerar a correlação entre os mesmos, uma vez que os territórios estão intimamente ligados à organização sociocultural dos indígenas, aspecto, contudo, que precisaria ser aprofundado e analisado a partir de etnografias em contextos específicos. Não se trata aqui desse empreendimento.

A instituição elenca, a seguir, linhas de cuidado para a abordagem daquelas pessoas que tiveram tentativas de suicídios e de parentes de pessoas que os cometeram, sendo apresentadas ações, fluxogramas, protocolos de atendimento e formulários próprios para preenchimento que, assim como no caso anterior, não serão objetos de análise aqui. Destaco,

contudo, que à semelhança do documento anterior, a par da consideração sobre a importância das especificidades dos povos indígenas para abordagem dos suicídios, tais informações assemelham-se também em muitos aspectos aos documentos protocolares sobre o suicídio utilizados para sociedade não-indígenas no SUS.

A retórica institucional de consideração das especificidades e construção conjunta aos povos de ações parece ser então o único elemento que singulariza essa própria retórica, fato que reforça não necessariamente as especificidades dos povos, uma vez que elas somente serão identificadas na prática, mas a importância antes dos determinantes sociais que são distintos quando se fala de sociedade indígenas.

Persisto, portanto, naquelas mesmas provocações que finalizam a seção anterior e que parecem ter um indicativo de resposta quando justamente os povos tomam a palavra na figura de algumas lideranças, como no documento a seguir.

Trata-se do terceiro e último documento divulgado pela SESAI a ser analisado, o relatório final da *I Oficina Sobre Povos Indígenas e Necessidades Decorrentes do Uso do Alcool: Cuidado, Direitos e Gestão* (Brasil, 2018), realizada em dezembro de 2016 e a versão final do relatório publicada em 2018. O acesso a tal documento também se deu pelo compartilhamento por um servidor entrevistado durante o campo de pesquisa.

O evento reuniu pela primeira vez em âmbito nacional profissionais dos DSEIs, das Coordenações Regionais e Técnicas da Funai, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, representantes indígenas, pesquisadores e convidados. Como presente no título, a oficina teve enfoque no uso do álcool e objetivava ampliar o debate sobre saúde mental, bem viver e povos indígenas entre diferentes setores, na perspectiva da intersetorialidade e da garantia dos direitos indígenas, por meio da articulação de redes de atenção e cuidado.

O documento dá a conhecer também a existência de um Grupo de Trabalho Intersetorial Saúde Mental e Povos Indígenas, constituído em 2013, por técnicos de diferentes instituições, como FUNAI e SESAI, fato que sugere a retomada da proposta de um Comitê Gestor, como previsto na Portaria de 2007, mas que não fora implementado, como já problematizado. A experiência daquele Grupo propiciou o entendimento sobre a necessidade de interlocução entre setores, a construção da corresponsabilidade e a importância das redes de atenção se conhecerem e entenderem as competências e campos de atuação de cada um dos envolvidos no âmbito da gestão federal.

A abordagem dos problemas decorrentes do uso de álcool necessitaria, nesse sentido,

de uma resposta complexa na perspectiva da intersetorialidade, dado que é um problema complexo, multifatorial e que atinge diversas dimensões da vida coletiva dos povos indígenas. Segue-se trecho

A partir de diversas experiências práticas foi reconhecida a necessidade de ações integradas e articuladas sob os eixos do cuidado às pessoas, da gestão das ações, e da garantia de direitos. Em relação ao cuidado, entende-se ser necessária a construção de uma clínica ampliada que promova atenção aos determinantes sociais, comunitários e familiares daquela condição de saúde, bem como o respeito e a convivência com sistemas indígenas de saúde e cuidado. Em relação à gestão é necessário também que o planejamento e monitoramento das ações levem em conta a perspectiva dos indígenas sobre saúde, os processos de alcoolização e necessidades decorrentes do uso do álcool (Brasil, 2018: 9).

O Relatório reproduz as falas dos participantes de diferentes mesas temáticas com assuntos relacionados ao uso do álcool que objetivavam o debate e o estabelecimento de consensos entre diferentes instituições e atores, a serem discutidos e aprofundados em grupos de trabalhos posteriores às mesas. O evento, como consta, contou com a participação de lideranças indígenas que se manifestaram ao longo da Oficina.

Nesse momento, suspendo a análise dos conteúdos do presente Relatório que, embora pareça ter significativa contribuição para a discussão, não se constitui de um documento orientador das ações e da gestão, como o documento analisado sobre o suicídio, mas um possível instrumento propulsor para a formalização de semelhante material, a partir da significativa oficina com proposta intersetorial.

Proponho, ao contrário, um exercício de escuta das vozes indígenas na Oficina, no sentido de um corte transversal a tantos conteúdos abordados da retórica institucional da SESAI sobre a saúde mental que, de certa forma, tornam-se progressivamente incrementados, em uma estratégia institucional de retomada e retroalimentação de suas concepções que, por vezes, causam certa exaustão na leitura. As falas dos indígenas, por outro lado, parecem revelar uma outra dimensão sobre suas realidades e a emergência dos casos de saúde mental.

Célio Terena – Então, ali na comunidade de La Lima, aldeia La Lima – é uma aldeia pequena também, a exemplo onde vivi – eu vivia na Aldeia Bananal. Em 2013, após tanta espera, as lideranças tradicionais da nossa comunidade avançaram na questão do território. Fizemos a primeira retomada da nossa terra, onde o resultado foi os jovens mais alegres, os jovens com ocupação, os jovens no plantio junto com o pai e a mãe, os jovens na criação dos animais, da galinha, do porco, da vaca (Brasil, 2018: 30)

Arthur Mendes – Então, o que eu percebi na minha experiência, é isso, você tem a questão do uso abusivo do álcool – isso muitas vezes envolve crianças, mulheres, idosos, mas por trás disso tem uma série de outros problemas que se não forem trabalhados, não forem atacados, também dificilmente vai se conseguir resolver de forma isolada a questão do consumo abusivo de álcool. Por isso também eu parabenizo aqui as pessoas que abordaram o assunto no texto [em referência ao texto-base do Encontro] em que eu li, que procuram trabalhar essa questão no âmbito maior de uma política de gestão ambiental e territorial; se não tivermos essa clareza e essa amplitude, dificilmente também conseguiremos abordar esse problema adequadamente, e desenhar e definir políticas públicas para atacar a questão. Eu não estou minimizando o problema do álcool; hoje ele é muito sério e muito grave, em muitas aldeias, em muitas comunidades, mas não pode ser pensado e abordado como um problema em si (Brasil, 2018: 37).

Anastácio Peralta – Então o indígena, hoje, enfrenta um problema muito grave no Brasil. Além dele não ter respeitado os direitos, ainda tem a bebida alcoólica, as drogas, a violência. Tudo isso se sabe, mas eu vou falar um pouco do Tekoporã, do bem-viver, da vida com alegria, com paz. Então, quando Deus fez a terra, o sol, a lua, a água, as estrelas não tinham quem admirasse a obra que Ele fez. Deus mandou Kaiowá Guarani para admirar a beleza que Deus fez. Nós, Guarani Kaiowá, somos flores da terra que viemos embelezar a natureza. Nós fazemos parte da natureza; por isso que nós chamamos a terra de mãe. Mãe é uma coisa muito preciosa, muito amorosa, que precisamos dar muito valor, principalmente a nossa mãe terra, porque ela que nos amamenta, ela que dá vida para nós. Dela que tiramos nosso alimento, e nossa moradia. Um amigo meu sempre fala: 'a terra e a mata são nosso mercado; onde produz'. No passado nós não dependíamos de nada de fora, porque a natureza oferecia todos os bens materiais, desde os materiais para construção de casa, a água saudável, peixe. Hoje não temos mais. Não tiraram apenas nossa cultura – arrancaram de nós nossa mãe terra, e a mãe terra também está muito triste. A mãe terra é um bem divino também. Tem um senhor, o Paulito, sempre falava para mim: 'a pessoa que não respeita a terra, não consegue respeitar a família, e principalmente

a própria mãe dela. Porque a terra é a nossa mãe. Através da terra que nós vivemos'. (Brasil, 2018: 49-50).

Edinaldo Rodrigues – Aproveitamos e compartilhamos a fala do Anastácio Peralta, hoje pela manhã, que disse tudo, o que está acontecendo nas comunidades e o que precisamos fazer. Que trilhas e possibilidades nós temos para atuar? Tudo gira em função do território, da terra, da mãe-terra. Para nós, indígenas, tudo gira em torno disso. Se não tem a terra, haverá todas as mazelas que atualmente encontramos nas aldeias. Mas enfim, eu venho de uma região em que os povos indígenas foram praticamente dizimados. Até a década de 1970 e início de 1980, não se reconheciam mais esses povos, embora eles existissem lá, fortemente escondidos em áreas do sertão do estado de Pernambuco, e ainda mantendo culturas e tradições. Esse processo colonizador que destruiu as comunidades indígenas do Nordeste foi citado várias vezes, em vários momentos, e são motivos, hoje, do que nós chamamos de adoecimento mental ou sofrimento mental. Enfim, está muito relacionado ao processo de sofrimento. Falo especificamente da minha atuação junto com o DSEI Pernambuco, que tem se dedicado bastante a discutir as problemáticas que afetam a vida da comunidade, por entender que se precisa fazer um trabalho completo em relação ao que seriam as políticas públicas voltadas às comunidades indígenas. Não adianta trabalharmos programas e programas de saúde, investir e investir em saúde, apenas nessa parte curativa. Porque nunca vamos atingir os objetivos que temos interesse; somente vamos conseguir isso com políticas conjuntas. E, a partir disso, é que iniciaremos um programa que converse com outros setores, que converse com outras políticas públicas que tenham a responsabilidade de atuarem junto às comunidades indígenas. (Brasil, 2018: 101-102).

Edinaldo Rodrigues – [...] O principal fator são as vulnerabilidades psicossociais que temos discutido, e que são geradas pela falta de um território livre, livre da destruição, livre da ganância do poder. Vemos isso em todas as aldeias. Como se dá o cuidado no território? Com planejamento, atendimento, educação permanente, atividades coletivas, e fomento aos saberes, que é importante para se sentar com os detentores de saberes tradicionais, para discutir com eles, inclusive a questão do alcoolismo (Brasil, 2018: 105).

Assim como a retórica institucional se transmite por um documento, tornando-o porta-voz da própria instituição ou, de outra forma, como abordado por Vianna (2014), sobre os documentos como produtos administrativos que tem poder de instituição sobre a matéria de que tratam, sublinho as quatro falas dos representantes indígenas acima. Veiculadas em um

documento institucional, são também expressão e uma forma de entendimento sobre a saúde mental no interior da instituição e oportunidade de reflexão sobre o lugar que a saúde mental ocupa diante de questão tão significativa e fundamental como os territórios, abordados em todos esses excertos.

Outros participantes da Oficina também sublinham a importância dos territórios e até se indignam diante de ofensivas do Estado brasileiro em 2016 sobre a legislação dos territórios¹⁶, mas enfatizo, neste momento, a compreensão dos próprios indígenas sobre a questão. O tema dos processos de alcoolização não impede que se posicionem e reivindiquem, como em tantos outros momentos de exposição pública¹⁷, sobre este direito que parece ser fundamental para os povos indígenas enquanto sociedades.

“Que trilhas e possibilidades nós temos para atuar? Tudo gira em função do território, da terra, da mãe-terra. Para nós, indígenas, tudo gira em torno disso. Se não tem a terra, haverá todas as mazelas que atualmente encontramos nas aldeias” (Brasil, 2018: 101-102). A pergunta retórica de Edinaldo Rodrigues não precisa ser generalizada para todos os povos indígenas para atestar a fundamentalidade dos territórios e as consequências de sua violação, mas certamente localiza-o como anterior às questões de “saúde mental” que emergem na realidade cotidiana dos povos, sendo contemplada também pela literatura¹⁸.

Ainda assim, sublinho outras falas que também mobilizam o território em três ênfases correlacionáveis, segundo meu entendimento: sobre a existência em si dos povos, na consideração de Anastácio Peralta acerca da terra enquanto mãe e a partir da qual se vive; sobre o território enquanto direito a ser garantido pela intersetorialidade, na consideração de Artur Mendes, sobre a contemplação dos territórios em planos de gestão territorial e ambiental da FUNAI no documento que orienta o encontro, para além do processo de alcoolização como um fim em si mesmo; e sobre o território enquanto manutenção dos modos

¹⁶ Nota 12 [Trata-se da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 215, apresentada inicialmente em 2000 e que, segundo última atualização, no ano de 2018, “inclui dentre as competências exclusivas do Congresso Nacional a aprovação de demarcação das terras tradicionalmente ocupadas pelos índios e a ratificação das demarcações já homologadas; estabelecendo que os critérios e procedimentos de demarcação sejam regulamentados por lei” Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=14562> Acesso em 16 jun 2019].

¹⁷ Trata-se das falas de diversas lideranças durante eventos promovidos pelo Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP-SP) acerca da questão indígena, compilados em volume dedicado à temática. Os relatos de lideranças e representantes indígenas em que a questão dos territórios está contemplada podem ser consultados em CRPSP (2010), pp. 37, 56, 60, 66, 74, 80, 84 e 86

¹⁸ Garnelo, Macedo, Brandão (2003) e Garnelo (2012) apontam como o processo conflituoso de demarcação dos territórios indígenas no Brasil interfere na trajetória dos diferentes povos e impacta a construção local das políticas de saúde.

de vida, na consideração de Célio Terena sobre a retomada do território e uma resultante benéfica ao povo em seus cotidianos e relações.

Aproveito os conteúdos das falas e permito-me rememorar brevemente, em tom de finalização deste capítulo, a fala de uma liderança Kaiowa durante minha participação, enquanto tímido ouvinte, na Grande Assembleia (Aty Guasu) dos Povos Indígenas em 2014¹⁹. Constituiu-se de um ato reivindicativo ao Estado, reunindo lideranças dos povos Guarani, Kaiowa, Tupinambá, Kaingang, Terena e Maxacali em torno da luta pelas demarcações de territórios indígenas, frente à situação problemática dos Guarani-Kaiowa à época²⁰, com a redação de um documento-síntese²¹ da assembleia.

Os indígenas problematizavam naquele momento seu estado de bem-estar, ou de outro modo, bem viver (ao que parece a retórica institucional analisada), diante da violação dos direitos territoriais e das limitações das políticas indigenistas, como de saúde e educação. Lembro-me como se fosse ontem a manifestação indignada de uma liderança Kaiowa que afirmara que os índios sem a terra são como uma planta arrancada do solo.

19 Ocorrida durante o 46º Festival de Inverno da UFMG, entre 21 e 23 de julho de 2014, no *Campus Pampulha*.

20 Acerca da questão dos territórios discutida no evento, consultar *Luta pela terra é desafio comum enfrentado por etnias*: <https://www.ufmg.br/online/arquivos/034172.shtml> Acesso em 24 abr 2019.

21 Intitulada *Documento Final da Grande Assembleia (Aty Guasu) das Lideranças Indígenas no Brasil*, encontra-se disponível em: <https://46festivalufmg.wordpress.com/2014/07/24/manifesto-das-liderancas-indigenas/> Acesso em 24 abr 2019.

4. CAPÍTULO 4 – CONFRONTANDO RETÓRICAS: OUTRO ENTENDIMENTO SOBRE A SAÚDE MENTAL

Com base nas entrevistas realizadas com os servidores do DSEI-MG/ES e da FUNAI, analisadas no Capítulo 2, apreendo uma profusão de percepções nas falas dos servidores que estabelecem diversas relações entre si, ainda que enquadrados em categorias operacionais para fins de apresentação no texto. Alguns desses conteúdos são ainda mobilizados na etnografia de documentos, apresentada no Capítulo 3, em que se observa sua atualização, seja por meio de corroborações ou confrontações à retórica em curso.

O esforço que se faz necessário aqui é tomar, então, esse emaranhado de porta-vozes e pinçar certos fios condutores que se relacionam às suposições do presente estudo. Nesse itinerário, os temas das entrevistas e a retórica institucional nos documentos são transversalizados e balizados com o aporte da literatura, de modo a vislumbrar uma forma de compreensão sobre a construção da política de saúde mental pela SESAI.

Uma primeira constatação é a de que a expressão ocidental “saúde mental” abarca na Saúde Indígena certamente dois fenômenos, igualmente designados por categorias ocidentais – o alcoolismo e o suicídio – tendo em anos muito recentes documentos da SESAI específicos para cada um deles. Essa expressão também abarcaria outros fenômenos como a violência, o uso de outras drogas e de medicamentos psicotrópicos.

A utilização dessa expressão, contudo, mostrou-se limitada por anos na medida em que os povos indígenas parecem não se reconhecer no significado dessa expressão ocidental, diante da limitação do construto ocidental-individualista de “mente” e a importância de consideração de determinantes sociais na análise das condições de saúde/doença que ampliem seu espectro. Tal ampliação condiz com a compreensão de uma servidora de que os indígenas já se apropriaram do “conceito ocidental de saúde” e continuam o resignificando de outra forma, segundo um entendimento “holístico” da realidade.

A atitude de um dos servidores de nomear uma situação como a “tristeza que não passa” se mostra interessante nesse sentido, na medida em que a visão ocidental da Psicopatologia poderia embasar seu discurso nomeando-a como um caso de depressão, facilmente enquadrado como saúde mental fora do SASI. A orientação da política, contudo, é menos de operar com categorias nosológicas advindas do saber biomédico ocidental e

desvelar a especificidade da situação vivenciada pelos indígenas, valendo-se de outra compreensão sobre os processos de saúde/doença, considerando as especificidades do povo.

Um dos termos que por ora se apresentam é o de “bem viver” que, ao contrário da noção de doença, malefício ou outra expressão de conteúdo negativo, remete a uma condição de bem-estar dos povos indígenas e aposta nessa potencialidade para a melhoria de suas condições de vida, inicialmente pelo protagonismo até à mobilização social.

Importante ressaltar que a ideia de “Buen Vivir” (Viver Bem), como proposto por Acosta (2012), não tem correspondência na ideia de “Bem-estar ocidental”, apontado pela instituição quando propõe categorias alternativas a de “saúde mental”, tampouco encontra correspondência na ideia de “atenção psicossocial”.

A apropriação pela instituição da expressão “bem viver” não parece contemplar, desse modo, a compreensão defendida por Acosta (2012), ou seja, de uma filosofia de vida, inspirada no entendimento de povos andinos autóctones, que mobiliza outras formas de se viver na atualidade, não embasadas na ideia tradicional ou revista de desenvolvimento, mas com enfoque na natureza como um ser de direitos, a ser respeitada e valorizada com base em outros padrões de produção, consumo e visão de sociedade, sem com isso, contudo, desconsiderar ganhos tecnológicos obtidos pela sociedade ocidental e mobilizados por sociedade não-ocidentais.

Nesse aspecto, pode-se supor que os territórios em sociedades indígenas, enquanto parte da natureza, seriam considerados um fator central ao entendimento e à vida dessas sociedades, e não como um elemento subjacente à política de saúde ou melhor contemplada por uma política territorial específica, no âmbito da FUNAI somente.

Persiste nesse cenário, todavia, a falta de consenso sobre o uso dessa expressão, não se compreendendo se se trata de uma categoria alternativa ou mesmo substitutiva a de “saúde mental”. Contribui para esse cenário de incompreensão a percepção da saúde mental como um desafio ainda para a política de saúde, seja pela falta de conhecimento dos profissionais, de capacitações e de educação permanente no trabalho, seja, e talvez o fator mais frágil, por parte da gestão que estabelece categorias operativas, a organização da assistência nas aldeias e metas a serem cumpridas, segundo uma lógica quantitativa de obtenção de resultados.

A problematização sobre a expressão “saúde mental” aponta assim para a necessidade de uma forma outra de se compreender e designar uma experiência de incômodo, ou melhor, de sofrimento, que se manifesta no individual-coletivo dos povos e acarreta prejuízos para a

organização sociocultural em um período já de longo prazo, de pelo menos dezenove anos, considerando a retórica institucional.

Contudo, proponho que anterior à discussão sobre o uso da expressão “saúde mental”, seria prudente problematizar a própria noção de saúde e doença, enquanto metáforas privilegiadas (Minayo, 2014), na medida em que revelam concepções de mundo e engendram atitudes a partir da sociedade da qual se fala. Segundo Minayo,

Mediante a experiência do viver, do adoecer e do morrer, as pessoas falam de si, do que as rodeia, de suas condições de vida, do que as oprime, ameaça e amedronta. Expressam também suas opiniões sobre as instituições e sobre a organização social e as estruturas econômicas, políticas e culturais. Saúde/Doença são também metáforas de explicação da sociedade: de suas anomias, desequilíbrios, medos e preconceitos, servindo como instrumento coercitivo ou libertador para os indivíduos e sua comunidade. Seu status de representação privilegiada se deve ao fato de que as noções de saúde/doença estão intimamente vinculadas aos temas existenciais, sendo inquestionavelmente significativas (Minayo, 2014: 258).

Minayo (2014) afirma ainda que a saúde/doença, enquanto fenômeno social, comporta um esquema interno de explicações, em que coexiste um marco referencial de especialistas, a exemplo da Saúde Indígena, médicos, enfermeiros e psicólogos atuantes nos Polos-Base, mas também a experiência que emerge do senso-comum, ou seja, os regimes de conhecimento dos próprios indígenas em seus cotidianos, sendo que ambos são atores e autores na construção histórica da saúde. Segundo a retórica institucional, o esforço é justamente para que o pêndulo não pese a favor do especialista, mas que os profissionais possam atuar a partir dos conhecimentos tradicionais e se coloquem em posição de aprendizes com os indígenas, como sinalizado pela servidora sobre a “Saúde do Índio” como uma nova faculdade.

Minayo (2014) pontua ainda que cada sociedade possui um grupo de doenças denominadas doenças-metáfora, ou seja, enfermidades que, a partir do imaginário social, eternizam na coletividade a perenidade do mal e a limitação do ser humano diante da morte, tendendo a ser utilizadas ideológica e politicamente como meios de recompor a harmonia social, frente ao clima de medo e desordem que criam. Carregadas de um caráter de sofrimento, essas doenças seriam construídas socialmente como mitos, a partir dos quais os

grupos expressam sua coerção e coesão em torno da organização social. Entendamos a noção de mito aqui não a partir de sociedades indígenas específicas somente, retratada em grande medida pela Etnologia Indígena, mas enquanto uma narrativa sobre casos de saúde que mobilizam o imaginário social diante do desconhecido, aplicando-se também a sociedade não-indígenas. Não parecem os casos de alcoolismo e suicídios assumirem esse papel na retórica institucional, especialmente, quando são propostos ainda projetos que mobilizem o protagonismo e a coesão social dos indígenas, diante do desconhecido que mobiliza o medo e a desordem?

Certamente são fenômenos complexos, problemáticos, demandam intervenções da Administração Pública e não pretendo minimizar sua importância no cenário sanitário dos povos indígenas, contudo, enfatizo aqui os apontamentos de Minayo (2014), enquanto uma chave de entendimento para esses fenômenos que, de outra forma, permanecem mobilizando um imaginário pessimista e de perpetuação do sofrimento sem que se consiga compreendê-los no âmbito da saúde/doença de uma outra forma, qual seja, com ênfase nas condições de existência dos povos indígenas antes de qualquer ímpeto de categorização.

Nesse sentido, proponho uma suspensão temporária da categoria inicialmente utilizada de “saúde mental”, associada ao alcoolismo e ao suicídio, para nos atentarmos ao simples fato de que sua emergência diz, antes, de uma condição de sofrimento em povos indígenas que precisa ser correlacionada, primeiramente, as suas concepções de mundo, as suas condições de vida, àquilo que os oprime e os ameaça, considerando suas organizações socioculturais e, nesse caso, enfatizo a inevitável interação com a sociedade envolvente em um contexto histórico de colonização e violação de direitos como um desses fatores.

As falas das lideranças indígenas que encerram o Capítulo 3 sublinham o lugar fundamental dos territórios para as sociedades indígenas e a retórica institucional assume que as limitações e violações são fatores propiciadores para os suicídios e o alcoolismo. A instituição também sinaliza a falta de entendimento sobre a ocorrência ou não desses fenômenos anteriormente ao contato, portanto, ressalvo, mais uma vez, que não se trata de estabelecer uma relação causal entre a violação de territórios e a emergência do alcoolismo e suicídio. Questões intra-societárias também parecem contribuir para o suicídio e para os processos de alcoolização e, para tanto, faz-se importante etnografias que consigam compreender a complexidade desses fenômenos em povos específicos. Entretanto, a violação de direitos territoriais é um fator que (re)compõe as condições de existência dos povos,

ênfatisada pelos indígenas e pela própria instituição, e no presente estudo tem enfoque privilegiado.

A etnografia de documentos no Capítulo 3 dá conta do lugar que a instituição reserva para a importância de consideração das especificidades dos povos indígenas no cuidado em saúde que, sendo generoso, poderíamos tomar como “uma concepção de mundo”, segundo Minayo (2014). Tal orientação é continuamente retomada nos documentos e nas entrevistas, mas parece se fragilizar na medida em que “as concepções de mundo” dos povos indígenas, segundo a instituição, são mobilizadas nas ações que precisam ser potencializadas para a melhoria de suas condições de vida, seja para o tratamento de uma doença, seja para a mobilização social, mas não necessariamente para ênfatisar os fatores que contribuem para a emergência do sofrimento, no sentido das condições de existência dessas sociedades, para além dos casos de saúde mental tomados como um fim em si mesmo.

Evidentemente, a política parece precisar de categorias operativas para a gestão e as ações, todavia, permanece ainda hoje a falta de consenso, seja sobre o uso de “saúde mental” (que é recorrente nas entrevistas e nos próprios documentos), seja sobre “bem viver” ou mesmo qualquer outra expressão que seja apropriada, mas que ao não se considerar a fundamentalidade da saúde/doença como metáfora privilegiada, a emergência do sofrimento balizado pelas condições de vida parece ser relegado a segundo plano.

A indicação de Minayo (2014) sobre a saúde/doença como metáforas privilegiadas que informam concepções de mundo de uma sociedade e engendram comportamentos mostra-se útil também para compreender o episódio narrado por duas servidoras sobre a proibição da ingestão de carne pelo indígena durante o período de resguardo e o pedido de troca do prato pela contaminação da carne no mesmo. Não é preciso aqui identificar o povo indígena sobre o qual se fala, inclusive, não o questionei e as servidoras também não o mencionam. O argumento principal é identificar que uma determinada concepção de mundo engendra uma percepção sobre a realidade e os eventos cotidianos que culmina não somente na proibição de ingestão da carne, enquanto um impedimento moral ligado à integridade física-espiritual, mas antes a troca do prato como uma correlação de causa-efeito na realidade para além da materialidade física, imperceptível aos olhos de um terceiro – o que de fato não fez sentido para a cozinheira, orientada por outra concepção de mundo e regime de conhecimentos na apreensão do cotidiano.

O episódio “da carne no prato” evidencia uma outra forma de entendimento sobre a

realidade, talvez à semelhança de uma servidora que afirma que na questão indígena “as coisas” são muito holísticas, enquanto um elo que passa pela questão espiritual, pela comida, pela água existente ou que faltou e pela terra, levando-se em consideração, evidentemente, a situação histórica e os conhecimentos tradicionais de cada povo. Semelhante apreensão ocorre, segundo o entendimento de um servidor de que casos ditos de saúde mental podem guardar associação com questões de resguardo, assim como de feitiços e de cantos, o que conduz à complexidade do entendimento da saúde mental nas sociedades indígenas, no sentido do respeito ao regime de conhecimento do outro que é diferente. Contudo, e aqui enfatizo, não simplesmente pelo imperativo da retórica institucional de consideração da especificidade enquanto uma diretriz a ser seguida, mas, antes de tudo, de reconhecer a alteridade nessa relação assimétrica e fazer valer as condições de existência do “outro”.

Tomada dessa forma, as concepções de saúde/doença conduzem à inevitável relação dos povos indígenas com a sociedade envolvente e o Estado, em que a emergência de situações de sofrimento, muitas vezes históricas ao coletivo, para além do âmbito individual, como os casos do uso prejudicial de álcool e suicídio, parecem refletir justamente a violação do reconhecimento do outro em sua maneira de existir.

4.1. Poder tutelar, processos de territorialização e ofensivas aos territórios

A possibilidade de diferentes concepções de mundo como a informar a retórica institucional da importância de consideração das especificidades de um povo, tomadas aqui como suas possibilidades de existência e condições de vida, não pode ser dissociada da relação interétnica entre os indígenas e o Estado brasileiro, na medida em que a forma como os distintos povos se apresentam hoje remonta a um modo de se operar com a diferença em um processo histórico de longo prazo.

Souza Lima (1995), acerca do poder tutelar, tem como foco de análise a história da constituição das relações desse poder, tendo como via de acesso o estudo de um aparelho concebido para a administração, em que os relacionamentos estabelecidos demarcam as condições de lutas contemporâneas dos indígenas no Brasil, como os territórios atualmente. O autor elege a figura do Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores

Nacionais (SPILTN), criado em 1910, como elucidativo de processos de formação de Estado, que se atualizam no Serviço de Proteção ao Índio (SPI) e posteriormente na FUNAI²².

Interessa-me reter aqui que o exercício do poder tutelar se dá a partir da lógica da guerra da conquista, em que os povos indígenas, longe de terem sido descobertos quando da chegada da empresa colonizadora no que seria futuramente denominado de Brasil, foram submetidos a variados processos de conquista e a uma administração por aparelhos de poder que visavam assegurar a soberania do monarca lusitano sobre terras dispostas em variados continentes, em que a lógica da guerra é atualizada continuamente, ainda que sem a tônica de um discurso de uso da violência no contato.

Trata-se, pois, com a categoria de poder tutelar “descrever uma forma de ação sobre as ações dos povos indígenas e sobre seus territórios, oriunda e guardando continuidades implícitas com as conquistas portuguesas e sua administração por aparelhos de poder” (Souza Lima, 1995: 73), que carregam uma pretensa abrangência nacional, cuja função é ao mesmo tempo estratégica e tática, sendo a matriz militar da guerra da conquista sempre presente. O poder tutelar se apresenta, portanto, como:

Modalidade de poder de um Estado que se imagina nacional, ou melhor, de uma comunidade política dotado de um Exército profissional, comunidade esta entendida aqui como um conjunto de redes sociais estatizadas, com pretensões a abarcar e submeter a multiplicidade de comunidades étnicas diferenciadas e dispostas num território cuja predefinição face a outras comunidades política igualmente heteróclitas é relativa e instável (Souza Lima, 1995: 74).

A ação de submissão dos povos à administração pretende assim rotular genericamente populações e inseri-las num status (sistema codificado de atribuições positivas e negativas), enquanto um mecanismo de governo nacional. Não se trata da capacidade, segundo o autor, dos povos indígenas, enquanto nativos, imporem e fazerem reconhecer uma territorialidade própria em articulação com uma identidade etnicamente distintiva e a tradições em permanente mudança na interação com outras populações e com aparelhos. O código para tal

²² Em outro estudo, Souza Lima (2012) atualiza a discussão sobre o poder tutelar e a transmissão de conhecimentos para seu exercício no âmbito das políticas indigenistas, tomando como campo empírico o treinamento de técnicos em indigenismo da FUNAI no período de 1970 a 1980.

status legítima e universaliza a própria administração face a outros grupos e não às populações nativas sobre as quais incide (Souza Lima, 1995). A inserção dos indígenas não se dá assim acompanhada de uma participação política na comunidade brasileira, mas que a possibilidade de acesso a direitos básicos, como o do reconhecimento das terras e uma assistência diferenciada (como se pretende a política de saúde), pressupõe os indígenas como atores políticos dotados de uma relativa incapacidade, argumento pelo qual se faz necessária a presença de um aparelho que os represente politicamente, como a FUNAI a partir de 1967, em um processo de herança histórica em relação aos primeiros aparelhos de Estado constituídos, como o SPILTN.

Em consequência, uma questão que se coloca é de que forma o discurso da homogeneização sobre a diversidade étnica, instituído pelo poder tutelar, poderia ser confrontado pelos povos nas relações com o Estado, através da vinculação com os territórios, base de usurpação pela empresa colonizadora. Trata-se da mobilização do conceito de territorialização, trabalhada por Oliveira (2016), a partir da discussão sobre o diminuto interesse da Etnologia sobre os índios do Nordeste e como sustentar uma forma de entendimento sobre a etnicidade desses povos, enquanto foco de estudo pela Etnologia.

Muitas ferramentas analíticas desenvolvidas pela Antropologia se mostraram ineficazes em suas formulações clássicas quando aplicadas ao estudo de povos indígenas, uma vez que essa disciplina se instituiu pautada no estudo de sociedades, cuja distintividade cultural seria à priori uma condição para a condução das pesquisas. Essas considerações retomam a discussão de Oliveira (2004b) sobre os pressupostos que conformam a Antropologia, como apresentado no Capítulo 1, e a mobilização da metáfora do antropólogo como astrônomo mostra-se pertinente nesse sentido:

Em uma famosa metáfora, Lévi-Strauss nos ensina que 'O antropólogo é o astrônomo das ciências sociais: ele está encarregado de descobrir um sentido para configurações muito diferentes, por sua ordem de grandeza e seu afastamento, das que estão imediatamente próximas do observador'. (Lévi-Strauss *apud* Oliveira, 2016: 195)

No mundo ideal, a prática antropológica tem sido amplamente associada à ideia da viagem, no qual o antropólogo se desloca para ir de encontro a povos exóticos e pouco

afetados pela sociedade ocidental. Esse movimento levou os antropólogos a relegarem uma série de comunidades por não apresentarem um caráter “etnológico” de grande relevância dentro de uma lógica essencialista, a exemplos dos povos indígenas que se encontram no nordeste brasileiro. O conceito de “cultura” se revestiu de um caráter normativo, no qual grupos deveriam apresentar fortes traços diacríticos que de forma anacrônica deixava de lado o próprio fator temporal e histórico no qual as comunidades estivessem inseridas. Longe de serem atemporais, pelo contrário, as comunidades que os antropólogos estudam estão em constante relação com outros povos, inseridos em dinâmicas culturais que, quando em fluxos e redes, geram mudanças e alterações em seus modos de vidas.

Esses grupos, uma vez organizados e ao mobilizarem suas identidades étnicas na reivindicação por direitos, levam os antropólogos a depararem com os limites de suas ferramentas essencialistas, que por muito tempo se debruçaram sobre povos indígenas deixando de lado suas especificidades culturais. A forma como esses povos se apresentam para a antropologia tornou necessária a reflexão sobre a apreensão de cada povo como uma unidade cultural bem delimitada. Inseridas em relações interétnicas assimétricas, os povos indígenas passaram por intensos processos de reconfigurações, tendo muitas vezes que atenuar diferenças culturais que pusessem em risco sua própria existência, ao mesmo tempo que o direito aos seus territórios permanecia constrangido pelos processos de demarcação e regularização e pelas atividades econômicas das sociedades envolvidas.

De acordo com o contexto histórico, cada povo possui processos muito específicos quanto às estratégias que usaram para continuar a existir enquanto grupos étnicos diferenciados. Abordá-los, portanto, sob a chave “cultural” clássica levam os antropólogos a defender argumentos quanto à autenticidade das identidades desses grupos, além de análises pouco frutíferas para se compreender as ressignificações elaboradas no processo histórico.

Uma vez que Barth (2000) elabora o seu argumento sobre grupos étnicos, colocando a cultura em lugar não normativo que não define estes grupos, seria possível então uma chave analítica que melhor se adapte às especificidades dos povos. Por exemplo, uma vez que os grupos não são definidos por suas práticas, o caráter normativo e excludente da concepção clássica de cultura é atenuado, deslocando o olhar não para as práticas, e sim para as interações e para a forma como os grupos delineiam seus próprios contornos nas fronteiras, isto é, em relação à sociedade envolvente e outros grupos sociais.

Nesse aspecto, retomo as falas de alguns servidores que apontam determinado povo

indígena como o que mais preserva suas tradições e o uso da língua, considerados “de fato índios” ou “menos aculturados”, ou como aqueles que parecem ter atenuado suas especificidades e tradições, considerados “aculturados”. O ponto central para esta discussão é enfatizar o fato de que os povos indígenas são muito diversos entre si, tanto do ponto de vista de sua organização sociocultural quanto pelo processo histórico que informa essa organização e as ressignificações de suas práticas e relações. Argumentos normativos sobre como são ou devem ser acabam quase sempre por gerar mal-entendidos interétnicos, como aponta Ramos (2014) que, em última instância, podem ser mobilizados para a negação de direitos a comunidades que historicamente ocupam um lugar de marginalidade na sociedade brasileira.

Oliveira (2016) se vale da argumentação de Barth (2000), no sentido da compreensão das relações interétnicas com a sociedade envolvente e outros grupos como forma de estabelecimento de identidades, mas também dá um passo adiante. Como afirma o autor “a atribuição a uma sociedade de uma base territorial fixa se constitui em um ponto-chave para a apreensão das mudanças por que ela passa, isso afetando profundamente o funcionamento das suas instituições e a significação de suas manifestações culturais” (Oliveira, 2016: 203). A noção de territorialização assim tomada se constituiria então de um processo de reorganização social que implicaria:

- 1) a criação de uma nova unidade sociocultural mediante o estabelecimento de uma identidade étnica diferenciadora;
- 2) a constituição de mecanismos políticos especializados;
- 3) a redefinição do controle social sobre os recursos ambientais;
- 4) a reelaboração da cultura e da relação com o passado (Oliveira, 2014: 213)

O argumento do autor localiza assim a dimensão territorial como estratégica para se pensar a incorporação de populações etnicamente diferenciadas dentro de um Estado-nação, em que o poder tutelar exerce força para a conformação de determinada configuração, uma vez que administrar é realizar a gestão de um território, dividir sua população em unidades geográficas menores e hierarquicamente relacionadas, definir limites e demarcar fronteiras. O processo de territorialização seria o movimento pelo qual as comunidades indígenas, enquanto um objeto político-administrativo, vem a se transformar em uma coletividade organizada, elaborando uma identidade própria, instituindo mecanismos de decisão e de representação,

enquanto reestruturação de suas formas culturais (Pacheco de Oliveira, 2016). Nesse ponto, Oliveira (2016) se reencontra com Barth (2000), não se restringindo à dimensão identitária, a partir de uma distinção e individualização como orientadores da organização social, mas com base na dimensão territorial.

A metáfora de Lévi-Strauss sobre o antropólogo como astrônomo é pano de fundo para a metáfora da imagem da “viagem da volta” proposta por Oliveira (2016), em que destaca a relação entre etnicidade e território. Trata-se da expressão “enterrada no umbigo”, de valor particular para os nordestinos, em que o ato mágico das mães de enterrarem o umbigo dos recém-nascidos ocorre para que mantenham uma ligação emocional com suas terras de origem, diante da saída pela busca de melhores oportunidades de trabalho, mas de uma expectativa de retorno futuro.

O que a figura poética sugere é uma poderosa conexão entre o sentimento de pertencimento étnico e um lugar de origem específico, onde o indivíduo e seus componentes mágicos se unem e se identificam com a própria terra, passando a integrar um destino comum. A relação entre a pessoa e o grupo étnico seria mediado pelo território, e a sua representação poderia remeter não só a uma recuperação primária da memória, mas também às imagens mais expressivas da 'autoctonia' (Oliveira, 2016: 215).

O trecho destacado, para além das considerações sobre os índios do Nordeste, reflete o entendimento que as lideranças indígenas evidenciam sobre os territórios e sua vinculação com o coletivo, à semelhança da fala da liderança Kaiowa de que “os índios sem a terra, são como uma planta arrancada do solo”. Tal entendimento confronta também a retórica institucional na apreensão dos territórios – por vezes “relembrados” durante as entrevistas ou minimizados nos documentos – tomado aqui pelo enfoque da relação interétnica dos indígenas com o Estado, em que não somente a outorga de um território contribuiria para a constituição de uma nova identidade étnica diferenciada, sendo tal processo culminado pelo processo de territorialização (Pacheco de Oliveira, 2016).

Ressalvo, a partir do indicativo de Souza Lima (1995, 2012), que a heterogeneidade apreendida sob o rótulo de dominação tutelar supõe pensar tantos nos mecanismos de poder

sobre os povos em questão, quanto nas reações à sua imposição, de modo que considerar as tradições nativas é um fator importante. Isso conduz para a retomada da consideração sobre a vinculação do poder tutelar nesta discussão não conseguir abarcar situações históricas específicas da atuação do aparelho de Estado frente a uma comunidade, bem como para o indicativo de Oliveira (2016) sobre os distintos processos de territorialização dos povos, a serem aprofundados de acordo com cada sociedade e situação histórica. Assim também opero com as concepções de saúde/doença como metáforas privilegiadas (Minayo, 2014), ou seja, enquanto chave de entendimento sobre um nível fundamental que orienta a apreensão das diversas concepções de mundo dos povos indígenas.

A etnografia é ainda hoje uma das ferramentas da antropologia mais importantes, pois apenas através do estudo detalhado de cada realidade é possível perceber as especificidades que informam o processo histórico no nível local que, devidamente associado ao plano histórico, torna possível a compreensão sobre uma sociedade indígena específica, sua vinculação com o território e os processos de manutenção do mesmo pelo povo.

Faz-se importante também atualizar a discussão sobre os territórios nos últimos vinte anos, coincidente com o período de análise da retórica institucional. Em um estudo sobre a questão territorial durante a era do neo-desenvolvimento no Brasil, entre os anos de 2003 e 2016, Laschefski e Zhouri (2019) problematizam a retórica construída pelos governos de centro-esquerda acerca da diminuição da pobreza no país e da ascensão de classes, acompanhada do acesso a bens de consumo e a melhores condições de vida. Tais “avanços” se deram às custas de um processo de desenvolvimento econômico que incide sobre os territórios de sociedades tradicionais e indígenas, resultando em um processo de vulnerabilização e atualização da pobreza, sendo essas comunidades marginalizadas enquadradas na categoria de “pobres” e para as quais a resposta parece ser o acesso a políticas de transferência de renda.

Como argumentado até aqui, os territórios, segundo processos de territorialização específicos de cada sociedade indígena, são a base para se pensar as condições de existência dos indígenas, assim como de sua subsistência e autonomia. Laschefski e Zhouri (2019) indicam, contudo, a permanência dos territórios sob a apropriação dos Estados-nação, segundo arranjos geopolíticos e acordos econômicos que conduzem a ações extrativistas, mineradoras e de agropecuária que violam sua integridade e contrastam com o entendimento das sociedades indígenas sobre seus modos de vida, produção e consumo. A preocupação com a manutenção dessas outras sociedades e o respeito aos seus territórios torna-se assim

diminuta em uma visão de desenvolvimento econômico que desconsidera outros regimes de produção de conhecimento, a capacidade do uso dos territórios para a subsistência e a reprodução dos modos de vida, fomentando conflitos e um aumento generalizado da violência da sociedade envolvente em relação a essas comunidades (Laschefski, Zhouri, 2019).

No campo específico da governança ambiental, Zhouri (2007) argumenta que o processo de licenciamento ambiental desvela as dinâmicas do campo, relacionadas ao paradigma da “adequação ambiental” que, conforme uma visão desenvolvimentista, atribui ao mercado a resolução da degradação ambiental. Nesse contexto, as condições sociais e culturais das populações envolvidas em grandes empreendimentos e atividades econômicas são desconsideradas, na contramão de uma outra lógica que atuasse sobre as condições de produção, consumo e visão de meio ambiente com vistas à garantia da sustentabilidade em diferentes âmbitos – ambiental, social, política, cultural e econômica.

Pensar a sustentabilidade na realidade brasileira requer considerar a diversidade sociocultural presente na sociedade, o acesso aos recursos naturais e a distribuição dos riscos que, como se pode prever, ocorre de modo desigual, em desfavor das comunidades marginalizadas e com base em conflitos territoriais que afetam os modos de vida dos indígenas (Zhouri, 2007). O conflito, portanto, “eclode quando o sentido e a utilização de um espaço ambiental por um determinado grupo ocorrem em detrimento dos significados e dos usos que outros segmentos sociais possam fazer de seu território e, com isso, assegurar a reprodução do seu modo de vida” (Zhouri, 2007: 105).

Frente a essa configuração do campo, a literatura tem problematizado as ações político-econômicas do Estado que geram impacto sobre as sociedades marginalizadas e as próprias ações constituídas para a mitigação de danos ou a recuperação dessas sociedades. Assim como a retórica institucional analisada enfatiza a participação dos povos na compreensão dos casos de saúde mental e a importância do protagonismo e da mobilização social na busca de soluções para os problemas, semelhante retórica se apresenta quando políticas governamentais e ações de grandes empresas enfocam a capacidade das comunidades de se recuperarem frente a grandes empreendimentos e/ou desastres.

Barrios (2016) problematiza a lógica da ideia de resiliência, no sentido da capacidade das sociedades afetadas de retornarem a um estágio anterior de equilíbrio, com base em seus recursos próprios. O estado anterior, contudo, ao qual se pretende retornar é, muitas vezes, um contexto já de violações, seja pelo processo colonial de longo prazo, seja pelo processo de

vulnerabilização a que estão submetidas as comunidades. Ao mesmo tempo, a ideia de resiliência que informa muitas políticas e ações de mitigação de danos enfoca uma suposta capacidade de recuperação da sociedade sem, contudo, questionar e confrontar as ações e atores que geram as violações, reforçando assim o próprio sistema capitalista produtivista.

4.2. Entre a letra e a prática: descontinuidades na garantia de direitos dos povos indígenas

Se queremos falar sobre política indigenista precisamos saber onde estão e quem são os Povos Indígenas, costumes e tradições culturais e formas autônomas de desenvolvimento e visão de vida econômica, social e ambiental dentro da complexa visão sobre direitos coletivos e a autodeterminação de cada um (Terena, 2016, p: 58)

A partir de uma acepção simples de que políticas indigenistas seriam as formulações e ações voltadas aos povos indígenas por parte de agências estatais e agentes não indígenas do Estado, sociedade civil ou organizações não-governamentais, parece prudente apresentar uma forma de entendimento por parte dos próprios indígenas sobre o que seriam (ou deveriam ser) essas políticas, uma vez que são os principais interessados dessas formulações e ações.

Retorno à afirmação que introduz esta seção. De autoria de Marcos Terena, ela comporta uma reflexão inicial sobre essas políticas, no sentido da necessidade de conhecimento pelo Estado das especificidades dos vários povos com vista à criação de políticas em diferentes esferas da vida cotidiana, como a saúde. Ele destaca a condição dos indígenas enquanto coletividades e a questão da autodeterminação, condizente com sua posição de que uma política indigenista não existe sem a garantia do principal direito dos povos, a demarcação das terras, uma vez que é “(...) o direito a vida ancestral, tradicional e a garantia do futuro. É o habitat original entre espiritualidade e materialidade capaz de preservar tais valores e desenvolver instituições sociais, econômico[a]s e político[a]s inclusive de dizer sim ou não na relação com o Estado, sem se separar do Estado” (Terena, 2013: 58). A garantia dos territórios indígenas se estabeleceria, assim, como ponto de partida para se pensar a condição de existência – e resistência – dos povos, no sentido da saúde/doença como uma

metáfora privilegiada Minayo (2014), e a possibilidade de implementação de políticas.

Além da importância do direito à demarcação das terras, Terena destaca que a participação indígena deve ser um aspecto efetivo na política indigenista, baseada em compromissos e responsabilidades entre o Estado e os povos, de modo que “possam se sentir parte histórica de transformação do Estado, capacitação, equidade e informação confiáveis e atualizadas” (Terena, 2013: 59). À medida que os gestores respeitassem e confiassem na capacidade dos indígenas, incentivariam a valorização dos conhecimentos tradicionais e contribuiriam, segundo o autor, para uma política indigenista com presença dos indígenas e acesso a novos conhecimentos.

Tanto a questão da autodeterminação quanto da participação indígena, enfatizadas por Terena (2013), estão contempladas e funcionam como referências na análise da Constituição Brasileira de 1988 (Brasil, 1988), além de outras duas normativas internacionais destacadas pela literatura – a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2011) e a Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas (UNESCO, 2008). Em termos cronológicos, a publicação da Constituição de 1988 antecede a ratificação da Convenção e a aprovação da Declaração pelo Estado brasileiro, contudo, o processo de discussão e formulação das mesmas remonta também à década de 1980, tendo influenciado, inclusive, o movimento constituinte no país que resultou em pontos específicos na Constituição sobre os povos indígenas.

A partir da leitura das legislações, apreende-se uma série de garantias previstas aos indígenas, seja por parte do Estado brasileiro em sua Constituição, seja pela criação e reafirmação de direitos com base nas normativas internacionais. Em seu conjunto, elas preveem o direito aos territórios tradicionalmente ocupados em sua vinculação fundamental ao direito à cultura, às tradições, aos costumes e à autodeterminação (Constituição de 1988); o direito de participação, formalmente instituído pela interrupção da tutela, e incrementado pelo direito à consulta prévia em assuntos de interesse e que afetam a vida cotidiana dos povos indígenas (Convenção 169); e, por fim, o direito a uma série de garantias no âmbito socioeconômico, como a saúde, educação, habitação, trabalho, desenvolvimento econômico, entre outros (Declaração da ONU). A uma primeira vista, observa-se assim a perspectiva de garantia dos direitos civis, políticos e sociais dos povos indígenas, ainda que de forma concorrente desde a década de 1980.

Acerca da garantia desses direitos, Urquidi, Teixeira e Lana (2008) localizam a

centralidade dos direitos territoriais e da autodeterminação, a partir dos quais se estabelecem outras demandas a nível de políticas públicas, a exemplo da assistência à saúde e da educação. Esse arranjo se dá em um cenário em que a questão étnica transformou-se em um assunto político que suscita a reconsideração sobre a questão dos territórios e recursos naturais, além da autonomia e participação dos povos indígenas nas decisões que lhes dizem respeito:

Há um padrão de demanda dos movimentos indígenas que aponta para a defesa dos direitos de posse da terra e de autodeterminação como dois momentos distintos, mas relacionados, da transformação da cidadania étnica. O primeiro defende as condições materiais de existência e sobrevivência dos povos indígenas; o segundo define um horizonte político substantivo de atuação em relação ao Estado e à sociedade hegemônica. A partir desta base, aparentemente, articulam-se o resto das demandas locais, ora contra a violência física e o avanço do mercado nas suas comunidades, ora por cidadania social e políticas, expressadas em educação, saúde e participação nas decisões, ora pelas noções abstratas da identidade e da tradição cultural (Urquidí, Teixeira, Lana, 2008: 217-218).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, também conhecida como Constituição Cidadã, representou um marco legal de fundamental importância para os povos indígenas, uma vez que reconhece seus direitos em dois artigos específicos, os de número 231 e 232. No primeiro deles, consta de trecho amplamente citado na literatura de que “São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens” (Brasil, 1988), sendo então especificadas as características dessas terras tradicionais e o direito de posse pelos indígenas.

A partir do primeiro artigo, apreende-se a questão do direito à autodeterminação dos povos que significa, de acordo com documento que analisa a Declaração da ONU (Brasil 2008), que os indígenas determinam de forma livre sua condição política e buscam livremente seu desenvolvimento econômico, social e cultural. Essa ideia de autodeterminação, enquanto um direito dos indígenas, apoia-se na noção da autodeterminação dos povos, enquanto um princípio que rege a República Federativa do Brasil em suas relações internacionais, como apontado no Artigo 4º de nossa Constituição (Brasil, 1988), ao lado de outros princípios como

a independência nacional, a prevalência dos direitos humanos, a solução pacífica dos conflitos, o repúdio ao terrorismo e ao racismo, entre outros.

Sendo assim, o direito dos povos indígenas à autodeterminação encontra suporte em legislações internacionais que tratam dos direitos humanos e que precisam ser contempladas no ordenamento jurídico brasileiro, na medida em que o país participou da discussão e aprovação de tais instrumentos, a exemplo da Convenção e da Declaração citadas. Tal perspectiva está presente na Constituição quando o Brasil acolhe o direito internacional dos direitos humanos em seu Artigo 5º, afirmando no parágrafo 2º que “Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte” (Brasil, 1988) e, no parágrafo seguinte, que “Os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais” (Brasil, 1988).

O direito à autodeterminação, assim entendido, está correlacionado ainda ao direito à terra no Artigo 231, de modo que é estabelecida uma vinculação fundamental entre a existência dos povos indígenas e seus territórios, uma vez que as terras tradicionalmente ocupadas são aquelas “por eles habitadas em caráter permanente, as utilizadas para suas atividades produtivas, as imprescindíveis à preservação dos recursos ambientais necessários a seu bem-estar e as necessárias a sua reprodução física e cultural, segundo seus usos, costumes e tradições” (Brasil, 1988). O artigo ainda especifica que as terras são de posse permanente e o usufruto das riquezas exclusivo dos indígenas; que o aproveitamento dos recursos hídricos e seus desdobramentos exigem autorização do Congresso Nacional, ouvidas as comunidades afetadas e garantida sua participação nos resultados da lavra; que as terras são inalienáveis e indisponíveis e os direitos sobre elas imprescritíveis; além de outros dois incisos sobre a relação com o Congresso e a União em relação à possibilidade de remoção dos povos e o uso dos recursos dos territórios (Brasil, 1988).

O Artigo 232 da Constituição defende, por sua vez, que “Os índios, suas comunidades e organizações são partes legítimas para ingressar em juízo em defesa de seus direitos e interesses, intervindo o Ministério Público em todos os atos do processo” (Brasil, 1988). Tal disposição versa sobre o fim da tutela dos indígenas pelo Estado, inicialmente exercida pelo SPI, no período de 1910-1967, e posteriormente pela FUNAI, entre 1967-1988, com base na

suposta incapacidade civil dos indígenas para executar diferentes atividades da vida cotidiana, como já sinalizado por Souza Lima (1995).

A Constituição de 1988 alterou esse regime ao interromper o mecanismo da tutela e estabelecer que os indígenas possam responder por si próprios, com base em sua organização social e suas instituições, tendo como assessor o Ministério Público Federal. Esse artigo retoma, assim, a questão da autodeterminação sinalizada no artigo anterior, uma vez que ela prevê a participação dos indígenas nos diversos assuntos de seu interesse, seja com a sociedade civil ou com o próprio Estado, sem a intermediação de uma agência específica, como a FUNAI. O desdobramento, contudo, da interrupção formal da tutela e a real possibilidade de participação dos indígenas será problematizado na seção a seguir.

Ainda na Constituição de 1988, em relação à saúde, destaca-se o Artigo 6º em que a saúde é considerada um direito social, assim como a educação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados. Adiante, em seu Artigo de número 196, a saúde é retomada com um direito de todos e dever do Estado, “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

Tal postulado ressalta assim a importância dos determinantes sociais (saúde, educação, lazer) e econômicos (trabalho, habitação) sobre o estado de saúde do indivíduo e das coletividades e prevê o estabelecimento de um sistema de saúde público, como o SUS, responsável pela promoção, proteção e recuperação da saúde da população. A criação do SUS com esse fim se dá com a publicação da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, sendo atualizada pelo Decreto nº 9.836, de 1999, que incluiu em sua lei orgânica um capítulo específico sobre o SASI.

A Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho sobre Povos Indígenas e Tribais, por sua vez, foi adotada na Suíça em junho de 1989 durante a 76ª Conferência Internacional do Trabalho, sendo ratificada no Brasil somente em julho de 2002, entrado em vigor em julho de 2003 e, finalmente, publicada oficialmente pelo Decreto nº 5.051, de 19 de abril de 2004. O compromisso do Estado brasileiro, ao ratificar tal Convenção, é a adequação de suas legislações e práticas à normativa com vista a sua aplicação integral, além de informar periodicamente a OIT sobre sua aplicação e acolher observações e recomendações de órgãos supervisores (OIT, 2011).

A Convenção 169 carrega um entendimento sobre os direitos e princípios fundamentais aos povos indígenas na matéria do trabalho (como igualdade de tratamento e de oportunidades, liberdade sindical e de negociação coletiva, entre outros), mas, funciona antes, na salvaguarda das culturas e identidades na relação com a sociedade nacional, a partir da garantia de posse das terras tradicionalmente ocupadas. De acordo com o documento que publica a nova convenção, o instrumento “assegura aos povos indígenas e tribais igualdade de tratamento e de oportunidades no pleno exercício dos direitos humanos e liberdades fundamentais, sem obstáculos ou discriminação e nas mesmas condições garantidas aos demais povos” (OIT, 2011: 9). Aplica-se àqueles que são considerados indígenas, em países independentes, pelo fato de seus habitantes descenderem de povos que viviam na mesma região geográfica à época da conquista ou da colonização e que conservam suas próprias instituições sociais, econômicas, culturais e políticas.

Esse entendimento está em sintonia com o direito à autodeterminação dos povos presente na Constituição de 1988, sendo que a instituição da autoidentidade indígena é uma inovação na Convenção, “como critério subjetivo, mas fundamental, para a definição dos povos-sujeito da Convenção, isto é, nenhum Estado ou grupo social tem o direito de negar a identidade a um povo indígena ou tribal que como tal ele próprio se reconheça” (OIT, 2011: 8). A distinção utilizada no instrumento entre o termo “populações” e “povos” acompanha essa inovação, uma vez que o primeiro denota transitoriedade e contingencialidade, enquanto o segundo caracteriza segmentos nacionais com identidade e organizações próprias, cosmovisão específica e relação especial com a terra que habitam.

No sentido da importância da relação do povo com o território que ocupam e/ou utilizam é que a Convenção reconhece também o direito de posse e propriedade aos povos e prevê que os Estados tomem medidas para garantir esses direitos. Além disso, dois conceitos básicos são destacados pela publicação em relação à interpretação das disposições do instrumento, a saber, a consulta e participação dos povos interessados e o direito de definir suas prioridades de desenvolvimento “na medida em que afetem suas vidas, crenças, instituições, valores espirituais e a própria terra que ocupam ou utilizam” (OIT, 2011: 8).

Por fim, a Declaração das Nações Unidas Sobre os Direitos dos Povos Indígenas foi adotada em 13 de setembro de 2007 pela Assembleia Geral da ONU, após vinte anos de elaboração e discussão entre representantes de Estados e com participação de lideranças e organizações indígenas, sendo o Brasil um dos 143 países que votaram a favor do texto

revisto no Conselho de Direitos Humanos da ONU.

A Declaração é um documento abrangente que aborda os direitos dos povos indígenas, não no sentido do estabelecimento de novas garantias, mas de reconhecimento e afirmação de direitos fundamentais no contexto das culturas, realidades e necessidades indígenas. O reconhecimento de direitos é o referencial jurídico das políticas públicas, no sentido de que direitos podem ser exigidos, de modo que os Estados que são favoráveis à Declaração comprometem-se a conferir garantia jurídica para os direitos indígenas. O documento, desse modo, estabelece diretrizes que guiam a elaboração de projetos de leis, políticas públicas e decisões judiciais nos níveis federal, estadual e municipal, refletindo o compromisso do Estado e todos os seus poderes com os povos indígenas.

Nesse sentido, “a Declaração pode e deve ser invocada por qualquer pessoa, sempre que houver uma situação de opressão ou de violação de direitos indígenas, (...) auxiliando no combate ao racismo, discriminação e violência cometidos contra os povos indígenas” (UNESCO, 2008: 9). Embora não seja um instrumento juridicamente vinculante, como ocorre com a Convenção 169, a Declaração retoma muitos dos direitos previstos em tratados internacionais de direitos humanos, como o direito de assistência à saúde.

Outra questão importante na Declaração é que os direitos ressaltados “requerem novas abordagens sobre problemas globais, tais como desenvolvimento, descentralização e democracia multicultural. Os países precisam adotar novas formas de interação com os povos indígenas, que requer participação e consultas com os povos e organizações indígenas” (UNESCO, 2008: 3). Tal indicativo abre espaço assim para a discussão em outros estudos sobre a visão teórica que orienta a formulação de políticas indigenistas no atual contexto político-econômico, como o etnodesenvolvimento ou desenvolvimento alternativo.

Como destacado no Artigo 2 da Declaração, “os povos e indivíduos indígenas são livres e iguais a todos os demais povos e indivíduos e têm o direito de não serem submetidos a nenhuma forma de discriminação no exercício de seus direitos, que esteja fundada, em particular, em sua origem ou identidade indígena” (UNESCO, 2008: 27) e, nos Artigos 7 e 8, os indígenas têm direito à vida, à integridade física e mental, à liberdade, à paz e à segurança pessoal enquanto povos distintos, além do direito de não serem assimilados forçadamente ou terem suas culturas destruídas.

A Declaração também reconhece como direito dos indígenas, tanto de indivíduos quanto de coletivos, as terras tradicionalmente ocupadas e os recursos naturais nela existentes,

a partir do entendimento de sua relação com o meio ambiente e de que as terras ancestrais constituem o fundamento de suas existências coletivas, suas culturas e espiritualidade, assim como reconhecido na Constituição Cidadã. São reconhecidos também o direito à educação, à saúde, ao emprego, à língua, à consulta prévia e informada, como defendido na Convenção 169 (OIT, 2011), além da retomada do direito à autodeterminação, no sentido que os indígenas podem escolher de forma livre sobre sua organização e busca pelo desenvolvimento econômico, social e cultural, além de ter o direito de manter e fortalecer suas próprias instituições políticas, jurídicas, econômicas, sociais e culturais, conservando ainda o direito de participar dessas mesmas áreas do Estado brasileiro de forma plena, se assim o quiserem (UNESCO, 2008), assim como defendido por Terena (2013).

Uma vez que o Brasil se manifestou favorável à Declaração – não sendo preciso sua ratificação pelo Congresso Nacional para sua validade como lei – a questão que se coloca é a implementação dos direitos estabelecidos para garantir, assim como na Constituição e na Convenção, o respeito aos povos indígenas, suas culturas e formas de organização, através de consultas mais frequentes e significativas sobre políticas e leis que afetam suas vidas.

Entretanto, a garantia desses direitos na prática não se faz de modo uniforme a todos os povos indígenas e sem ofensivas por parte do Estado e da sociedade civil. O direito aos territórios, por exemplo, permanece descumprido, ainda que o entendimento sobre sua importância seja primordial nas três legislações apresentadas.

A Constituição de 1988, por exemplo, determinou em seu Artigo 67 que “A União concluirá a demarcação das terras indígenas no prazo de cinco anos a partir da promulgação da Constituição” (Brasil, 1988), prazo terminantemente descumprido, uma vez que passados trinta anos, a totalidade dos processos não foi concluída, com base em consulta ao ISA: do total das 720 terras em diferentes processos de demarcação, 117 permanecem em estudos de identificação (16,25%), 43 foram identificadas (5,97%), 74 foram declaradas (10,28%) e somente ainda 486 foram homologadas e reservadas (67,5%)²³.

Diante desse panorama, em que estão previstos compromissos estabelecidos pelo Estado brasileiro, seja em sua própria Constituição, seja em normativas de direitos humanos no âmbito internacional, a literatura tem apontado questões sobre a descontinuidade entre o que está previsto em lei e o que realmente se sustenta na prática.

De acordo com Duprat (2012), passadas décadas desde a promulgação da Constituição

²³ Levantamento disponível em: <https://terrasindigenas.org.br/pt-br/> Acesso em 16 out 2018

de 1988, não se questiona o fato de que o Estado brasileiro é pluriétnico e multicultural, no sentido da existência de grupos com identidades específicas e de uma diversidade cultural na comunidade nacional, e que todo direito tem esse marco de referência em sua elaboração e aplicação. A autora afirma que esse entendimento se deu a partir de uma mudança de perspectiva no campo jurídico, não sendo mero resultado de ativismo de legisladores altruístas que se identificavam com a questão indígena, e sim fruto da presença de movimentos reivindicatórios, da elaboração teórica e de alterações legislativas.

A jurista discorre sobre pressupostos epistemológicos que informaram a visão do Direito até os dias atuais, apontando a relação entre a noção de sujeito de direito, propriedade privada e Estado-Nação, a partir do princípio da homogeneidade dos indivíduos, em que as diferenças eram escondidas ou eliminadas. O Direito operava, assim, a partir de classificações com elementos binários como homem/mulher, branco/outras etnias, proprietário/despossuído, sã/doente, lógica que informava a suposta incapacidade dos índios e a necessidade de sua tutela por uma agência do Estado. Movimentos reivindicatórios contribuíram, contudo, para a alteração da face hegemônica do Direito que no quadro atual “de um lado, abandona a visão atomista do indivíduo e o reconhece como portador de identidades complexas e multifacetadas; de outro, recupera o espaço comum onde são vividas as suas relações definidoras mais importantes” (Duprat, 2012: 231-232).

Em consonância aos apontamentos de Terena (2013) sobre os povos indígenas, enquanto coletividades e o direito principal da demarcação das terras, Duprat (2012) afirma que a Constituição de 1988 aborda não só a questão dos direitos coletivos, como também dos territórios, enquanto *locus* étnico e cultural, distinto da propriedade privada, de natureza individual e de apropriação econômica. A Constituição de 1988, segundo ela, “rompe a presunção positivista de um mundo preexiste e fixo, assumindo que fazer, criar e viver se dão de formas diferentes em cada cultura, e que a compreensão de mundo depende da linguagem do grupo” (Duprat, 2012: 233), sendo os territórios um direito específico nesse cenário, constituinte dos povos indígenas, em consonância com as concepções de saúde/doença enquanto concepções de mundo específicas a cada sociedade.

Ramos (2012), por sua vez, aponta que a promulgação de novas constituições ou as reformas constitucionais, desde a década de 1980 em diversos países sul-americanos, trouxeram inovações ao admitir a presença de povos indígenas nos territórios nacionais, inaugurando uma nova era na concepção de Estado-Nação. Enquanto nações pluriétnicas,

declaradas implícito ou explicitamente, os Estados legitimavam suas diferenças internas e garantiam direitos territoriais e culturais que impactaram as políticas indigenistas e a autoimagem dos países.

As concessões feitas pelos Estados sul-americanos se revelaram em sua maioria, contudo, como uma “lamentável condescendência para com o dominado do que um autêntico reconhecimento das diferenças. Trata-se de uma atitude comum em nossos países e que resulta da sua preocupação com a imagem que projetam no mundo” (Ramos, 2012: 10). Tais concessões nas constituições não se deram de forma desinteressada pelos Estado-Nações, pelo contrário, resultaram da luta de longo prazo pelo reconhecimento da presença indígena legítima nos territórios e dos seus direitos humanos e coletivos, alcançando fóruns supranacionais, como a ONU, no caso da Declaração já apresentada. A garantia dessas concessões aos povos indígenas funcionava assim de modo a amenizar pressões internacionais pelos direitos humanos e custos financeiros indesejáveis.

Outro aspecto destacado pela etnóloga no bojo das mudanças constitucionais é a realidade dos povos indígenas enquanto minoria demográfica e política em muitos países da América do Sul, como o Brasil, Argentina, Chile, Venezuela e Colômbia, ao contrário da Bolívia, Peru e Equador. De acordo com Ramos, “nos países onde a presença indígena é maciça, os índios podem ser minoria política, mas sempre têm o potencial de se transformar em maioria, no sentido de assegurar posições de poder efetivo em nível nacional” (Ramos, 2012: 9), ressaltando assim a existência de dois tipos diferentes de países: aqueles caracteristicamente indígenas, como a Bolívia, e aqueles majoritariamente não indígenas, como o Brasil. O volume demográfico de indígenas seria assim uma condição significativa para a mobilização pelo acesso ao poder nacional e o potencial de barganha política.

Baniwa (2012a) apresenta posicionamento semelhante quando afirma que o poder é resultante da correlação de forças políticas, econômicas e militares, sendo que os povos indígenas estão em grande desvantagem por não possuírem nenhuma dessas forças, em virtude do longo e trágico massacre colonial. A garantia dos direitos indígenas seria possível, na medida em que os índios ampliassem sua participação nos espaços de poder constituído, com representantes nos três poderes. Em debate com Duprat, o autor chega a questionar a condição pluriétnica e multicultural do Estado brasileiro, uma vez que sua racionalidade universalizante se contrapõe às especificidades socioculturais dos indígenas, de modo que as políticas públicas preservam um componente de universalização em suas formulações.

Tal aspecto adquire lugar significativo na presente discussão, uma vez que o SASI se apresenta como um componente do SUS que, em sua legislação orgânica, prevê o acesso universal de todos os indivíduos a essa política, contudo, é preciso questionar em que medida a assistência consegue compreender e contemplar de fato as especificidades culturais em suas ações de cuidado no campo da Saúde Indígena, notadamente, a garantia da autodeterminação em associação com os territórios e a participação indígenas.

Baniwa (2012a) nomeia essa lógica estatal como o “caráter monoculturalista da administração pública brasileira”, pensada e organizada para atuar na cultura homogênea da vida urbana branca, excluindo não só grupos e segmentos étnicos, mas também todos aqueles que não vivem em centros urbanos. Nesse sentido, “seria necessário pensar e constituir novos instrumentos do atendimento aos direitos indígenas, fundamentados em autonomias administrativas que têm como referência e base as autonomias territoriais e étnicas dos povos indígenas” (Baniwa, 2012: 218).

Em relação a esse suposto horizonte de participação, aliada a questão dos territórios, Baniwa (2012) retoma ainda o “fantasma da tutela”, presente no pensamento e na prática da política indigenista, enquanto um desafio histórico que se estabeleceu por dois séculos através da imposição de um modelo tutelar nos espaços da política e das ações governamentais. Tal regime contribuiu para uma cultura da tutela, da dependência e da submissão aos tutores, em grande medida da FUNAI, que atravança a forma de pensar e agir dos movimentos indígenas que possuem atualmente novas lideranças, que saem ou se filiam à academia, em um momento de novas intelectualidades e protagonistas indígenas (Baniwa, 2012).

Destaco, por fim, uma passagem importante do autor, enquanto intelectual indígena, sobre as políticas indigenistas que afetam os povos, como na epígrafe de Terena (2013) que inicia a seção. O autor afirma que a Constituição de 1988 produziu resultados parciais tanto no campo do direito e das políticas governamentais, quanto na esfera da vida cotidiana de aldeias, contudo, “No campo das políticas públicas (...) os avanços são visíveis, embora ainda insuficientes para garantir uma vida digna aos povos indígenas, como são as (re)conquistas territoriais e as políticas de educação escolar e saúde indígena” (Baniwa, 2012: 207).

4.3. Uma outra leitura sobre a atenção diferenciada: o lugar dos territórios e da participação

A formulação do SASI está pautada na premissa do direito diferenciado que, em sintonia com a Constituição de 1988, prevê o reconhecimento e respeito à diferença étnica e diversidade cultural dos povos, consoante ao direito à autodeterminação e aos territórios tradicionalmente ocupados. Nesse sentido, deveria contribuir para a organização social dos povos através de um cuidado intercultural, ou seja, que considere a relação existente entre duas culturas diferentes e, nesse caso, suas respectivas compreensões sobre o conceito de saúde, doença e tratamento.

Para tanto, o princípio do direito diferenciado determinou a garantia aos indígenas da “(...) assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional” (Brasil, 1999). Isto é, um conjunto de aspectos que compõem o chamado “modelo de atenção à saúde indígena” o qual, segundo Langdon (2004), é determinado por fatores históricos, sociais, culturais, econômicos e políticos. Para a antropóloga, as intervenções de cuidado na Saúde Indígena devem contemplar não só esse modelo como também os processos nativos de saúde/doença, que têm influência, por sua vez, de fatores socioantropológicos, como os territórios, as relações sociais e com a natureza, a cosmologia e o exercício de poder.

Nessa mesma legislação que aborda o direito diferenciado, está previsto também o controle social, segundo o qual, “as populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde” (Brasil, 1999). Tal modo de participação tem correspondência no que Gersem Luciano (2006) denomina de princípio do protagonismo indígena, “a partir do qual ninguém pode pensar e decidir por eles sobre qualquer coisa, a não ser eles mesmos” (Luciano, 2006: 90), sendo então reconhecidos como sujeitos com agência política, em sintonia com a autodeterminação e a importância de participação nas formulações e ações.

Na medida em que o direito diferenciado à saúde estabeleceu um modelo de Estado com diversas garantias constitucionais, como a demarcação de terras e a própria assistência à saúde, o controle social seria um recurso promissor aos povos na gestão desse modelo e na construção de intervenções de cuidado. Apreende-se, assim, a incorporação do direito à autodeterminação e aos territórios, bem como da participação, na formulação das normativas da área da saúde, construindo uma cadeia que se inicia em instrumentos jurídicos amplos,

como a Constituição, perpassa a construção de políticas específicas de saúde que orientam, finalmente, as ações no cotidiano das aldeias. Decorridas quase duas décadas da criação do subsistema, constatam-se muitos desafios na política indigenista de saúde, dado o contexto histórico e político dos povos e a complexidade da assistência a esses grupos culturalmente diferenciados em um sistema de saúde que se pretende universal. Entre esses desafios, espera-se ter demonstrado a “saúde mental” como um deles.

Ora, de acordo com a legislação do subsistema apresentada, verifica-se que a assistência à saúde e a demarcação de terras constam de elementos centrais para o modelo de Estado indicado por Langdon (2004), entretanto, Luciano (2006) sinaliza a incompletude da assistência à saúde afirmando que “o problema número um é a terra. São grandes concentrações de pessoas em pequenos espaços, ao contrário da cultura que lhes é própria. (...) Programas assistenciais não são suficientes para resolver um problema que é estrutural” (Luciano, 2006: 187). Para o autor, o bem-estar na tradição indígena envolve o território como dádiva natural e direito de todos e a fartura de recursos naturais para o povo através do território.

A partir desse entendimento, não parece se apresentar aqui uma compreensão que se relaciona à tentativa de categorização da saúde mental enquanto “bem viver” da retórica institucional, contudo, com a devida ênfase nos territórios para o bem-estar de fato dos povos indígenas?

A compreensão de bem-estar defendida por Luciano (2006) pode ser cotejada com a noção do etnólogo Rinaldo Arruda (2002), sobre o território para os índios como um espaço simultaneamente vivo, natural e concreto, palco de todas as relações míticas, históricas e sociais. Por outro lado, ele ressalta as pressões políticas e econômicas da sociedade envolvente que prejudicam a estabilidade dos territórios, já que as terras, ainda que regularizadas, “continuam sendo pressionadas, invadidas e renegociadas, implicando novas alterações de limites que tendem à diminuição de seu tamanho” (Arruda, 2002: 144). Tal violação dos territórios por fazendeiros e forças de segurança, além do confinamento em pequenas áreas, afetam assim o estado de bem-estar, interferem nas condições de saúde/doença e alteram os modos tradicionais de vida.

De acordo com Sousa e Almeida (2012), uma constatação importante sobre as políticas indigenistas é de que elas estão marcadas pela fragmentação desde a sua instituição em 1990, de modo que a assistência diferenciada não contempla as reais necessidades dos

povos, como os territórios, através da intersectorialidade das agências governamentais envolvidas, como a FUNAI e a SESAI. Nesse contexto de fragmentação, o Estado é responsável tanto pelos territórios como pela assistência à saúde, entretanto impacta a autodeterminação dos povos, ao mesmo tempo que precariza as condições sanitárias em prol de outros interesses econômicos e políticos que não dos indígenas.

Outro agravante é o controle social indígena no SUS, princípio que prevê o direito de participação dos povos em sua gestão, mas que tem sofrido impeditivos relacionados à tutela enquanto um valor persistente nas políticas, como destacado por Gersem Baniwa (Luciano, 2006) e Baniwa (2012). Souza Lima (2014) reafirma tal constatação ao indicar que a lógica do poder tutelar ainda direciona o modo como as políticas indigenistas são reconstruídas e implementadas, mesmo após a interrupção da tutela na Constituição de 1988.

A permanência do valor da tutela orienta ainda, segundo Teixeira e Garnelo (2014), as relações do Estado com os indígenas de modo distinto daquele firmado com a sociedade nacional, de forma que o controle social se torna um impasse, uma vez que “(...) não favorece os modos tradicionais de organização e atuação política desses povos. (...) Embora haja um subsistema de saúde diferenciado, não há, de fato, um modelo de controle social diferenciado” (Teixeira, Simas, Costa, 2013: 111).

Ramos (2014) retoma o conceito de *méconnaisance* ou “não-entendimento” interétnico para se referir precisamente ao descompasso de comunicação nas relações entre os povos indígenas e a sociedade envolvente, com claras consequências sociopolíticas. Tal mal-entendido ocorre, a exemplo, nos conselhos de controle social com participação dos indígenas, instituídos pelo Estado com base no valor de democracia representativa, o qual não encontra correspondência nos modos tradicionais de reunião e representação desses povos, pautados na lógica do consenso. Ao passo que Luciano (2006) ressalta a importância do protagonismo indígena nas políticas – e os conselhos de participação como parte essencial das mesmas –, o fenômeno de *méconnaisance* ocasionaria, em oposição, a atuação dominadora e verticalizada de gestores e profissionais da Saúde.

Por fim, Garnelo (2012) também aponta que uma análise sobre o controle social é de extrema importância nos estudos de saúde indígena e ainda está por ser feito, de forma a acompanhar a repercussão dos modos de organização do SASI e as ações dispensadas aos povos indígenas, de modo mais amplo no território brasileiro. Sobre o controle social, o indígena André Fernando Baniwa (2012b) aponta os entraves e constrangimentos que são

enfrentados cotidianamente pelos indígenas em seu exercício local, em que se torna premente a necessidade de entendimento do funcionamento da máquina estatal e do jogo de forças envolvidos na relação com o Estado, para que os povos indígenas possam reposicionar-se e atuar de forma mais consistente no controle social. Segundo ele, “sem conhecer como funciona a máquina do Estado não dá para fazer controle social; isso é o que eu acho fundamental” (Baniwa, 2012b: 226).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para as considerações finais desta dissertação, retorno aos dizeres de representantes e autores indígenas. Uma afirmação em comum a elas é a dos territórios enquanto questão fundamental para o entendimento das realidades dos povos, uma vez que relacionados a sua existência, à manutenção dos modos de vida, às perspectivas de novas gerações com melhores condições, além de serem necessários para se pensar a própria política de saúde.

Uma representação indígena que afirma que “o índio sem a terra é como uma planta arrancada do solo” questiona a própria constituição da política de saúde e sua limitação frente a ofensivas da sociedade civil e do Estado, sendo este responsável tanto pela política indigenista de saúde, mas também pela demarcação de territórios. Essa configuração estatal parece se perpetuar na medida em que muitos territórios permanecem sem demarcações, além das violações do próprio Estado e da sociedade civil a partir da lógica desenvolvimentista.

A análise da retórica institucional nos documentos realizada revela, contudo, que a questão dos territórios permanece minimizada na consideração do planejamento e implementação das ações, em que o enfoque recai sobre a gravidade dos fenômenos de saúde mental e a necessidade de ações para minimizá-los, enquanto as condições históricas de vulnerabilização e marginalização dos indígenas permanecem e as violações aos territórios são inquestionáveis ou sem condições de modificação ao longo de trinta anos. Tal constatação não se esgota nos documentos, mas emerge também nas percepções dos servidores, em que os territórios são apontados como fatores importantes para as condições de saúde/doença, uma demanda em todos os povos cobertos pela assistência, possibilidade da dignidade de vida, mas somente apontado como fator importante na compreensão da saúde mental quando questionado por mim nas entrevistas – à semelhança de uma percepção resgatada somente quando o outro interroga, e não enquanto uma concepção bem consolidada desde o início.

Uma vez que a demanda relativa aos territórios indígenas extrapola os limites da política de saúde, o argumento da intersetorialidade é então mobilizado como uma forma de localizar as competências das agências estatais, seja pela percepção de que à SESAI compete a saúde e à FUNAI, a terra, seja pela constatação de que existe pouco diálogo entre as instituições como um fato dado. Percebe-se, portanto, a minimização da questão dos territórios diante de um contexto previamente estabelecido de violações e embates, em que

concomitantemente se agravam os fenômenos de saúde mental.

Outra questão se relaciona à participação dos indígenas nas questões de saúde mental, através da retórica da importância de consideração das especificidades dos povos com que se trabalha e para a construção desse conhecimento, a mobilização de lideranças, integrantes da comunidade e atores do controle social no planejamento e implementação de ações. O argumento da participação é acionado como possibilidade de execução do trabalho que não esteja centralizado nas equipes de saúde, muitas vezes não indígenas, e que os povos em questão apontem as demandas e caminhos a serem percorridos para atingir determinado objetivo, seja a diminuição nos casos de suicídios e uso prejudicial de álcool, seja as ações que contribuam para o bem viver. Por parte da gestão e assistência, prevê-se a organização da rede que favoreça essa participação indígena e muna os profissionais de conhecimentos, através da clínica ampliada, do apoio matricial e da ideia de corresponsabilização.

Constata-se, contudo, que esses dispositivos foram sendo implantados e implementados a partir da instituição da Política de 2007, uma vez que era preciso obter respostas efetivas para os casos de saúde mental e, para tanto, recorre-se a arranjos e tecnologias ocidentais, concebidas e amplamente utilizadas no SUS para lidar com questões dos povos indígenas, a partir de sua atualização pelos conhecimentos locais. Os documentos transparecem uma realidade em que a rede de atenção psicossocial, ainda que com falhas a serem superadas, representa um modelo ideal para abordagem dos fenômenos com a aposta no trabalho em rede e no compromisso dos trabalhadores atuantes na Saúde Indígena. Duas possibilidades se apresentam minimamente: a adequação de tais arranjos e tecnologias valendo-se da participação dos indígenas que possam atualizá-los a favor de seu cuidado em saúde e/ou a fragilização de tais ações na medida em que o cuidado intercultural, ainda que seja uma premissa, não ocorra por fatores que são problemáticos em tais arranjos e tecnologias muito antes fora do SASI, como a hierarquização de conhecimentos, o desafio do trabalho multiprofissional e processos de referência/contra-referência.

Nesse aspecto, há que se considerar ainda a questão problemática da falta de “capacitações” sobre os povos com que se trabalha, a fragilidade dos processos de educação permanente e a permanência de ações do tipo “apagar incêndio” que não correspondem ao importante trabalho de prevenção e promoção à saúde, corolários também do SUS de forma ampla. Não é possível conceber que o trabalho na Saúde Indígena mobilize profissionais que atuem em campo a partir de uma identificação pessoal sem precedentes que anulem os

atravessamentos institucionais que prejudicam sua própria prática, de modo que a não conformidade de suas ações em povos indígenas recaia sobre a responsabilidade individual do trabalhador e sobre as ações isoladas e questionadas das agências.

A política de saúde indígena se pretende diferenciada na medida em que a gestão e a atenção possam de fato corresponder às demandas dos povos que passam por outras questões para além da política de saúde, como a demarcação de territórios, moradia, alimentação e integração institucional, de modo que aqui se retoma, a fundamentalidade dos territórios e da real participação dos povos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOSTA, Alberto. Buen Vivir, uma oportunidade de imaginar outro mundo. *In: STIFTUNG, Heinrich Böll (Org.). Um campeão visto de perto: Uma Análise do Modelo de Desenvolvimento Brasileiro*. Rio de Janeiro: Heinrich-Böll Foundation, 2012.

ARRUDA, Rinaldo. Territórios indígenas no Brasil: aspectos jurídicos e socioculturais. *In: SOUZALIMA, A. C; BARROSO-HOFFMAN, M. (Orgs.). Etnodesenvolvimento e políticas públicas. Bases para uma nova política indigenista*. Rio de Janeiro: ContraCapa; LACED/Museu Nacional, 2002a.

BANIWA, André Fernando. Controle social: o ponto de vista das lideranças. *In: GARNELO, L.; PONTES, A. L. (Orgs.). Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: MEC-SECADI, 2012b.

BANIWA, Gersem. A conquista da cidadania indígena e o fantasma da tutela no Brasil contemporâneo. *In: RAMOS, A. R. Constituições Nacionais e Povos Indígenas*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2012a.

BARRIOS, Roberto. Resilience: A commentary from the vantage point of anthropology. *Annals of Anthropological Practice*, v. 40, n. 1, pp. 28-38, 2016. Disponível em: https://anthrosource.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/napa.12085?purchase_referrer=www.google.com&tracking_action=preview_click&r3_referer=wol&show_checkout=1 Acesso em 16 jun 2019.

BARROSO, Maria. Moedas de troca, sinceridade metodológica e produção etnográfica no trabalho com elites. *In: CASTILHO, S R. R.; SOUZA LIMA, A. C. S.; TEIXEIRA, C. C (orgs.). Antropologia das práticas de poder – Reflexões etnográficas entre burocratas, elites e corporações*. Rio de Janeiro: ContraCapa, 2014.

BASTA, P. C.; ORELLANA, J. D. Y.; ARANTES, R. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. *In: GARNELO, L.; PONTES, A. L. (Orgs.). Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: MEC-SECADI, 2012.

BATISTA, M. Q; ZANELLO, V. Saúde mental em contextos indígenas: Escassez de pesquisas brasileiras, invisibilidades das diferenças. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 21, n. 4, pp. 403-414, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/8cWScCRZNYFkrbQw5LkwBTB/?lang=pt> Acesso em 16 jun 2019.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em 9 jun 2019

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

BRASIL. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9836.htm Acesso em 9 jul 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Departamento de Atenção à Saúde Indígena. *Atenção psicossocial aos povos indígenas: tecendo redes para promoção do bem viver*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Medicina Tradicional Indígena em Contextos – Anais da I Reunião de Monitoramento*. Projeto Vigisus II/Funasa. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Projeto Vigisus II Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde – Componente II – Saúde Indígena*. Projeto Vigisus II/Funasa. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. *I Oficina Sobre Povos Indígenas e Necessidades Decorrentes do Uso do Alcool: Cuidado, Direitos e Gestão: Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Departamento de Atenção à Saúde Indígena. Coordenação-Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena. *Material Orientador para Prevenção do Suicídio em Povos Indígenas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Portaria nº 2.759, de 25 de outubro de 2007a. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2759_25_10_2007.html Acesso em 9 julho 2016.

CARDOSO, A. M. et al. Políticas Públicas de Saúde para os Povos Indígenas. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

COIMBRA JR, C. E. A.; SANTOS, R. V. S.; ESCOBAR, A. L. (Orgs.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 6ª REGIÃO (Org.). *Psicologia e Povos Indígenas*. São Paulo: CRPSP, 2010.

CRUZ, Felipe. Indígenas Antropólogos e o Espetáculo da Alteridade. *Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas*, v. 11, pp. 93-108, 2017. Disponível em:
https://www.academia.edu/36244228/Ind%C3%ADgenas_Antrop%C3%B3logos_e_o_Espet%C3%A1culo_da_Alteridade Acesso em 12 mai 2019.

DUPRAT, Deborah. O direito sob o marco da pluriétnicidade/multiculturalidade. In: RAMOS, A. R. *Constituições Nacionais e Povos Indígenas*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2012.

ERTHAL, Regina. O suicídio Tikúna no Alto Solimões: uma expressão de conflitos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 299-311, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S0102311X2001000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 jun 2016.

FERREIRA, Luciana Ouriques. As Boas Palavras Mbyá-Guarani como Caminho para a Redução do Uso de Bebidas Alcoólicas. In: SOUZA, M. L. P. (Org.). *Processos de alcoolização no Brasil: perspectivas plurais*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013.

FERREIRA, Luciana Ouriques. O “faze antropológico” em ações voltadas para a redução do uso abusivo de bebidas alcoólicas entre os Mbyá-Guarani, no Rio Grande do Sul. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Orgs.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Editora ContraCapa, ABA, 2004.

GARNELO, Luiza. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: GARNELO, L.; PONTES, A. L. (Orgs.). *Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: MEC-SECADI, 2012.

GARNELO, L.; MACEDO, G.; BRANDAO, L. C. *Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003.

LASCHEFKI, K.; ZHOURI, A. Povos indígenas, comunidades tradicionais e meio ambiente: a questão “territorial” e o Novo Desenvolvimentismo no Brasil. *Anais XVIII ENANPUR 2019*, 2019. Disponível em: <http://anpur.org.br/xviiienganpur/anaisadmin/capapdf.php?reqid=1288> Acesso em 17 jun 2019.

LANGDON, Esther. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Orgs.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Editora ContraCapa, ABA, 2004.

LE VEN, M.; FARIA, E. de; MOTTA, M. H. de S. História oral de vida: o instante da entrevista. In: VON-SIMON, O. R. M. *Os desafios contemporâneos da História Oral*. Campinas: Centro de Memória Oral/UNICAMP, 1999.

LUCIANO, Gersem. *O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje*. Brasília: MEC; LACED/Museu Nacional, 2006.

MACEDO, Guilherme. Notas sobre o Projeto Vigisus II e o Subsistema de Saúde Indígena. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Medicina Tradicional Indígena em Contextos – Anais da I Reunião de Monitoramento. Projeto Vigisus II/Funasa*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Especial de Saúde Indígena. *Relatório de Gestão do Exercício de 2013*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

MORGADO, Anastacio. Epidemia de suicídio entre os Guaraní-Kaiwá: indagando suas causas e avançando a hipótese do recuo impossível. *Cad. Saúde Pública*, v. 7, n. 4, pp.585-598, 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v7n4/v7n4a09.pdf> Acesso em 24 mai 2019.

NADER, Laura. Up the Anthoropologist – Perspectives Gained from Studying Up. In: HYME, Dell (ed.). *Reinventing Anthropology*. Nova York: Random House, 1972, p. 284-311.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *Convenção n° 169 sobre povos indígenas e tribais e Resolução referente à ação da OIT*. Brasília: OIT, 2011.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA, CENTRO DE INFORMAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O BRASIL E INSTITUTO SÓCIO AMBIENTAL. *Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas: perguntas e respostas*. Brasília: UNESCO, UNIC-Rio e ISA, 2008.

OLIVEIRA, Marlene de. A intervenção como um processo em construção: notas para a redução do uso de bebidas alcoólicas e alcoolismo entre os Kaingáng. In: LANGDON, E.J.; GARNELO, L. (Orgs.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Editora ContraCapa, ABA; 2004a.

OLIVEIRA, João Pacheco de. Pluralizando tradições etnográficas: sobre um certo mal-estar na antropologia. In: LANGDON, E.J.; GARNELO, L. (Orgs.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Editora ContraCapa, ABA; 2004b.

OLIVEIRA, João Pacheco de. Uma etnologia dos “índios” misturados? Situação colonial, territorialização e fluxos culturais. In: OLIVEIRA, João Pacheco de. *O Nascimento do Brasil e Outros Ensaio: “pacificação”, regime tutelar e formação de alteridades*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2016.

RAMOS, Alcida. Ensaio sobre o não entendimento interétnico. *Série Antropologia*, v. 444, pp. 1-32, 2014. Disponível em: http://www.dan.unb.br/images/doc/Serie_444.pdf Acesso em: 15 jun 2016.

RAMOS, Alcida Rita. Introdução. In: RAMOS, A. R. *Constituições Nacionais e Povos Indígenas*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2012.

REVEL, Jacques. Micro-história, macro-história: o que as variações de escala ajudam a pensar em um mundo globalizado. *Revista Brasileira de Educação*, v. 15, n. 45, pp. 434-444, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v15n45/03.pdf> Acesso em 16 abr 2019.

SAHLINS, Marshall. *Stone Age Economics*. Chicago: Aldine and Atherton, 1972.

SILVA, A. C.; LANGDON, E. J.; RIBAS, D. L. Fatores estruturais e as práticas de autoatenção das famílias com parentes com transtornos mentais: contexto Kaiowá e Guarani do Mato Grosso do Sul. Brasil. *Revista Tempus. Actas de Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, pp. 149-168, 2013.

SILVA, A. C.; LANGDON, E. J.; RIBAS, D. L. Percepção e cuidado com as pessoas diagnosticadas com psicopatologia crônica nas Comunidades Kaiowá e Guarani de Mato Grosso do Sul. *Ciências Humanas e Sociais em Revista*, v. 36, n. 1, pp. 07-25, 2014.

Disponível em:

<http://www.ufrj.br/SEER/index.php?journal=chsr&page=article&op=view&path%5B%5D=1015&path%5B%5D=1343> Acesso em 15 jun 2016.

SOUSA, C. N. I., ALMEIDA, F. V. R. (Orgs.). *Gestão territorial em terras indígenas no Brasil*. Brasília: MEC-SECADI, 2012.

SOUZA, Maximiano. (Org.). *Processos de alcoolização no Brasil: perspectivas plurais*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013.

SOUZA LIMA, Antonio Carlos. O exercício da tutela sobre os povos indígenas: considerações para o entendimento das políticas indigenistas no Brasil contemporâneo.

Revista de Antropologia, v. 55, n. 2, pp. 781-832, 2012. Disponível em:

<http://www.revistas.usp.br/ra/article/view/59301/62337> Acesso em 12 jan 2019

SOUZA LIMA, Antonio Carlos. *Um Grande Cerco de Paz. Poder tutelar, indianidade e formação do Estado no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1995

SOUZA LIMA, Antonio Carlos. Revisitando a Tutela: questões para se pensar as políticas públicas para povos indígenas. In: TEIXEIRA, C. C.; GARNELO, L. (Orgs.). *Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

TEIXEIRA, Carla. Pesquisando instâncias estatais: reflexões sobre o segredo e a mentira. In: CASTILHO, S R. R.; SOUZA LIMA, A. C. S.; TEIXEIRA, C. C (Orgs.). *Antropologia das práticas de poder – Reflexões etnográficas entre burocratas, elites e corporações*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2014.

TEIXEIRA, C. C.; GARNELO, L. (Orgs.). *Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

TEIXEIRA, C. C.; SOUZA LIMA, A. C. A antropologia da administração e da governança no Brasil: área temática ou ponto de dispersão?. In: MARTINS, C. B.; DUARTE, L. F. D. (Orgs.). *Horizontes das ciências sociais no Brasil: Antropologia*. São Paulo: ANPOCS, 2010.

TEIXEIRA, C. C.; SIMAS, D.; COSTA, N. Controle social na saúde indígena: limites e possibilidades da democracia direta. *Revista Tempus. Actas de Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, pp. 97-115, 2013. Disponível em:

<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1420/1197> Acesso em: 15 jun 2016.

TEIXEIRA, C. C.; SILVA, C. D. Antropologia e saúde indígena: mapeando marcos de reflexão e interfaces de ação. *Anuário Antropológico*, v.1, pp. 35-57, 2013. Disponível em: periodicos.unb.br/index.php/anuarioantropologico/article/download/6872/6948/ Acesso em 24 abr 2019.

TERENA, Marcos. O movimento indígena como voz de resistência. In: VENTURI, G.; BOKANY, V. (Orgs). *Indígenas no Brasil: Demandas dos povos e percepções da opinião pública*. São Paulo: Editora Perseu Abramo, 2013.

THOMPSON, Paul. A Entrevista. In: *A voz do passado: História Oral*. Rio de Janeiro: Paz e terra, 2002.

URQUIDI, V; TEIXEIRA, V.; LANA, E. Questão Indígena na América Latina: Direito Internacional, Novo Constitucionalismo e Organização dos Movimentos Indígenas. *Cadernos PROLAM/USP*, v. 1, pp. 199 – 222, 2008. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/prolam/article/view/82316/85289> Acesso em 12 jan 2019.

ZHOURI, Andréa. Justiça Ambiental, Diversidade Cultural e Accountability: Desafios para a governança ambiental. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 23, n. 68, pp. 97-107, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v23n68/v23n68a07.pdf> Acesso em 17 jun 2019.

ANEXOS

**TERMO DE CONCORDÂNCIA COM A CONCESSÃO DE ENTREVISTA PARA
FINALIDADE ACADÊMICA**

Pelo _____ presente _____ documento, eu, _____,
 nacionalidade _____, estado civil _____,
 profissão _____, CPF _____,
 carteira de identidade nº _____ emitida pelo _____, domiciliado e
 residente na cidade de _____,
 rua(avenida) _____,

declaro estar de acordo com a utilização, no todo ou em partes, da entrevista por mim
 concedida em ____/____/____ a Breno Pedercini de Castro, mestrando do Programa de Pós-
 Graduação em Antropologia da Faculdade de Filosofia e Ciência Humanas da Universidade
 Federal de Minas Gerais para fins acadêmicos, como parte de sua pesquisa de mestrado sobre
 o sofrimento mental em povos indígenas a partir de uma perspectiva antropológica.

_____, ____ de _____ de ____

 Assinatura do(a) entrevistado(a)

 Assinatura do pesquisador

Nome do pesquisador responsável: Breno Pedercini de Castro
 Orientadora de Mestrado do pesquisador responsável: Andréa Luisa Zhouri Laschefski
 Contatos do pesquisador responsável: breno12@msn.com
 Contatos da orientadora: azhourigmail.com
 Programa de Pós-Graduação em Antropologia/Departamento de Antropologia
 Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas/Universidade Federal de Minas Gerais
 Avenida Pres. Antônio Carlos, 6627 – Pampulha. CEP 31270-901
 Belo Horizonte - MG - Brasil
 Telefone: (31) 3409-5000
