



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

**SAÚDE MENTAL EM CONTEXTOS INDÍGENAS NO TERRITÓRIO BRASILEIRO:
ANÁLISE DA PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA E REFLEXÕES EPISTEMOLÓGICAS**

Marianna Queiróz Batista

Brasília – DF

2014

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

**SAÚDE MENTAL EM CONTEXTOS INDÍGENAS NO TERRITÓRIO BRASILEIRO:
ANÁLISE DA PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA E REFLEXÕES EPISTEMOLÓGICAS**

Marianna Queiróz Batista

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientadora: Prof. Dra. Valeska Maria Zanello de Loyola

Brasília – DF

2014

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA SEGUINTE BANCA EXAMINADORA:

Profª. Dra. Valeska M. Zanello de Loyola – Presidente
Universidade de Brasília – UnB

Profª. Dra. Maria da Graça Luderitz Hoefel – Membro Interno
Universidade de Brasília – UnB

Profª. Dra. Ermelinda do Nascimento Salem José – Membro Externo
Universidade Federal do Amazonas – UFAM

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa – Membro Suplente
Universidade de Brasília – UnB

Brasília, dezembro de 2014

LISTA DE SIGLAS

ABRAFIPP	Associação Brasileira para o Avanço Conjunto da Filosofia, Psicopatologia e Psicoterapia
AM	Amazonas
ASEBA	Achenbach System Empirically Based Assessment
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
BVS-Psi	Biblioteca Virtual em Saúde Psicologia Brasil
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPs	Centros de Atenção Psicossocial
CBCL	Child Behavior Checklist (Inventários de Comportamentos para Crianças e Adolescentes de 6 a 18 anos)
CEBELA	Centro Brasileiro de Estudos Latino Americanos
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CIMI	Conselho Indigenista Missionário
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CRP	Conselho Regional de Psicologia
CRPA	Comportamentos Referidos pelo Professor para Alunos de 6 a 18 anos
DF	Distrito Federal
DSEIs	Distritos Sanitários Indígenas
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais)
EDAO	Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada
EdUEMG	Editora da Universidade Estadual de Minas Gerais
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GO	Goiás
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IBICT	Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia
ICCA	Inventários de Comportamentos para Crianças e Adolescentes de 6 a 18 anos
ICS	Instituto de Ciências da Saúde
ISA	Instituto Socioambiental
MS	Mato Grosso do Sul
MS	Ministério da Saúde
MT	Mato Grosso
OMS	Organização Mundial de Saúde
PB	Paraíba
PePsic	Periódicos Eletrônicos em Psicologia
PUC	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
RS	Rio Grande do Sul
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TDAH	Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade
TO	Tocantins
TRF	Teacher Report Form (Comportamentos Referidos pelo Professor para Alunos de 6 a 18 anos)
UCDB	Universidade Católica Dom Bosco
UFG	Universidade Federal do Goiás
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UniCeub	Centro Universitário de Brasília
USP	Universidade de São Paulo

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu amado marido João Antônio, pela parceria e incentivo ao longo desta caminhada e à minha família pelo apoio incondicional.

Agradeço imensamente à professora e orientadora Valeska Zanello pela dedicação, apoio e paciência no acompanhamento deste trabalho.

Aos parceiros Lucas da Silva Nóbrega, Fernando Pessoa de Albuquerque, Pedro Mac Dowell, Eduardo Soares Nunes e José Bizerril, pelas boas discussões, preocupações e trocas acerca deste tema tão complexo.

À Ermelinda do Nascimento Salem José, Luciane Ouriques Ferreira, Lucila de Jesus Mello Gonçalves, Carlos Alberto Coloma, Sônia Grubits, Maria da Graça Luderitz Hoefel, Marcelo Abdala e todos aqueles que me ajudaram com dicas, referências e incentivo na discussão do tema.

À Lara Nigro, Danielle Wells, Rogério Campos e Clarisse Ribeiro pelo suporte nos momentos de necessidade.

Aos colegas estudantes indígenas da UnB, os quais tive privilégio de ouvir, com quem pude dialogar e trocar referências para melhor compreender o que é viver no “entre”.

Batista, M. Q. (2014). *Saúde mental em contextos indígenas no território brasileiro: análise da produção bibliográfica e reflexões epistemológicas*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.

RESUMO

A presente dissertação se propõe a discutir alguns temas que atravessam o campo da *saúde mental* em contextos indígenas no território brasileiro. Ela está constituída por dois artigos, os quais foram resultantes de duas etapas distintas da pesquisa. O primeiro teve como objetivo realizar um levantamento de artigos, dissertações e teses produzidas acerca do tema entre os anos de 1999 e 2012 nas principais plataformas científicas brasileiras (SciELO, BVS-PSI, Capes e BDTD). A partir do resultado do levantamento (14 artigos, 4 dissertações e 3 teses) e a análise minuciosa de cada um dos trabalhos foi possível observar que as pesquisas brasileiras relacionadas à *saúde mental em contextos indígenas* ainda são incipientes e necessitam de maior discussão epistemológica para fundamentar a complexidade do tema. O segundo artigo visou assim fomentar uma discussão teórica e epistemológica, problematizando alguns conceitos e referências utilizados de maneira acrítica em grande parte das publicações encontradas no artigo anterior. Conceitos como *saúde*, *mental*, *índio* e *indígena*, bem como referências e critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) foram discutidos e repensados com o objetivo de evidenciar aspectos históricos e epistemológicos críticos. Nesse sentido, ressaltou-se a importância do diálogo com a Psiquiatria Transcultural, cujo foco está na interface da saúde mental e culturas não ocidentais, desconstruindo as referências biomédicas hegemônicas importadas pelo saber psiquiátrico.

Palavras-chave: Saúde mental. Contextos indígenas. Levantamento bibliográfico. Epistemologia. Psiquiatria transcultural.

ABSTRACT

This work aims to discuss some topics which cross the field of *mental health* in indigenous contexts in Brazil. It is composed of two articles, which resulted from two different stages of the research. The first aimed to conduct a survey of articles, dissertations and theses produced about the subject between the years 1999 and 2012 in major Brazilian scientific platforms (SciELO, BVS-PSI, Capes and BDTD). From the results of the survey (14 articles, 4 dissertations and theses 3) and a detailed analysis of each work it was observed that the Brazilian research related to mental health in indigenous contexts are still incipient and require greater epistemological discussion to base the complexity of the subject. The second paper was thus fostering a theoretical and epistemological discussion, questioning some concepts and references used uncritically in most publications found in the previous article. Concepts like *health*, *mental*, *indian* and *indigenous*, as well as references and criteria of the Diagnostic and Statistical of Mental Disorders Manual (DSM) were discussed and rethought with the goal of evidencing critical historical and epistemological aspects. In this sense, it was emphasized the importance of dialogue with the Cross Cultural Psychiatry, whose focus is on mental health and non-Western cultures interface, deconstructing the hegemonic biomedical references imported by psychiatric knowledge.

Keywords: Mental health. Indigenous contexts. Bibliographical survey. Epistemology. Cross-cultural psychiatry.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Levantamento de artigos	21
Tabela 2 - Levantamento de teses e dissertações	22
Tabela 3 - Características das teses e dissertações encontradas	38

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Quantidade de artigos publicados sobre o tema <i>saúde mental em contextos indígenas brasileiros</i> entre os anos de 1999 e 2012.....	23
Figura 2. Distribuição dos artigos de acordo com a região brasileira onde a pesquisa foi realizada.....	25
Figura 3. Distribuição dos artigos de acordo com a modalidade de pesquisa: campo e teórico	26
Figura 4. Porcentagem dos artigos que contaram com a presença de psicólogos como pesquisadores	28
Figura 5. Número de artigos que problematizaram o conceito de <i>saúde mental</i>	29
Figura 6. Distribuição dos artigos de acordo com o tema	31
Figura 7. Número de artigos distribuídos de acordo com o tema.....	40

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
ARTIGO 1 - SAÚDE MENTAL EM CONTEXTOS INDÍGENAS: ESCASSEZ DE PESQUISAS BRASILEIRAS, INVISIBILIDADE DAS DIFERENÇAS	13
INTRODUÇÃO	15
METODOLOGIA	17
RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
CONCLUSÃO	47
REFERÊNCIAS	48
ARTIGO 2 – SAÚDE MENTAL E POPULAÇÕES INDÍGENAS: DESCONSTRUINDO A PSICOPATOLOGIA E PROBLEMATIZANDO CATEGORIAS	54
INTRODUÇÃO	55
CAMINHOS DA LOUCURA: DO ENFOQUE RELIGIOSO AO PARADIGMA DAS ESTRUTURAS PSICOPATOLÓGICAS	56
O DSM, UM UNIVERSAL ETNOCÊNTRICO: A CRISE DO PARADIGMA PSIQUIÁTRICO	59
OS TRANSTORNOS MENTAIS: PSIQUIATRIZAÇÃO DOS ATOS E PSICOFARMACOLOGIZAÇÃO DA VIDA	62
SAÚDE E MENTAL – O QUE ESTÁ IMPLÍCITO NESTES TERMOS?	66
OS TERMOS <i>ÍNDIO</i> E <i>INDÍGENA</i> – GENERALIZAÇÃO QUE HOMOGENEIZA O DIVERSO	71
SAÚDE MENTAL EM CONTEXTOS INDÍGENAS: PROBLEMAS NA TRANSPOSIÇÃO DE CONCEITOS E AS CONTRIBUIÇÕES DA PSIQUIATRIA TRANSCULTURAL	72
REFERÊNCIAS	80
CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
REFERÊNCIAS	89

INTRODUÇÃO

A saúde indígena passou a ter maior importância a partir da implantação dos Distritos Sanitários Indígenas (DSEIs), em 1999, pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), do Ministério da Saúde (MS). Antes disso, o atendimento aos povos indígenas não era uma prioridade e os serviços de saúde não contavam com uma política clara, que guiasse a relação profissional/comunidade no planejamento e atendimento a essa população (Langdon, 2005).

Contudo, a discussão sobre saúde mental nos contextos indígenas ganhou espaço ainda mais tarde, quando, em outubro de 2007, a FUNASA, então responsável pela saúde indígena, promoveu as bases para a Portaria nº 2759 do Ministério da Saúde, em que estabelece as diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas. O documento é um marco, na medida em que prevê o atendimento diferenciado à população indígena no âmbito da saúde mental, observando que, para isso, seja necessária a capacitação dos profissionais e, sobretudo, o fomento de pesquisas nas áreas, contemplando as especificidades de cada etnia, valorizando e *construindo com* os saberes tradicionais.

Em 2010, com a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), desenvolveram-se inúmeras estratégias em saúde mental baseadas nas ações da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre elas, houve mapeamento do território, matriciamento, avaliação e monitoramento, articulação de redes e intervenções em saúde mental (rodas de conversa, grupos temáticos, oficinas, visitas domiciliares, atendimentos individuais e familiares, educação em saúde, ações participativas e intersetoriais).

A *saúde mental em contextos indígenas* apresenta-se como um tema de grande complexidade, o qual necessita ser discutido. Falar de populações indígenas implica em falar de colonização, território, diversidade, saberes próprios, contato interétnico, entre muitos outros tópicos. Ao mesmo tempo, falar de *saúde mental* significa evidenciar aspectos

históricos e epistemológicos presentes nesse conceito, bem como problematizar a transposição do mesmo para populações que não compartilham de uma forma de pensar ocidentalizada.

O cenário das ações em saúde mental voltados para as populações indígenas atendem majoritariamente demandas emergenciais relativas a suicídio, uso de álcool, uso de psicotrópicos e violência, cenário que se refletiu no levantamento realizado no artigo 1 desta dissertação.

Com o intuito de conhecer o que tem sido publicado sobre o tema e como as questões de *saúde mental em contextos indígenas* têm sido contempladas e discutidas pelos pesquisadores brasileiros, esta dissertação foi composta por dois momentos de pesquisa, os quais resultaram na produção de dois artigos.

O primeiro objetivo deste trabalho, apresentado no artigo 1, se dispõe a traçar um panorama quanti-qualitativo das produções acadêmicas que trataram do tema na última década. Em seguida, no artigo 2, propomos uma reflexão crítica sobre o uso de critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*, bem como de conceitos e categorias utilizadas indiscriminadamente em contextos étnicos diferenciados cujos modelos explicativos se distanciam enormemente dos modelos da sociedade ocidental

Assim, o artigo 1 traz o levantamento de artigos científicos, dissertações e teses publicadas em plataformas virtuais a partir de descritores específicos, no período de 1999 a 2012. A partir do material encontrado, foi realizada uma análise minuciosa acerca do conteúdo dessas produções, considerando como os conceitos *saúde mental* e *indígena* foram trabalhados, bem como observando algumas características, tais como: etnia do grupo pesquisado, país e região onde a pesquisa foi realizada, sexo e faixa etária dos participantes da pesquisa, entre outras.

A partir da pesquisa realizada no artigo 1, pode-se observar a quase inexistência de questionamentos conceituais, bem como reflexões teóricas e epistemológicas relativas ao

tema *saúde mental em contextos indígenas*. Os termos *saúde*, *mental* e *indígena* na maioria das publicações foram utilizados acriticamente como termos descritivos óbvios e reificados, e junto a isso, não havia, tampouco, a problematização de categorias e critérios do DSM/CID segundo os quais se amparavam algumas discussões.

Dessa maneira, o artigo 2 teve como objetivo problematizar estes termos, observando como foram constituídos e construídos histórica e epistemologicamente, bem como demonstrar a necessidade de contextualizá-los culturalmente. Seu uso, muitas vezes acrítico, traz consequências como a adoção arbitrária de critérios diagnósticos referentes a um saber biomédico ocidental que não encontra equivalência nos critérios indígenas.

Partindo do pressuposto de que a utilização desmedida dos critérios do DSM em contextos indígenas é complexa e questionável, foi discutido como o saber biomédico dominante tem construído e exportado transculturalmente suas concepções sobre saúde mental e a consequente problemática desse vício em universalizar as categorias ocidentais. Nesse sentido, ainda no artigo 2, na tentativa de (re)pensar formas possíveis de interseção acerca das questões de saúde mental com as populações indígenas, propôs-se um diálogo com a Psiquiatria Transcultural, abordagem esta cujo foco é investigar e discutir questões do sofrimento/aflição em diversos contextos culturais.

ARTIGO 1 - SAÚDE MENTAL EM CONTEXTOS INDÍGENAS: ESCASSEZ DE PESQUISAS BRASILEIRAS, INVISIBILIDADE DAS DIFERENÇAS

RESUMO

O tema *saúde mental em contextos indígenas brasileiros* é um campo relativamente recente, com as primeiras produções datadas em torno da década de 1990. Mesmo ainda com parca publicação e discussão, o tema tem tido um olhar mais atento da mídia, da comunidade acadêmica e do Estado, desde que suicídio, alcoolização, uso de psicotrópicos se tornaram pautas dentro da temática indígena. Este trabalho teve como objetivo realizar um levantamento de artigos, dissertações e teses produzidas acerca desse tema entre os anos de 1999 e 2012 nas principais plataformas científicas brasileiras (SciELO, BVS-PSI, Capes e BDTD). Foram encontrados 14 artigos, 4 dissertações e 3 teses cujo conteúdo se mostrou relevante para as discussões sobre *saúde mental em contextos indígenas*. A partir da análise minuciosa de cada estudo encontrado, foram coletados dados quanto à distribuição de acordo com o ano de publicação, tema e objeto da pesquisa, etnia e região geográfica abrangida pelo estudo, faixa etária e sexo dos sujeitos pesquisados, se a pesquisa foi baseada em trabalho de campo ou teórico, entre outros dados. Além disso, avaliou-se como os conceitos de *saúde mental* e *indígena* foram trabalhados e problematizados em cada artigo, tese e dissertação levantados. Concluiu-se que as pesquisas sobre *saúde mental em contextos indígenas* ainda são incipientes e carecem de maior reflexão epistemológica para fundamentar a complexidade desse diálogo intercultural que discute saberes advindos de referenciais originalmente tão distintos.

Palavras-chave: Saúde mental. Contextos indígenas. Levantamento bibliográfico.

ABSTRACT

The mental health issue in Brazilian indigenous contexts is a relatively new field, with the first productions dated around the 1990s. Even still meager publication and discussion, the subject has taken a closer look at the media, the academic community and State, since suicide, alcohol ingestion, and use of psychotropic became agendas within indigenous issues. This study aimed to conduct a survey of articles, dissertations and theses produced about this subject between the years 1999 and 2012 in some Brazilian virtual platforms (SciELO, Lilacs, Capes and BDTD). Only 14 articles, 4 dissertations and 3 theses whose contents proved relevant to discussions of mental health in indigenous contexts were found. From the detailed analysis of each study found, data were collected regarding the distribution according to year of publication, subject and object of research, ethnicity and geographic region covered by the study, age and sex of the subjects, if the research was based on field work or theoretical, among other data. In addition, it was valued how the concept of *mental health* and *indigenous* was questioned and worked in every article, thesis and dissertation raised. It was concluded that research on *mental health in indigenous contexts* are still incipient and require incentives that enable greater visibility of the issue. Also need further epistemological reflexion to support the complexity of intercultural dialogue that discusses knowledge arising of referential originally so distinct.

Keywords: Mental health. Indigenous contexts. Bibliographical survey.

INTRODUÇÃO

Segundo o censo de 2010 do IBGE, a população indígena vivente no Brasil é estimada em 896.900 mil indivíduos, o que corresponde a 0,4% da população brasileira. De acordo com dados da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e do Instituto Socioambiental (ISA), a população indígena no Brasil está distribuída em 240 etnias, 683 terras indígenas (além de algumas áreas urbanas) e falantes de 200 línguas, aproximadamente. Além disso, há 77 referências de populações não contatadas, das quais 30 foram confirmadas. Existem ainda grupos que estão requerendo o reconhecimento de sua condição indígena junto ao órgão federal indigenista.

Diante deste cenário pluriétnico, diversas temáticas, como saúde, educação, sustentabilidade, questões fundiárias, entre outras, passam pelas pautas de discussões da política indigenista oficial.

Quando se trata da saúde indígena, desde a criação da FUNAI, em 1967, diferentes órgãos governamentais e instituições foram responsáveis pelo atendimento aos índios. Em 1999, foi criado o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena dentro do SUS e, a partir de uma política de descentralização do atendimento, a ação direta do Estado foi reduzida, e foram implementados 34 Distritos Sanitários Indígenas (DSEIs), delimitados a partir de critérios epidemiológicos, geográficos e etnográficos. Cada DSEI está voltado para a atenção básica, ou seja, possui um aparato que permite o atendimento de casos simples, sendo os casos de maior complexidade deixados a cargo dos hospitais regionais.

O subsistema de saúde indígena era, até 2010, gerido pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Contudo, a partir de uma demanda do movimento indígena, desde essa

data, a gestão da saúde indígena passou às mãos de uma secretaria específica, vinculada diretamente ao Ministério da Saúde, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI).

Na SESAI há uma área técnica de saúde mental, a qual foi constituída por uma equipe de profissionais, entre eles, psicólogos, assistentes sociais, antropólogos e outros. Essa interdisciplinaridade ocorre tanto na sede quanto nos DSEIs, os quais planejam ações em saúde mental. Diversas frentes, baseadas em variadas metodologias, são elaboradas, de acordo com o contexto e a urgência de cada demanda. Levando em consideração a complexidade inerente ao tema, as práticas institucionais da SESAI em saúde mental ainda estão em gradativa e constante construção.

O tema *saúde das populações indígenas*, incluindo o subtema da *saúde mental*, passou a ter o olhar mais atento do Estado no fim da década de 1990 (Langdon, 2004) quando questões como o uso excessivo de álcool e substâncias psicoativas, bem como grande número de mortes por suicídio ganharam visibilidade por meio da mídia e pesquisas acadêmicas. Mas só em 2007, entrou em vigor a Portaria nº 2759 (Ministério da Saúde) que estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas.

Exemplo recente da situação de vulnerabilidade das populações indígenas são os novos dados do Mapa da Violência de 2014, que trazem como primeira posição do *ranking* em suicídios o município de São Gabriel da Cachoeira, com população majoritariamente indígena. A pesquisa revela que, entre 2008 e 2012, a taxa de suicídios na cidade foi de 50 casos por 100 mil habitantes, dez vezes maior do que a média brasileira. Entre os que se mataram, 93% eram índios. Além de São Gabriel da Cachoeira, outras cidades com presença massiva de populações indígenas estão nas primeiras posições da lista dos suicídios, como São Paulo de Olivença e Tabatinga, no Amazonas, Amambai, Dourados e Paranhos, no Mato Grosso do Sul. Outros dados que ratificam esse quadro estão no relatório do Conselho Indigenista Missionário (CIMI), lançado em Brasília em 17/07/2014 na sede da Conferência

Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), que reúne dados de violência sofrida por povos indígenas de todo o país, cujo resultado aponta para 73 suicídios cometidos por indígenas no Mato Grosso do Sul no ano de 2013. O número é o maior dos últimos 28 anos.

Diante desse cenário, é de suma importância compreender como tais temas – suicídio, alcoolização e outros – relacionados à saúde mental e à psicologia, têm sido contemplados e discutidos nas produções acadêmicas brasileiras referentes a povos indígenas. O presente trabalho teve, assim, por objetivo realizar um levantamento bibliográfico de artigos publicados nos últimos 13 anos (de 1999 a 2012) nas principais plataformas eletrônicas científicas brasileiras. Buscou-se também fazer um levantamento de dissertações e teses brasileiras defendidas no mesmo período (de 1999 a 2012) sobre esta temática. O propósito geral foi investigar, mapear e delinear o que foi e tem sido pesquisado no Brasil sobre o tema *saúde mental em contextos indígenas*.

METODOLOGIA

Para mapear a produção científica sobre saúde mental e populações indígenas no Brasil entre os anos de 1999 e 2012, foi realizado um levantamento bibliográfico de artigos, dissertações e teses publicados em plataformas virtuais conhecidas e consolidadas no meio acadêmico, sendo elas: Scielo (scielo.org.br) e Biblioteca Virtual em Saúde Psicologia Brasil – BVS-Psi (bvs-psi.org.br), Banco de Teses e Dissertações da Capes (bancodeteses.capes.gov.br) e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (bdtd.ibict.br).

O levantamento ocorreu em dois momentos distintos. No primeiro, realizou-se a busca de artigos científicos; no segundo, o de dissertações e teses. Além disto, o primeiro momento também foi subdividido em duas partes. Como o campo da saúde mental é um campo

essencialmente interdisciplinar, que conta com a participação de várias áreas do conhecimento e profissionais diferentes, como prevê as diretrizes da política de saúde mental no Brasil (Ministério da Saúde, 2004), o levantamento de artigos foi inicialmente realizado em uma plataforma pluridisciplinar (Scielo).

A plataforma Scielo é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção de periódicos científicos e disponibiliza, gratuitamente, os textos completos de artigos de inúmeras revistas científicas. Dentro das suas ferramentas de busca, é possível selecionar uma pesquisa restrita ao Scielo Brasil, que está vinculada somente a periódicos brasileiros. A pesquisa foi realizada nessa plataforma, visto que o objetivo deste trabalho era fazer um levantamento das produções brasileiras acerca do tema.

Por outro lado, considerando que a psicologia tem assumido um papel de extrema relevância e representatividade dentro das políticas e das ações em saúde mental no Brasil (Cantele, Arpini & Roso, 2012) e que este trabalho tem no seu referencial o olhar da psicologia, foi escolhida outra plataforma cujo recorte é exclusivo da área de psicologia (BVS-Psi). A plataforma Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) consiste em uma rede de fontes de informação online para a distribuição de conhecimento científico e técnico em saúde (medicina, enfermagem, psicologia e outras). Como apontamos, a pesquisa foi realizada na subplataforma da BVS chamada Biblioteca Virtual em Saúde Psicologia Brasil – BVS-Psi (bvs-psi.org.br), cujos periódicos e teses se restringem à área de psicologia. Isso possibilita observar como a psicologia brasileira tem tratado a temática da *saúde mental em contexto indígena* nas suas produções acadêmicas. A BVS-Psi divulga trabalhos de inúmeras bases

bibliográficas, como Index Psi técnico-científicas, Index Psi divulgação científica, PePsic, Lilacs¹ (para artigos) e Index Psi Teses (teses e dissertações).

No segundo momento do levantamento (de dissertações e teses), foram utilizados também dois tipos de plataformas: um, pluridisciplinar (CAPES e BDTD), e outro específico da Psicologia (Index Psi Teses, pertencente à base da BVS-Psi). A plataforma da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) coloca à disposição, no seu banco de teses, todos os trabalhos defendidos na pós-graduação brasileira ano a ano. Já a plataforma Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) é coordenada pelo Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (Ibict), que integra os sistemas de informação de teses e dissertações existentes nas instituições de ensino e pesquisa brasileiras, e também estimula o registro e a publicação de teses e dissertações em meio eletrônico.

O levantamento foi realizado em três períodos: de agosto/2012 a outubro/2012, foi explorada a plataforma Scielo Brasil. De abril/2013 a maio/2013, foram pesquisadas as bases bibliográficas da plataforma Biblioteca Virtual em Saúde Psicologia Brasil (Index Psi técnico científicas, Index Psi divulgação científica, Index Psi Teses, PePsic e Lilacs). E de agosto/2013 a setembro/2013, a pesquisa se deu nas plataformas Banco de Teses e Dissertações da CAPES e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações.

¹ **Index Psi técnico científicas** - Base de dados que reúne a literatura técnico-científica em Psicologia publicada em revistas, com acesso ao texto completo quando disponível em um portal reconhecido com mais de 42.000 artigos.

Index Psi divulgação científica - Base de dados referencial cobrindo a literatura de divulgação científica em Psicologia e áreas afins. Inclui mais de 2.487 referências e resumos de artigos de 9 revistas brasileiras publicadas desde 1983.

PePsic - Periódicos Eletrônicos em Psicologia - Reúne uma coleção de revistas científicas em Psicologia e áreas afins e mais de 12.778 artigos em texto completo.

Lilacs - LILACS é um índice bibliográfico da literatura relativa às ciências da saúde a partir de 1982. Em 2009, o LILACS atinge 500.000 mil registros bibliográficos de artigos publicados em cerca de 1.500 periódicos em ciência da saúde, das quais aproximadamente 800 são atualmente indexadas.

Index Psi teses - Contém informações de mais de 7.000 dissertações e teses defendidas no Brasil na área de Psicologia, possibilitando o acesso ao texto integral quando disponível.

Foram utilizados 3 grupos de descritores e correlatos, gerando um total de 62 combinações de busca. No primeiro grupo de descritores foi utilizado o descritor *saúde mental* e 26 correlatos. Foram eles: *saúde, mental, doença mental, transtorno mental, adoecimento psíquico, sofrimento psíquico, psíquico, psicologia, psiquiatria, psicopatologia, suicídio, Caps, álcool, alcoolismo, cirrose, depressão, transtorno de ansiedade, esquizofrenia, psicose, substâncias psicoativas, drogas, violência, manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, DSM, classificação internacional de doenças e CID*.

No segundo grupo de descritores foram utilizados os termos *índio* e *indígena*, que foram buscados isoladamente e também combinados a todos os descritores do primeiro grupo.

No terceiro grupo foi utilizado o termo *etno* seguido de termos vinculados a áreas da saúde mental. Foram eles: *etnopsicologia, etnopsiquiatria, psicologia etnologia, etnologia psíquica, etnologia psíquico, etnologia psicológica*. As buscas deste terceiro grupo foram feitas sem a combinação com descritores do primeiro e/ou segundo grupo.

A combinação entre os descritores do primeiro e segundo grupos, adicionada aos descritores do terceiro grupo, resultou em 62 buscas, realizadas identicamente e na mesma ordem em cada plataforma.

Foram encontrados, inicialmente, 406 artigos nas plataformas Scielo Brasil e 5104 na BVS-PSI. Já o número de dissertações e teses foram os seguintes: 573 na base da CAPES, 1513 no BDTD e 44 no Index-Psi Teses. A seleção dos trabalhos relevantes à pesquisa foi feita a partir da leitura dos resumos de cada artigo, dissertação e tese encontrados na busca. Aqueles trabalhos que não se referiam à saúde mental indígena, ou se referiam apenas a questões de saúde mental ou apenas a populações indígenas sem vínculo com a saúde mental, foram descartados. Foram descartados também artigos que não tratassem de populações indígenas brasileiras. E, por último, as aparições repetidas de artigos, dissertações e teses.

Na plataforma Scielo Brasil, sobraram apenas 25 artigos dentro do tema, porém com 16 repetições, restaram apenas 8 ao final.

Nas bases bibliográficas da plataforma BVS-Psi Brasil, encontramos os seguintes resultados: na plataforma Index Psi Técnico Científicas 70 artigos, restando somente 3 referentes ao tema pesquisado; na plataforma Index Psi Divulgação Científica, nenhum artigo foi encontrado; na plataforma PePsic foram encontrados 52 artigos, sendo apenas 5 relacionados ao tema (porém todos repetidos de outras plataformas, sendo portanto descartados); na plataforma Lilacs, cuja base de dados é a maior dentre as plataformas, foram encontrados 4982 artigos, cujos resumos foram todos lidos, para se chegar ao número de 94 artigos relacionados ao tema. Contudo, após a exclusão dos repetidos, e de acordo com os critérios de seleção utilizados, apenas 3 artigos foram selecionados.

Abaixo, são apresentadas duas tabelas-resumo do levantamento realizado. A primeira mostra o número total de artigos encontrados em cada plataforma, seguido do número de artigos afinados ao tema, e por fim, o número final de artigos considerados, após a exclusão dos repetidos. A segunda retrata os resultados do levantamento das teses e dissertações segundo os mesmos critérios.

Tabela 1 - Levantamento de artigos

	Plataforma pluridisciplinar	Plataformas que contemplam publicações da área de psicologia				Total
	Scielo Brasil	Index Psi Técnico Científicas	Index Psi Divulgação Científica	PePsic	Lilacs	
Número de artigos encontrados	406	70	0	52	4982	5510
Artigos dentro do tema	25	14	0	5	94	138
Total de artigos selecionados (excluídas as repetições)	8	3	0	0	3	14

Tabela 2 - Levantamento de teses e dissertações

	Plataformas que contemplam áreas diversas		Plataforma que contempla publicações da área de psicologia ²	Total
	Capes	BDTD	Index psi Teses	
Número de teses e dissertações encontradas	573	1513	44	2130
Teses e dissertações dentro do tema	5	29	14	48
Total de teses e dissertações selecionadas (excluídas as repetições)	2 (1 dissertação e 1 tese)	3 (dissertações)	2 (teses)	7

Ao todo, restaram 14 artigos (8 da plataforma pluridisciplinar e 6 das plataformas com o recorte da Psicologia), bem como 7 dissertações e teses, sendo 5 de plataformas pluridisciplinares (4 dissertações e uma tese) e 2 teses de plataforma com recorte da Psicologia.

Foi realizada uma leitura minuciosa desses artigos, dissertações e teses, a partir da qual foram levantados os seguintes dados: ano de publicação; etnia do grupo pesquisado; país e Estado/região onde a pesquisa foi realizada; sexo dos participantes da pesquisa (feminino, masculino, ambos ou não especificado); faixa etária dos participantes da pesquisa (criança, jovem/adulto, idoso, todos ou não especificado); tipo de trabalho (teórico ou empírico); tema/objeto do artigo; problematização (ou não) do conceito de *saúde mental* (e, em caso positivo, como foi realizada); problematização (ou não) do conceito de *índio* (e, em caso positivo, como foi realizada); utilização (ou não) de critérios do DSM; consideração (ou não) de questões psíquicas/subjetivas/psicológicas no estudo; participação (ou não) de psicólogos no estudo. Em relação às teses e dissertações também foi observado em que instituição de ensino o trabalho foi realizado.

² Observa-se que na busca de teses e dissertações contou-se apenas com uma plataforma para publicações restritas à área de psicologia. Isso se deve a inexistência de outras plataformas que fazem este recorte.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A distribuição dos 14 artigos brasileiros que tocam o tema *saúde mental em contextos indígenas brasileiros*, publicados entre os anos de 1999 e 2012, se deu na seguinte frequência ao longo do tempo:



Figura 1. Quantidade de artigos publicados sobre o tema *saúde mental em contextos indígenas brasileiros* entre os anos de 1999 e 2012

Na Figura 1 é possível observar que a publicação de artigos relativos à *saúde mental em contextos indígenas* começou a aparecer somente em 2006, sendo que os anos de 2007, 2011 e 2012 foram os de maior destaque em publicações acerca do tema. Em 2007 ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental Indígena, promovida pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Além disso, foi por meio desse evento que as bases da Portaria n° 2759 do Ministério da Saúde foram elaboradas, estabelecendo as Diretrizes Gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas. É neste momento, com a implantação de uma política de saúde para populações indígenas, que o tema *saúde mental em contextos indígenas* começou a ganhar visibilidade no Brasil.

Em relação às etnias pesquisadas, 50% dos artigos (7 artigos) não cita a etnia sobre a qual realizaram a pesquisa. Isso acontece por alguns motivos: ou o artigo se refere a indígenas

de determinada região – por exemplo, Alto Rio Negro – e não se especifica a(s) etnia(s) envolvidas, ou porque se trata de um artigo teórico referente aos indígenas brasileiros, de maneira geral. Os outros 50% trataram das seguintes etnias: Karajá (1), Krahô (1), Karitiana (1), Potiguara (1), Guarani (3). Observa-se que a etnia mais pesquisada é a Guarani, dado que reflete a maior visibilidade que esse grupo tem tido na mídia e nas organizações pró-indígenas. Diante da condição de extrema vulnerabilidade em que se encontram, cada vez mais confinados em pequenos territórios, pressionados pelo agronegócio, convivendo com altos índices de suicídio e violência, esses índios têm despertado também um olhar mais consistente de pesquisadores devido à condição de extremo desamparo a que estão submetidos.

A Figura 2 abaixo mostra a distribuição dos artigos de acordo com a região onde a pesquisa foi realizada. Na Região Norte, encontramos 7 artigos, sendo 3 referentes ao Estado do Amazonas, 2 específicos da Região do Alto Rio Negro, 1 referente a Rondônia e 1 ao Tocantins. Na região Nordeste, temos 1 artigo referente ao Estado da Paraíba. No Centro Oeste temos 1 artigo relativo ao Estado Mato Grosso do Sul. No Sudeste temos 1 artigo concernente ao Estado de São Paulo e na Região Sul, 1 artigo relativo ao estado de Santa Catarina. Os 3 artigos restantes não citam nenhuma região específica por discutirem questões em nível nacional ou por serem estudos teóricos sem referências a uma região específica.

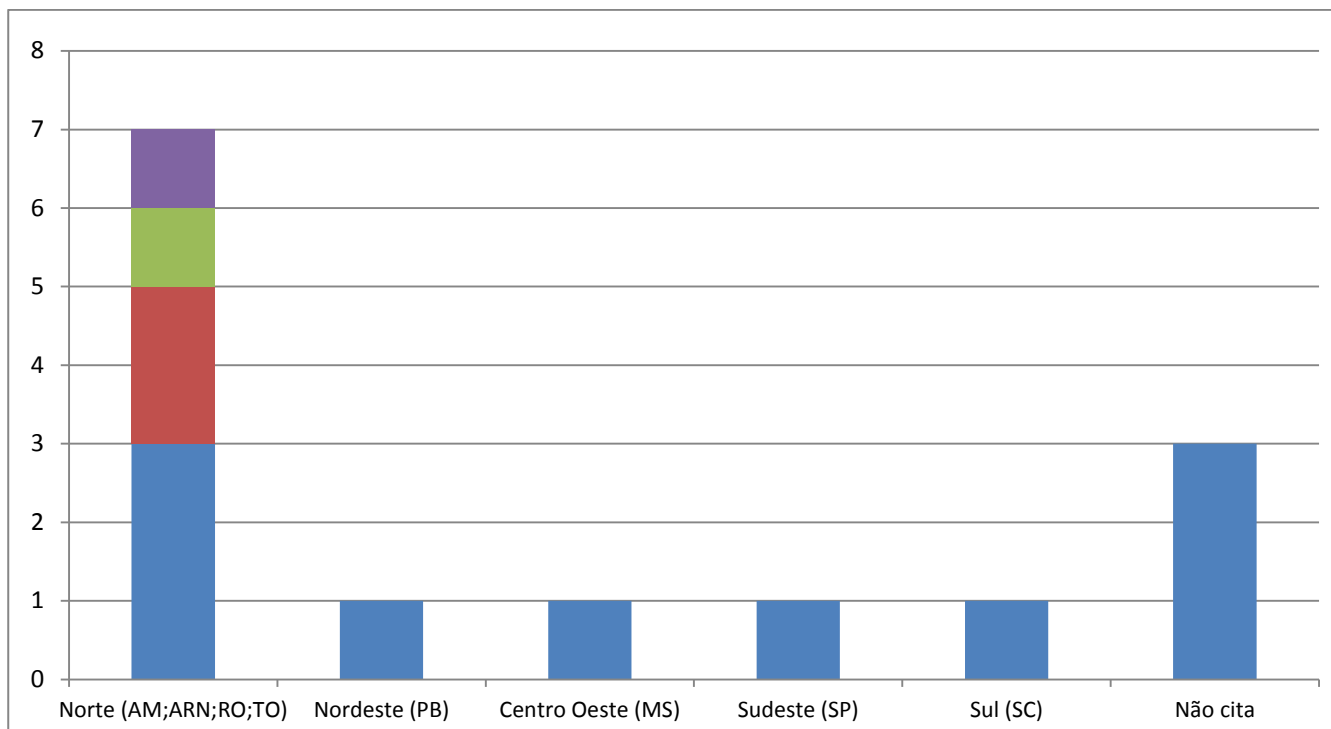


Figura 2. Distribuição dos artigos de acordo com a região brasileira onde a pesquisa foi realizada

De acordo com esses dados, é possível observar que a Região Norte, principalmente a região amazônica, tem sido a região com maior número de publicações acerca do tema *saúde mental no contexto indígena*.

Em relação à característica *sexo*, os artigos apareceram da seguinte maneira: 1 artigo trata exclusivamente dos homens, 7 se referem a ambos os sexos, 6 não citam um público específico e nenhum se dedica exclusivamente às mulheres.

Levando em consideração o processo de contato pelo qual passou e têm passado alguns destes povos, e os problemas levantados pelas diferenças culturais, dentre elas os aspectos daquilo que em nossa cultura se denomina *gênero*, pode-se apontar a falta de discussões acerca destes aspectos e *saúde mental em contextos indígenas*.

Na característica *faixa etária*, os resultados foram: 2 artigos relacionados a crianças, 2 relacionados a jovens/adultos, 0 relacionados ao idoso, 5 artigos abrangendo todas as idades e 5 artigos que não fizeram referência a faixa etária.

Pode-se pensar em algumas hipóteses para estes dados: os estudos em *saúde mental em contextos indígenas* ainda são tão incipientes que não permitem um recorte desse tipo, ficando restritos a discussões generalistas em relação à faixa etária. Da mesma forma, pode-se pensar que a categoria *faixa etária* (da forma marcada como a compreendemos) diz respeito a uma elaboração não indígena que não encontra muito sentido nos contextos indígenas, e por isso não é abordada.

Na Figura 3 a seguir, temos a distribuição dos artigos de acordo com a modalidade da pesquisa: de campo ou teórica. Observamos que a minoria é teórica (5) em relação aos trabalhos com pesquisa de campo (9).

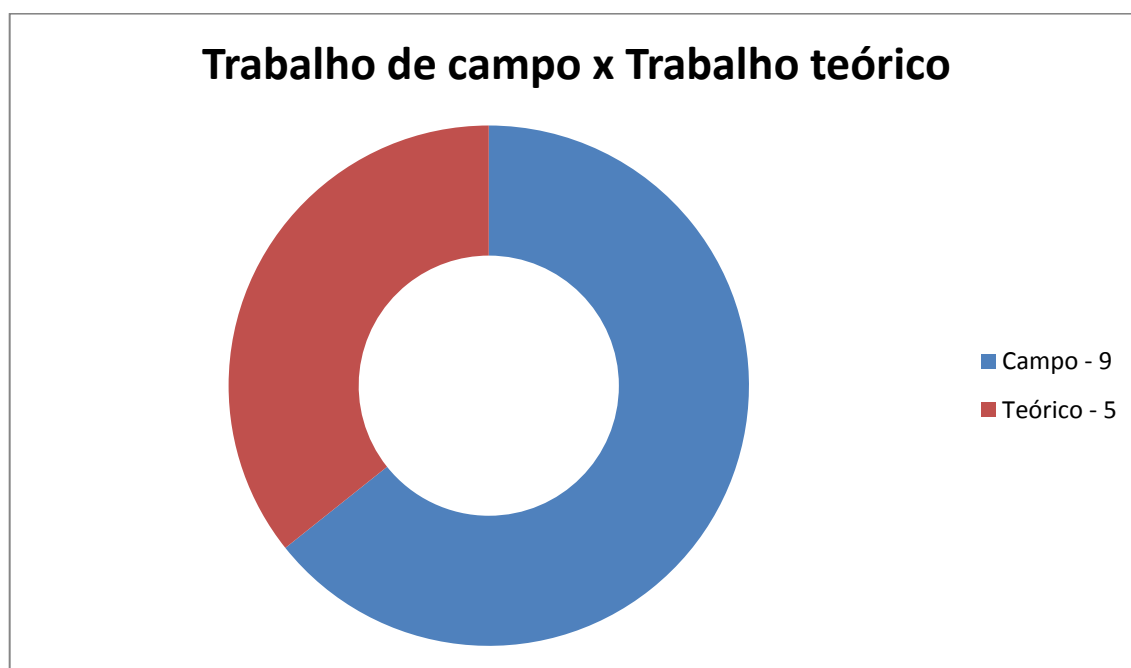


Figura 3. Distribuição dos artigos de acordo com a modalidade de pesquisa: campo e teórico

Por um lado, esse resultado reflete a urgência das demandas indígenas que, muitas vezes, têm interesse que profissionais estejam em campo. Porém, a partir da análise crítica dos artigos, observou-se a necessidade de maior aprofundamento e questionamento teórico dos pressupostos epistemológicos das pesquisas voltadas para o tema em foco. Muitos outros países, tais como Canadá, França, Portugal, Estados Unidos, Itália e Reino Unido, têm desenvolvido uma ampla discussão teórica em relação à saúde mental e diversidade cultural

(Lechner, 2009). Nesses países, por meio de algumas universidades³, a temática *sofrimento/aflição* tem sido debatida a partir das contribuições da psiquiatria transcultural e da etnopsiquiatria, cujas reflexões se propõem a problematizar critérios diagnósticos fixos descolados da vivência cultural e da valoração que cada grupo tem acerca do seu adoecimento.

Levando em conta a baixa produção teórica acadêmica sobre o tema, torna-se fundamental a criação de políticas públicas de incentivo, para que seja possível não apenas o estudo de campo sobre e com os povos específicos que vivem no Brasil, mas também que haja um impacto do reconhecimento destas diversidades no arcabouço epistemológico que possuímos para pensar a saúde mental. Ou seja, que sejam criadas condições para se (re)pensarem os conceitos de *saúde mental e indígena*, problematizando-os em uma constante conversação com as especificidades dos trabalhos de campo realizados.

Na Figura 4, abaixo, verifica-se a porcentagem de artigos que contaram com a presença de psicólogos como pesquisadores. Essa característica foi observada, visto que um dos objetivos deste trabalho é constatar como tem sido a produção científica da área de psicologia quando se trata de questões indígenas. O resultado indica que metade dos artigos contou com pesquisadores psicólogos junto a pesquisadores de outras áreas da saúde mental, como antropólogos, psiquiatras e enfermeiros. A outra metade dos artigos encontrados foi fruto de pesquisas de outras áreas (psiquiatria e antropologia) sem envolvimento de psicólogos.

³ McGill – Canadá; Ceas/ISCTE- Portugal; Berkeley – EUA; Paris 13 – França; Paris VIII – França; Universidade de Turim – Itália; University College London – Inglaterra; Harvard – EUA; entre outras.



Figura 4. Porcentagem dos artigos que contaram com a presença de psicólogos como pesquisadores

Esse dado reflete a pouca adesão do profissional psicólogo diante das demandas de saúde mental nas populações indígenas. Mesmo a psicologia sendo um campo de extrema importância no conjunto de disciplinas que compõem a saúde mental, os profissionais psicólogos ainda não se sobressaem como pesquisadores dessa área. Isto aponta para uma falha na formação acadêmica desse profissional, diante de demandas relativas à diversidade étnica e cultural. Os currículos universitários raramente possuem disciplinas que discutam o tema. Levando em consideração a diversidade étnica no Brasil e as demandas crescentes, nos últimos anos, pelo olhar da saúde mental em contextos indígenas, é indispensável que haja inclusão destes debates nos cursos de graduação em Psicologia, bem como sensibilização dos profissionais já formados e formação específica para aqueles que queiram trabalhar neste campo.

No que diz respeito às questões psíquicas/subjetivas/psicológicas, observa-se que a minoria dos artigos, apenas 5, citam a influência das questões subjetivas nas suas discussões. Estes 5 artigos foram encontrados nas bases bibliográficas da BVS-Psi. Cabe observar que as próprias categorias de *saúde mental* e *aspectos psíquicos/subjetivos/psicológicos* são

construções que partem de um modelo explicativo ocidental que pode ou não encontrar consonância com os modelos de explicações indígenas (Stock, 2010).

A Figura 5, a seguir, indica o número de artigos que problematizam o conceito de *saúde mental*. Essa figura talvez seja uma das mais emblemáticas desta pesquisa, pois mostra que apenas 1 artigo da amostra encontrada discute o conceito de *saúde mental*, enquanto os demais sequer o citam.

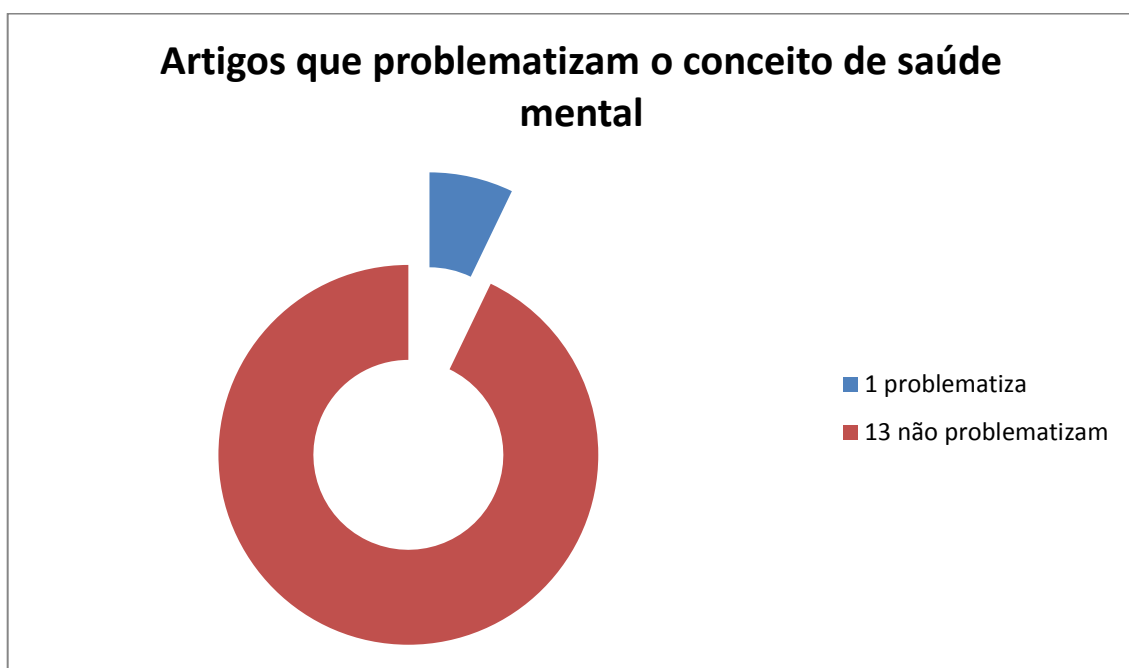


Figura 5. Número de artigos que problematizaram o conceito de *saúde mental*

Esse dado aponta como o conceito de *saúde mental* é tomado de maneira reificada na grande maioria das publicações. Observou-se que a maioria dos estudos tratou as questões de saúde mental como algo dado, fixo, e não como uma construção localizada culturalmente para uma resposta a demandas sociais.

Como afirma Kleinman (1973), Littlewood (1990), Martinez-Hernández (2000), Kirmayer (2006), Esperanza (2011) e outros autores que problematizam as categorias psiquiátricas, a partir do momento em que se passa a explicar o *mental* a partir de um aparato lógico e semiológico importado de um saber organicista, tende-se a se afirmar que tudo aquilo referente ao *mental* também tenha seu correlato orgânico, palpável, explícito, e despreze

outras influências, como momento histórico, condições sociais, vivências culturais, entre outros.

O artigo mostra como o uso da categoria *saúde mental* pode ser problemático, já que aspectos que facilmente seriam remetidos à área de saúde mental em nossa sociedade, como dependência de álcool e drogas, suicídio e uso de psicofármacos, não são tão evidentes em populações indígenas, exigindo cuidados éticos e culturais (Vianna, Cedaro & Ott, 2012). Contudo, mesmo que este estudo aponte para a problematização da reificação de conceitos ocidentais, ele também parte de pressupostos ancorados em categorias ocidentais para mapear o contexto da saúde mental indígena brasileira, visto que não há possibilidade de pensar essas questões nos despidendo de categorias.

No que diz respeito ao número de artigos que problematizam o conceito de *índio* e *indígena*, temos o mesmo cenário anterior. Apenas 1 artigo discute tal conceito (o mesmo que problematizou o conceito de *saúde mental*), mostrando como, na maioria das vezes, o conceito de *indígena* é visto de maneira homogênea, desconsiderando suas especificidades enquanto povos diversos e heterogêneos.

Em relação ao número de artigos que se utilizam (explicitamente ou implicitamente) dos critérios do DSM, observa-se certo equilíbrio entre aqueles que os usam para embasar suas discussões – 6 artigos – e aqueles que mostram um esforço multidisciplinar para orientar seus posicionamentos – 8 artigos, considerando a influência e dinâmica cultural para explicações dos fenômenos. Estes artigos, apesar de recorrerem a outros sistemas explicativos para discorrerem sobre aspectos vinculados à *saúde mental em contextos indígenas*, não problematizam em si o conceito de *saúde mental* (com exceção de um), como se esta fosse uma instância preexistente, “ateórica”, sem necessidade de contextualização.

O uso indiscriminado e sem reflexão dos critérios do DSM diante do sofrimento psíquico indígena traz à tona a discussão, proposta por vários autores, ao longo de várias

décadas, como Yap (1951, 1974), Kleinman (1980,1991), Littlewood (1990), Martinez-Hernández (2000), Kirmayer (2006, 2009), Lechner (2009), Neto & Calazans (2012). Eles mostram a importância de se problematizarem categorias advindas de modelos explicativos ocidentais que não encontram ressonância em modelos explicativos encontrados em outros contextos culturais.

A Figura 6, a seguir, traz a distribuição dos 14 artigos brasileiros de acordo com o tema abordado por cada um. Foram encontrados 5 temas na análise dos artigos, distribuídos da seguinte maneira: 2 sobre suicídio, 7 abordam o uso do álcool, 1 trata do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), 2 discutem tipos de avaliação psicológica e 2 abordam o uso de substâncias psicoativas dentro de aldeias, sendo 1 sobre medicamentos e outro sobre plantas.

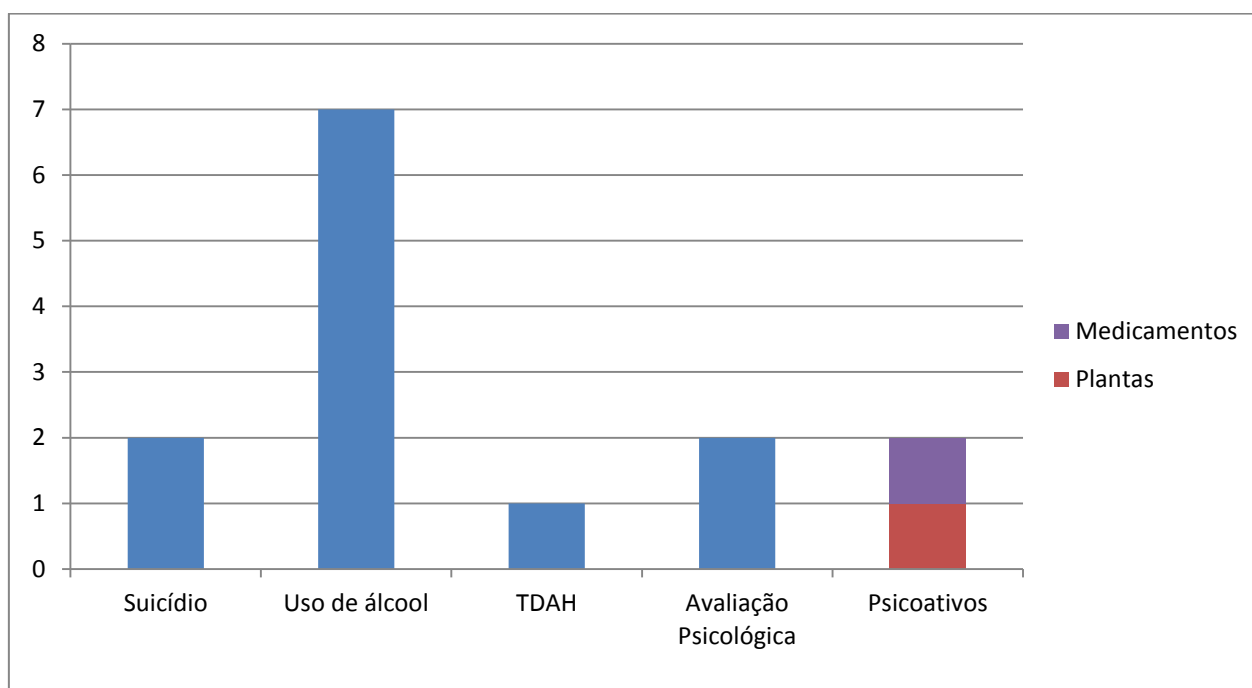


Figura 6. Distribuição dos artigos de acordo com o tema

No primeiro tema, *suicídio*, foram encontrados 2 artigos. O primeiro deles (Souza & Orellana, 2012) visa descrever, utilizando os dados do sistema de informação do SUS, as características e as taxas brutas de mortalidade por suicídio no período de 2000 a 2007, em

São Gabriel da Cachoeira, no Amazonas, estado onde há maior número de indígenas autodeclarados. O estudo mapeou que, durante o período investigado, 97,7% dos suicídios registrados ocorreram entre indígenas (a maioria homens solteiros, por enforcamento) e concluiu que os contextos indígenas no Brasil apresentam um perfil de suicídios bem específico e discrepante do restante dos segmentos sociais. O artigo apresenta um foco exclusivamente estatístico e, como na maioria dos artigos levantados, não discute o conceito de *saúde mental*, nem o conceito de *indígena*, utilizando-se, sem questionamentos, dos critérios do DSM.

O segundo deles (Grubits & Noriega, 2011) tenta compreender alguns motivos que levam jovens Guarani Kaiowá no Estado do Mato Grosso do Sul a cometerem suicídio em um índice bem maior se comparado à sociedade não indígena. O artigo não discute o conceito específico de *saúde mental* nem o conceito de *indígena*, e não utiliza os critérios do DSM para pensar o suicídio entre os Guarani, valendo-se de critérios culturais e históricos para pensar o fenômeno.

O artigo é um dos poucos que trazem a influência de questões psíquicas/subjetivas/psicológicas nas suas discussões, talvez por serem da área de psicologia e saúde mental.

Dentro do tema *uso de álcool*, observamos o maior número de artigos encontrados. Dado muito relevante, pois indica claramente um dos maiores problemas que os povos indígenas têm enfrentado nas últimas décadas. Trata-se de uma área que claramente necessita de incentivos de políticas públicas para a realização de pesquisas que contribuam para a discussão do tema.

O primeiro artigo (Vianna, Cedaro & Ott, 2012) busca analisar os problemas relacionados ao uso do álcool entre os Karitiana (RO), visando compreender os modos de se utilizar a bebida e observando os aspectos psicológicos envolvidos nesse processo.

O artigo trabalha em uma perspectiva multidisciplinar e tenta pensar possibilidades de atuação do psicólogo entre populações indígenas, considerando, assim, a influência de aspectos psíquicos no processo de alcoolização. Este é o único artigo do levantamento que problematiza o conceito *saúde mental*, discutindo de maneira crítica a equivalência indiscriminada de conceitos entre culturas diferentes. Trata-se, também, do único artigo que problematiza o conceito de *indígena*, ressaltando a importância de se observar a pluralidade de povos no país e as significativas diferenças entre suas cosmologias.

O segundo artigo (Guimarães & Grubits, 2007) tenta trazer a relação entre *alcoolismo* e *violência* entre povos indígenas do Brasil. O estudo discute a complexidade e as interfaces do alcoolismo, ressaltando a grande influência da vivência cultural no consumo e nos efeitos do álcool. O artigo não problematiza o conceito de *alcoolismo*, nem de *indígena* e em nenhum momento cita o termo *saúde mental*. Nesse sentido, o artigo não se preocupa em questionar a validade relativa dessas categorias para outras culturas, como as diversas etnias presentes no país.

O terceiro artigo (de Melo, Maciel, de Oliveira & Silva, 2011) teve como objetivo a obtenção de dados a respeito do uso/abuso do álcool na população indígena Potiguara (PB), com o intuito de contribuir para um maior conhecimento desta população e auxiliar os órgãos competentes na implantação de serviços de atenção básica à saúde. A amostra foi composta por 55 índios, de ambos os sexos, maiores de 18 anos. Para a coleta de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada. Na análise dos dados foi utilizado o *software* SPSS e a Análise de Conteúdo Temática. Os resultados foram os seguintes: 41,8% da amostra têm pelo menos um membro da família que faz uso de álcool em idade precoce, estando desvinculado da cultura e de rituais; e 27,3% se queixa sobre o uso de bebida e afirma que a bebida traz problemas à família. Segundo as autoras, os resultados permitem afirmar que já existe um consumo

abusivo entre os Potiguara. Esse artigo, apesar de trazer para a pauta o adoecimento psíquico, não cita nem problematiza o conceito de *saúde mental*, nem de *indígena*.

O restante dos artigos que tratam do tema *uso de álcool* são pesquisas realizadas por, praticamente, os mesmos autores (Souza & Garnelo, 2006, 2007; Souza, Schweickardt & Garnelo, 2007; Souza, Deslandes & Garnelo, 2010) e possuem um eixo que se ramifica em torno da ideia da desconstrução da categoria *alcoolismo*. O primeiro deles (Souza & Garnelo, 2006) está mais voltado para a desconstrução teórica dessa categoria, com o objetivo de não utilizá-la no sentido do senso comum para que a discriminação dos povos indígenas não seja reforçada. O segundo deles (Souza & Garnelo, 2007), mesmo seguindo o eixo da desconstrução da categoria, trouxe o foco para o processo de alcoolização entre indígenas do Alto Rio Negro (AM), tentando compreender o que, como e quando se bebe, no intuito de entender a interpretação nativa sobre o fenômeno. Já o terceiro (Souza, Schweickardt & Garnelo, 2007), utilizou-se de um instrumento/questionário entre os índios do Alto Rio Negro com o objetivo de se levantar o processo de alcoolização dessas populações e, a partir daí, desconstruir as noções universalistas do uso de álcool. Por último, o quarto artigo (Souza, Deslandes & Garnelo, 2010), a partir de uma pesquisa etnográfica, se focou nas interações entre os atuais modos de vida e de beber de um pequeno grupo de uma populosa aldeia no Alto Rio Negro, para então demonstrar como a categoria *alcoolismo* carrega em si um viés reducionista para a explicação do fenômeno.

Esses artigos, apesar de não problematizarem o conceito de *saúde mental* e *indígena*, possuem um posicionamento mais crítico diante dos critérios reducionistas e universais biomédicos ao se esforçarem na desconstrução da categoria *alcoolismo*, propondo, no seu lugar, o termo *alcoolização*. Este termo busca diminuir a carga patológica do uso do álcool e procura considerar as formas de beber em uma perspectiva ontológica/existencial.

Em relação ao tema *Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)*, obteve-se 1 artigo (Azevêdo, Caixeta, Andrade & Bordin, 2010), o qual se refere a um estudo produzido para investigar a possibilidade de sintomas do TDAH entre crianças Karajá na Amazônia Legal Brasileira, na Ilha do Bananal, e estimar a prevalência dos sintomas do TDAH entre as pessoas de 7-16 anos de idade. Foram entrevistados, por um psiquiatra infantil, 53 pais de crianças das cinco aldeias mais populosas. Como resultado, os pesquisadores observaram que “13 pais se referiram à tríade sintomatológica clássica do TDAH (*desatenção, hiperatividade e impulsividade*)” (p. 4) e concluíram que “o TDAH é um construto clinicamente relevante na população indígena Karajá” (p. 5).

Nesse artigo, o conceito de *saúde mental* não é sequer mencionado nem problematizado, tampouco o conceito de *Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade*, que é apresentado de maneira reificada, tendo como referência exclusivamente os critérios do DSM, sem qualquer reflexão crítica desses critérios.

No tema *Avaliação Psicológica* foram encontrados dois artigos. Ambos tentam pensar possibilidades de aplicação de instrumentos psicológicos em populações indígenas, porém com diferentes enfoques. No primeiro deles (Bonfim, 2011), questiona-se quais instrumentos teórico-técnicos um psicólogo clínico poderia utilizar quando busca compreender o fenômeno psicológico em uma relação interétnica. A partir disso, propõe um instrumento – Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO) – como um instrumento possível, devido sua abrangência, para avaliar indivíduos de grupos culturalmente diversos. A autora fala de *saúde psíquica*, mas não problematiza esse conceito, tampouco o de *saúde mental e indígena*.

O segundo artigo (Andrade & Bueno, 2007) teve o objetivo de investigar a influência da *cultura* sobre o desempenho cognitivo. Para tal, foram utilizados alguns testes (Desenho com Cubos, Blocos de Corsi, Dígitos e Nomeação de Figuras) em 24 pessoas (12 indígenas e 12 não indígenas (moradores da periferia de São Paulo) da mesma faixa etária e nível

educacional. Segundo os autores, os resultados quantitativos não demonstraram diferenças significativas entre os grupos, porém, concluíram que houve uma tendência estatística dos indígenas mostrarem maior domínio das tarefas visuais e motoras, e os não indígenas das tarefas verbais. Dessa forma, o estudo sugere que é possível que o grupo indígena use a cognição de forma mais concreta e intuitiva, em função do estilo peculiar de vida, das habilidades desenvolvidas, associado à baixa escolaridade. Esse artigo utiliza os critérios do DSM e não discute o conceito de *saúde mental*, tampouco conceitos bastante questionáveis que aparecem com frequência ao longo do texto tais como: *indígena*, *aculturado*, *cultura* e *cognição*, assumindo-os como “evidentes”, ou seja, como se tais conceitos fossem fixos e autoexplicáveis, sem necessidade de contextualização teórica e epistemológica.

No tema *Psicoativos*, foram encontrados dois artigos, sendo que um deles discute algumas plantas com possíveis ações psicoativas utilizadas pelos índios Krahô (Rodrigues & Carlini, 2006), e o outro trata do uso de medicamentos em uma aldeia Guarani do litoral de Santa Catarina (Diehl & Grassi, 2010). O primeiro deles teve por objetivo principal documentar plantas utilizadas pelos índios Krahô (TO) em rituais de cura, principalmente aquelas com potenciais ações psicoativas. Os resultados foram comparados a um levantamento bibliográfico sobre plantas psicoativas utilizadas por outras 25 etnias brasileiras. Por dois anos, foi realizado trabalho de campo utilizando-se métodos da antropologia e botânica. Sete xamãs foram entrevistados e indicaram 98 receitas preparadas para 25 usos diferentes, como: “para evitar ficar louco”, “estimulante”, “para diminuir tremores”, “para dormir por mais tempo”, “para abrir a cabeça”, entre outros. A pesquisa concluiu que a terapêutica utilizada pelos Krahô para combater males psicológicos/psiquiátricos a partir de plantas é bem complexa e, a partir de novos estudos, podem enriquecer a psiquiatria com novos medicamentos fitoterápicos, que são raros para esse tipo de tratamento. O artigo não problematiza o conceito de *saúde mental*, tampouco o que são “males psicológicos” e

psiquiátricos para os Krahô, demonstrando pouca reflexão acerca dos problemas relacionados à tradução cultural.

O segundo artigo investigou o consumo de medicamentos entre os índios Guarani de uma aldeia no litoral de Santa Catarina, a partir da identificação dos medicamentos prescritos e da percepção do uso dos mesmos pelos Guaranis. Foram analisados seis meses de prescrição médica, com um resultado de 458 medicamentos indicados em 236 consultas, sobressaindo-se os medicamentos para tosse, resfriado, diarreia, analgésicos, anti-helmínticos e psicotrópicos. Embora as discussões envolvessem outras referências e critérios além daqueles estabelecidos pelo DSM, o conceito de *saúde mental* não é discutido, tampouco o conceito de *indígena*, como na maioria das publicações encontradas.

No segundo momento de pesquisa, busca por teses e dissertações dentro do tema *saúde mental em contextos indígenas*, o resultado foi ainda menor (7) que na busca por artigos (14). Abaixo segue uma tabela-resumo contemplando alguns itens levantados nesses estudos: título do trabalho; se consiste em tese ou dissertação; instituição onde a pesquisa foi publicada e área de concentração; ano de publicação; etnia do grupo pesquisado; Estado onde a pesquisa foi realizada; sexo e faixa etária dos participantes da pesquisa.

Tabela 3 - Características das teses e dissertações encontradas

Distribuição das teses e dissertações							
Título	T/D e Plataforma	Instituição / Área de concentração	Ano	Etnia pesquisada	Estado / região de pesquisa	Sexo	Faixa Etária
Visóneu: uma reflexão sobre o idoso Terena, da aldeia Tereré, através do Rorschach	Diss. / BDTD	Universidade Católica Dom Bosco/MS. UCDB. Psicologia.	2004	Terena	MS	Ambos	Idoso
A alegria é a prova dos nove: o devir-ameríndio no encontro com o urbano e a psicologia	Diss. / BDTD	Universidade Federal do Rio Grande do Sul/ UFRGS. Psicologia	2010	Kaingang	RS	Ambos	Todas
Krahô, Cupen, Turkren: o uso de bebidas alcóolicas e as máquinas sociais primitivas	Diss. / BDTD	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. PUC/SP. Ciências Sociais.	2001	Krahô	TO	Ambos	Todas
YPOTRAMAÉ: Uma compreensão junguiana da iniciação do Pajé	Diss./Capes	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. PUC/SP. Psicologia.	2012	Kamaiurá	MT	Ambos	Todas
Prevalência de problemas de saúde mental em populações de crianças e adolescentes indígenas Karajá da Amazônia brasileira	Tese/Capes	Universidade Federal do Goiás/UFG. Ciências da Saúde.	2012	Karajá	AM	Ambos	Criança/ adolescente
Saúde mental e sofrimento psíquico de indígenas Guarani-Mbyá de São Paulo: um relato de experiência	Tese/Index Psi	Universidade de São Paulo/ USP. Psicologia.	2010	Guarani Mbyá	SP	Ambos	Todas
Encontro com o povo Sateré-Mawé para um diálogo Intercultural sobre a loucura	Tese/Index Psi	Universidade de São Paulo/ USP. Psicologia.	2010	Sateré Mawé	AM	Ambos	Todas

A partir da Tabela 1, pôde-se observar que, diferentemente do levantamento de artigos, a maioria dos trabalhos são relacionados à área de psicologia, mesmo dentro das plataformas que tratam de áreas gerais. Este dado indica que os programas de pós-graduação em psicologia no Brasil, mesmo que ainda em pequena escala, têm aberto possibilidades para a discussão em *saúde mental em contextos indígenas*. É possível ainda observar que, dentre os sete trabalhos apresentados, quatro são pesquisas realizadas por universidades do Estado de São Paulo, dado que, talvez indique, maior incentivo das instituições acadêmicas desse Estado para pesquisas com povos indígenas e a interface com a saúde mental⁴.

Os dados referentes ao *sexo* dos sujeitos pesquisados foram generalistas, não havendo nenhum recorte de gênero, demonstrando, assim como nos artigos, a falta de discussões acerca daquilo que nomeamos *gênero* vinculado à *saúde mental em contextos indígenas*.

Em relação à *faixa etária*, apenas 2 trabalhos selecionaram uma parcela específica dentre o grupo pesquisado: idosos (Cardoso, 2004) e crianças e adolescentes (Borges, 2012).

Os dados referentes a *etnia* e *região*, demonstraram uma variedade de grupos e locais pesquisados, indicando a multiplicidade de povos e regiões, de norte a sul do país, que demandam um olhar cuidadoso de pesquisadores da área de saúde mental.

Em relação à natureza de cada trabalho, observou-se que apenas 1 deles foi teórico, sendo as demais produções discussões realizadas a partir de pesquisa de trabalho de campo. Assim como nos artigos, observa-se a necessidade de maiores produções de cunho teórico nessa área com o objetivo de discutir e problematizar a gama de fatores que envolvem a complexa temática da *saúde mental em contextos indígenas*.

Quanto ao tema de cada trabalho encontrado, podemos classificá-los da seguinte maneira, como mostra o gráfico a seguir:

⁴ Cabe ressaltar que a discussão entre psicologia e povos indígenas no Estado de São Paulo não foi proveniente apenas do âmbito acadêmico. O CRP/SP publicou em 2010 um livro intitulado *Psicologia e povos indígenas*, com capítulos de diversos autores que discutem essa interface.

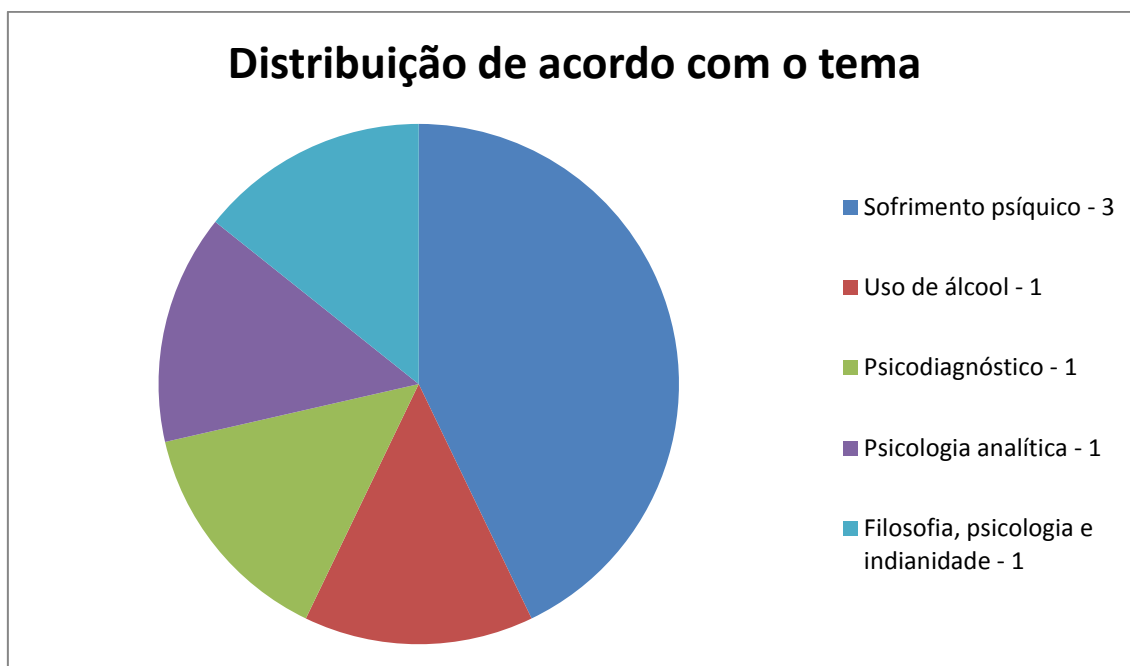


Figura 7. Número de teses e dissertações distribuídas de acordo com o tema

Dentro do tema *sofrimento psíquico* foram encontrados três trabalhos. O primeiro deles (Borges, 2012) teve por objetivo determinar a prevalência de problemas mentais em crianças e adolescentes de uma população indígena Karajá, localizada na Amazônia Brasileira. A tese, produzida por um profissional da área de medicina, apontou a influência das questões psíquicas nos *problemas de saúde mental* dos Karajás (grifo do autor) e apresentou um formato bem empirista de produção científica, descrevendo objetivos, métodos e resultados. A tese cita autores da psiquiatria transcultural, cujas discussões problematizam a universalidade dos transtornos e apontam a influência dos fatores culturais no adoecimento mental. Contudo, mesmo com esse apontamento, para atingir seu objetivo, o trabalho utiliza-se de instrumentos e métodos⁵ (provenientes da sociedade não indígena), e que são baseados epistemologicamente por uma ideia universalizante de sujeito, importada da medicina, em que

⁵ Estudo de prevalência analítico em amostra de 192 crianças e adolescentes Karajá. As prevalências foram determinadas por escalas síndromes de problemas de saúde mental de acordo com os questionários do ASEBA. Foram utilizados para detecção desses problemas os Inventários de Comportamentos para Crianças e Adolescentes de 6 a 18 anos (CBCL) e de Comportamentos Referidos pelo Professor para Alunos de 6 a 18 anos (TRF).

o sofrimento mental é catalogado e descrito em sintomas estáticos, sem problematização dos critérios baseados no DSM. Da mesma maneira, o trabalho não discute o conceito de *saúde mental*, nem de *indígena*, mostrando-se frágil no que diz respeito à problemática da tradução cultural, ou seja, importação e aplicação de um sistema explicativo científico ocidental em um *ethos* que não encontra correspondência de sentidos e significados perante aquele aparato utilizado.

O segundo trabalho (José, 2010) teve como escopo compreender dialogicamente experiências do povo Sateré Mawé (AM) acerca do que a cultura ocidental nomeia como *loucura* e conhecer explicações, classificações e respostas desse povo para tais experiências. Além disso, essa tese teve também por objetivo identificar implicações do atendimento desses índios em serviços de saúde mental da tradição biomédica. Esse trabalho, produzido por uma psicóloga, problematiza a ideia de saúde mental a partir das concepções da psiquiatria transcultural, ao expor que a interpretação de questões de saúde mental em outras sociedades é marcada frequentemente por mal-entendidos. São “frutos de uma perspectiva de estudos que tenta transpor, para essas sociedades, as concepções e classificações que vêm sendo construídas em contextos alheios a elas” (p. 102). A autora também problematiza o conceito de *índio* ao afirmar que tratar a diversidade das populações indígenas no Brasil reduzindo-as ao termo *índios* significa desprezar inúmeras concepções de realidade e vivências. Inclusive, reitera que designá-los genericamente como *índios* consiste em um equívoco clássico que se refere à chegada dos colonizadores, que ao desembarcarem nas Américas, pensaram estar na Índia. *Indígenas*, portanto, “não equivale a ‘índios’, embora este último termo continue a ser usado nas Américas com o sentido do primeiro” (José, 2010).

A autora é uma das poucas que problematiza os critérios do DSM, apontando a arbitrariedade de se utilizarem categorias exógenas a sociedades indígenas para oferecer algum tipo de atendimento em saúde. Sublinha, também, como esse posicionamento pode ter

consequências graves como hipermedicação e desajuste no grupo social. O trabalho utiliza critérios de estudos transculturais (Yap, 1974; Kleinman, 1991; Kirmayer, 2009), bem como as próprias categorias Sateré-Mawé para discutir *saúde mental* e *loucura* entre esses indígenas, demonstrando grande cuidado epistemológico e teórico ao tratar de temática que, de fato, exige essa atenção acerca dos intersaberes.

O terceiro (Bonfim, 2010) relatou em sua tese uma experiência clínica comunitária, entre 2004 e 2009, com os indígenas Guarani Mbya da aldeia Krucutu, localizada na região metropolitana de São Paulo. A conclusão do trabalho, segundo a autora, aponta para a existência de uma certa ambiguidade entre esses indígenas que emerge como sofrimento psíquico, pois é vista como um entrave, uma dificuldade na constituição da identidade pessoal. De um lado, há o desejo pelos bens de consumo e formas de vida não indígenas; e do outro lado, o comprometimento com as origens e a cultura Guarani. A autora utilizou o arcabouço psicanalítico para compreensão e intervenção na saúde e no sofrimento psíquico dessas pessoas.

Essa tese apesar de não problematizar o conceito de *índio*, problematiza o conceito de *saúde mental*, observando que o trabalho parte de um referencial teórico específico e vai de encontro a um modelo explicativo que se utiliza de outras referências para explicar alguns fenômenos. Contudo, afirma que o conhecimento psicológico, com ênfase no conhecimento psicanalítico, foi capaz de oferecer um diálogo eficaz na compreensão e no manejo das questões de *saúde* e *sofrimento* desses indígenas.

A autora trouxe enfaticamente a influência de questões psíquicas/subjetivas no sofrimento dos Guarani, contudo, o conceito *psíquico* foi considerado como algo dado, existente. Considerando que, assim como o conceito de *saúde mental*, o de *sofrimento psíquico* também parte de um arcabouço específico do conhecimento psicológico não

indígena, há que se problematizar o termo, tendo em vista a possível e provável não existência dessa categoria no universo indígena Guarani.

O trabalho não se baseia nos critérios do DSM para classificar o sofrimento verbalizado pelos Guarani, utilizando-se das concepções de *saúde* e *doença* amparadas pela psicanálise, em diálogo com as concepções Guarani.

Em relação ao tema *uso de álcool*, a dissertação de Ribeiro (2001) realizou uma análise dos fatores que interferem no uso de bebidas alcoólicas entre a população indígena Krahô (TO). O autor afirma que existem efeitos problemáticos em relação ao alto consumo, porém ressalta que as bebidas alcoólicas não estão relacionadas às noções de drogadição e dependência, tal como se apresenta nas sociedades ocidentais. Constatou-se que o uso está vinculado a uma possibilidade de devir, um investimento de desejo em direção a um vir-a-ser *cupen* (homem branco). Dessa maneira, os problemas derivados do uso do álcool estão mais vinculados à existência de um padrão de uso desmedido do consumo, o que provoca uma disfuncionalidade, evidenciando uma situação paradoxal em que ser e não ser Krahô estão associados à experiência alcoólica.

O trabalho não problematiza o conceito *saúde mental*, mas problematiza o conceito *indígena*, ao propor que *ser indígena* está vinculado à identidade e pertencimento e não exclusivamente a vestimentas, rituais e costumes específicos. Dessa maneira, afirma que não existe um indígena “mais indígena” que outro pelo fato de estarem mais ou menos distantes das influências urbanas.

Essa dissertação não utiliza os critérios diagnósticos do DSM para falar sobre a alcoolização dos Krahô, amparando-se na filosofia existencialista para explicar a adesão e dependência do uso abusivo de álcool pelos Krahô, no lugar de classificar a alcoolização desse povo enquanto um “Transtorno Relacionado ao Uso do álcool” (F10, DSM V, 2014).

O autor considera a influência de questões psicológicas no processo de alcoolização dos Krahô, mas enfatiza o processo de colonização, a dinâmica cultural e os significados diversos do beber para esses índios na explicação do fenômeno, ressaltando o uso coletivo desse consumo.

Sobre o tema *psicodiagnóstico*, Cardoso (2004) propôs reflexões em sua dissertação sobre características de personalidade de idosos Terenas da aldeia Tereré, no Mato Grosso do Sul, por meio da aplicação do Teste de Roschach.

O trabalho, realizado por um psicólogo, trouxe referências de estudos transculturais onde o Teste foi utilizado em sociedades não ocidentais para afirmar sua validade e fidedignidade ao utilizá-los com o Terena. Contudo, em um trabalho de 180 páginas, dispôs-se a falar de estudos transculturais em apenas 6 delas, sendo o restante dedicado a uma breve introdução sobre a organização social dos Terenas, seguida de longa explanação do próprio instrumento, seus procedimentos metodológicos, discussões e resultados, sem citar nenhum dos grandes autores que tratam da psiquiatria transcultural, como Yap, Kleinman, Kirmayer, Martínez-Hernández, entre outros. Diante disso, observou-se que a discussão epistemológica deixou a desejar não só pela parca reflexão acerca das implicações de se utilizar um instrumento ocidental vinculado a um arcabouço específico, como também pela não problematização dos conceitos de *saúde mental*, *personalidade*, *inconsciente*, entre outros conceitos referentes a um modelo explicativo bem diverso da concepção Terena.

Dentro do tema *Psicologia Analítica*, a dissertação, realizada por um psicólogo, (Oliveira, 2012), teve por objetivo compreender, do ponto de vista psicológico, o processo de iniciação de um pajé Kamaiaurá, povo vivente do Parque Nacional do Xingu (MT). Para isso, utilizou o referencial teórico da Psicologia Analítica, considerando a influência de questões psíquicas/subjetivas no processo de iniciação do pajé. O trabalho não problematiza o conceito *saúde mental*, nem *indígena* e não se utiliza de critérios diagnósticos do DSM para analisar

seu tema de pesquisa, reportando-se ao referencial da psicologia analítica para explicar os processos vivenciados pelo pajé, ao ser iniciado. A discussão do trabalho se apresentou frágil no que tange à pouca problematização epistemológica e transposição acrítica de conceitos psicológicos amarrados a um saber tão diverso dessa peculiar vivência indígena – iniciação do pajé – o qual, certamente, possui um modelo de explicação que envolve aspectos sem equivalência àqueles utilizados na psicologia analítica.

Em relação ao tema *filosofia, psicologia e indianidade* temos a dissertação de Stock (2010), que buscou descrever como os indígenas Kaingang que vivem na região metropolitana de Porto Alegre (RS) experienciam seu intenso contato com a cidade urbanizada e como essa ocupação, cada vez maior, em áreas de perímetro urbano, juntamente com o crescente contato com a sociedade envolvente, tem provocado mudanças nos modos de viver e subjetivar desses indígenas. A partir desse cenário, a autora buscou problematizar o contato dessas populações indígenas com práticas da psicologia oferecidas pelo projeto de pesquisa em saúde mental do qual participou. A autora problematizou as diferentes formas desses indígenas perceberem o mundo, propondo que a indianidade para eles pode ser uma forma de devir, trazendo uma forte crítica à lógica *binária-identitária* que costuma guiar as discussões sobre povos indígenas. Essa lógica coloca em xeque questões de identidade e indianidade dos povos indígenas, questionando a autoidentificação daqueles que estão próximos a cidades e/ou incorporaram hábitos e práticas advindas da sociedade envolvente urbanizada.

O trabalho problematizou as interfaces entre a saúde indígena e a saúde mental e trouxe à luz discussões acerca do conceito de *indígena* e *saúde mental*, ponderando que tais categorias fazem parte de um sistema explicativo que não pode ser considerado universal e que não encontra equivalência no sistema dos povos ameríndios. O trabalho foi realizado por uma psicóloga e considera a influência de questões psíquicas no contexto de sofrimento entre povos indígenas, mesmo que este termo seja referência de uma ciência específica. A autora

considera que, mesmo que partamos de referenciais diversos, é possível encontrar uma intersecção para se falar de *saúde mental em contextos indígenas* tendo como alicerce áreas de conhecimento que possibilitam o diálogo intercultural, como a antropologia e a filosofia.

A autora não utiliza os critérios do DSM para falar do sofrimento vivido pelos Guarani, amparando-se na Filosofia da Diferença proposta por Deleuze e Guattari, e no Perspectivismo Ameríndio de Viveiros de Castro. O trabalho foi construído de maneira crítica, problematizando os comuns universalismos vistos nas discussões sobre saúde indígena, situação já observada por vários autores (Langdon & Garnelo, 2004; Stock, 2010; CRP/SP, 2010; Ferreira, 2011; Gonçalves, 2011). Ainda assim, a autora destaca que por mais que não haja equivalência entre as categorias científicas ocidentais e indígenas, é importante um esforço multidisciplinar para lidar com a interface *saúde mental em contextos indígenas*, visto que a demanda indígena pelo olhar do conhecimento psicológico tem crescido cada dia mais (Stock, 2010).

A partir dos dados aqui levantados, e da análise de cada um dos trabalhos considerados, foi possível observar que o tema da *saúde mental em contextos indígenas* ainda sofre grande escassez de produção acadêmica. No total foram levantados 6732 artigos, sendo apenas 14, ou seja, 0,2% afinados com o tema. Na busca de teses e dissertações, foram encontrados 2130 trabalhos, sendo apenas 7, ou seja, 0,32%, relacionados ao tema. Este quadro revela um resultado pífio de publicações na área pluridisciplinar de *saúde mental em contextos indígenas* no período de 1999 a 2012.

Além disso, ao pensarmos nas publicações voltadas e compostas pela área *psi* dentro da saúde mental, pode-se afirmar que, mesmo que a demanda por um olhar *psi* para questões de saúde mental esteja crescendo, ainda são poucos profissionais psicólogos e departamentos de psicologia que estão engajados na pesquisa desse tema. Se observarmos do total de trabalhos levantados (21, sendo 14 artigos, 4 teses e 3 dissertações), 57% contaram com a participação

de psicólogos, contudo, por mais que tenhamos mais da metade das produções com a presença desse profissional, o valor bruto de trabalhos é muito pequeno (12, sendo 3 dissertações, 2 teses e 7 artigos). Além disto, nos 13 anos pesquisados nas plataformas científicas, foram encontrados apenas 12 trabalhos acadêmicos, o que não daria nem ao menos um artigo por ano.

Faz-se necessário apontar dois limites em estudos como este aqui realizado: de um lado, a existência de artigos sobre o tema que não aparecem nestas plataformas por terem sido publicados em revistas a elas não indexadas; e, por outro, a possibilidade do uso de outros descritores por autores que trabalhem nesta temática. Assim, apesar de o levantamento ter considerado 62 combinações possíveis de descritores, pode ocorrer que algum artigo escape, pelo fato de o autor ter escolhido outros descritores.

CONCLUSÃO

Como já dito anteriormente, o objetivo do presente artigo foi realizar um levantamento quantitativo e qualitativo de artigos, teses e dissertações nas principais plataformas científicas brasileiras sobre o tema *saúde mental em contextos indígenas*.

A partir dos dados levantados, podemos afirmar que as pesquisas sobre saúde mental entre os povos indígenas no Brasil ainda são escassas. Não apenas isto: os poucos artigos e trabalhos acadêmicos encontrados demonstraram, em sua grande maioria, pouca reflexão teórica e epistemológica sobre o uso das categorias *saúde mental* (e correlatos) e *indígena*. Também foi possível observar que existem poucas produções de cunho teórico (Figura 3). Não se trata de desqualificar as pesquisas de campo, mas de ressaltar a possibilidade de uma prática sem rigor teórico tornar-se cega e etnocêntrica.

É imprescindível que haja consistência e reflexão teórica e epistemológica para avanços nas possibilidades de diálogo com esses povos. Fica evidente, assim, a necessidade de políticas públicas que incentivem o aumento do número de pesquisas sobre e com os povos indígenas, tanto em trabalhos de campo, como em afinações conceituais necessárias para uma melhor sintonia às diversas realidades étnico-culturais. Neste sentido, trata-se de pensar não apenas nos aportes (e suas limitações) que podemos oferecer a estes povos, mas também na infindável riqueza que eles têm a nos oferecer mostrando as limitações de nossos próprios conceitos.

Finalmente, destaca-se a necessidade da interdisciplinaridade neste campo, podendo a psicologia aportar contribuições importantes, por meio de uma escuta qualificada do sofrimento/aflição, em uma clínica redimensionada por um perspectivismo cultural.

REFERÊNCIAS

- IV Conferência Internacional de Saúde Mental Indígena (2007). *Relatório final*. Brasília: Funasa.
- Andrade, V. M. & Bueno, O. F. A. (2007). Neuropsicologia transcultural: grupo indígena Guarani. *Estudos de Psicologia*, Natal, 12(3), 253-258.
- Azevêdo, P. V. B. (2012). *Prevalência de problemas de saúde mental em populações de crianças e adolescentes indígenas Karajá da Amazônia brasileira*. Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.
- Batista, M. Q. (2010). *Saúde mental indígena: um desafio interdisciplinar*. Monografia de conclusão de graduação, Faculdade de Ciências da Saúde, Psicologia, Centro Universitário de Brasília, UniCeub, Brasília, DF, Brasil.

- Bizerril, J. (2007). Dilemas classificatórios: fronteiras entre a experiência religiosa e a psicopatologia. In Freitas, M. H. & Pereira, O. P. (Orgs.). *Vozes do silenciado: estudos nas fronteiras da filosofia, antropologia e psicologia* (pp. 129-152). Brasília: Universa.
- Bonfim, T. E. D. (2010). *Saúde mental e sofrimento psíquico de indígenas Guarani-Mbyá de São Paulo: um relato de experiência*. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Bonfim, T. E. (2011). Avaliação psicológica e saúde mental: aplicações da psicologia clínica em comunidades indígenas. *Psicólogo inFormação*, 15(15), 155-168.
- Caixeta, L., Andrade, L. H. S. & Bordin, I. A. (2010). Attention deficit/hyperactivity disorder symptoms in indigenous children from the Brazilian Amazon. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 68(4), 541-544.
- Cantele, J., Arpini, D. M. & Roso, A. (2012). A psicologia no modelo atual de atenção em saúde mental. *Psicologia, Ciência e Profissão*. 32(4), 910-925.
- Cardoso, A. D. (2004). *Visóneu: uma reflexão sobre o idoso Terena, da aldeia Tereré, através do Rorschach*. Dissertação de mestrado, Psicologia, Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, MS, Brasil.
- Centro Brasileiro de Estudos Latino Americanos – CEBELA (2014). *Mapa da violência*. Acesso em 18/08/2014. www.mapadaviolencia.org.br
- Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região (CRPSP) (Org.). *Psicologia e povos indígenas*. São Paulo: CRPSP, 2010.
- Conselho Indigenista Missionário (CIMI) (2013). *Relatório: violência contra os povos indígenas no Brasil*. Recuperado em 20 julho, 2014 de http://cimi.org.br/pub/RelatorioViolencia_dados_2013.pdf
- Cunha, A. G. da (1986). *Dicionário etimológico nova fronteira da língua portuguesa* (2a ed.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Cunha, M. C. da (2012). *Índios no Brasil: história, direitos e cidadania*. São Paulo: Claro Enigma.

- Diehl, E. E. & Grassi, F. (2010). Uso de medicamentos em uma aldeia Guaraní do litoral de Santa Catarina, Brasil / Use of medicines in a Guaraní Indian village on the coast of Santa Catarina State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(8), 1549-1560.
- Esperanza, G. (2011). Medicalizar a vida. In Jerusalinky, A. & Fendrik, S. (Orgs.). *O livro negro da psicopatologia contemporânea* (pp. 53-59). São Paulo: Via Lettera.
- Foucault, M. (1961). *História da loucura*. São Paulo: Martins Fontes, 1982.
- Foucault, M. (1963). *O nascimento da clínica*. São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (1973). *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (1974). *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (1999). *Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*. (Coleção Ditos e Escritos, vol. I). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Gonçalves, L. J. M. (2011). *Na fronteira das relações de cuidado em saúde indígena*. São Paulo: Annablume.
- Grubits, S. Freire, H. B. G. & Noriega, J. A. V. (2011). Suicídios de Jovens Guarani/Kaiowá de Mato Grosso do Sul, Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(3), 504-517.
- Guimarães, L. A. & Grubits, S. (2007). Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira. *Psicologia & Sociedade*, 19(1), 45-51.
- Izagirre, G. (2011). Elogio ao DSM-IV. In Jerusalinky, A. & Fendrik, S. (Orgs.). *O livro negro da psicopatologia contemporânea* (pp. 13-22). São Paulo: Via Lettera.
- Jerusalinski, A. & Fendrik, S. (Orgs.) (2011). *O livro negro da psicopatologia contemporânea* (29-37). São Paulo: Via Lettera.
- José, E. N. S. (2010). *Encontro com o povo Sateré-Mawé para um diálogo intercultural sobre a loucura*. Tese de doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

- Kirmayer, L. J. (2006). Beyond the “new cross-cultural psychiatry”: cultural biology, discursive psychology and the ironies of globalization. *Transcultural Psychiatry*, 43(1), 126-144.
- Kirmayer, L. J. (2009). Cérebros, corpos e pessoas em movimento: a nova psiquiatria cultural e as ironias da globalização. In Lechner, E. (Org.). *Migração, saúde e diversidade cultural* (pp. 63-83). Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Kleinman, A. (1973). Concepts and a model for the comparison of medical system as cultural systems. *Social Science and Medicine*, Oxford, ano 12, n. 2b, p. 85-95.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. California: University of California Press.
- Kleinman, A. (1991). *Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience*. New York: Free Press.
- Langdon, E. J. & Garnelo, L. (Orgs.) (2004). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Associação Brasileira de Antropologia.
- Laplantine, F. (1991). *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes.
- Laplantine, F. (1998). *Aprender etnopsiquiatria*. São Paulo: Brasiliense.
- Lechner, E. (Org.) (2009). *Migração, saúde e diversidade cultural*. Lisboa: ICS.
- Littlewood, R. (1990). From categories to contexts: a decade of the new cross-cultural psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, London, 156, 308-327.
- Martinez-Hernández, A. (2000). *What's Behind the symptom? On psychiatric observation and anthropological understanding* (Vol. 6). Amsterdam: Harwood Academic.
- Martins, F. (2003). *Psicopatologia II – Semiologia Clínica*. Brasília: Laboratório de Psicopatologia e Psicanálise. Brasília: ABRAFIPP.

- Melo, J. R. F.; Maciel, S. C.; Oliveira, R. C. C. de & Silva, A. O. (2011). Implicações do uso do álcool na comunidade indígena Potiguara / *Implications of alcohol abuse and consumption in the Potiguara indigenous community. Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21(1), 319-333.
- Menéndez, E. L. (1982). El proceso de alcoholización: revisión crítica de la producción socioantropológica, histórica y biomédica en América Latina. *Cuadernos de la Casa Chata*, 57, 61-94.
- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8, 185-208.
- Ministério da Saúde. (2004). Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004* (5ª ed.). Brasília: Ministério da Saúde.
- Neto, F. K. & Calazans, R. (Orgs.) 2012. *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs*. Barbacena: EdUEMG.
- Oliveira, L. D. de (2012). *Ypotramé: uma compreensão junguiana da iniciação do pajé*. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Ribeiro, R. B. (2001). *Krahô, cupen, Turkren: o uso de bebidas alcoólicas e as máquinas sociais primitivas*. Dissertação de mestrado, Ciências Sociais/Antropologia, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Rodrigues, E. & Carlini, E. A. (2006). Plantas com possíveis ações psicoativas utilizadas pelos índios Krahô, Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(4), 277-282.
- Souza, M. L. P. & Garnelo, L. (2006). Desconstruindo o alcoolismo: notas a partir da construção do objeto de pesquisa no contexto indígena. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, 9(2), 279-292.
- Souza, M. L. P. & Garnelo, L. (2007). Quando, como e o que se bebe: o processo de alcoolização entre populações indígenas do alto Rio Negro, Brasil / When, how, and what

- to drink: alcoholism among indian people in the upper Rio Negro, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(7), 1640-1648.
- Souza, M. L. P., Schweickardt, J. C. & Garnelo, L. (2007). O processo de alcoolização em populações indígenas do Alto Rio Negro e as limitações do CAGE como instrumento de *screening* para dependência ao álcool. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(2), 90-96.
- Souza, M. L. P., Deslandes, S. F. & Garnelo, L. (2010). Modos de vida e modos de beber de jovens indígenas em um contexto de transformações. *Ciência e Educação*, UNESP, 15, p. 709-716.
- Souza, M. L. P. & Orellana, J. D. Y. (2012). Suicide mortality in São Gabriel da Cachoeira, a predominantly indigenous Brazilian municipality. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(1), 34-37.
- Stock, B. S. (2010). *A alegria é a prova dos nove: o devir-ameríndio no encontro com o urbano e a psicologia*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Vianna, J. J. Cedaro, J. J. & Ott, A. M. (2012). Aspectos psicológicos na utilização de bebidas alcoólicas entre os karitiana. *Psicologia & Sociedade*, 24(1), 94-103.
- Vitale, M. P. & Grubits, S. (2009). Psicologia e povos indígenas: um estudo preliminar do “estado da arte”. *Revista Psicologia e Saúde*, 1(1), 15-30.
- Wagner, R. (1981). *The invention of culture*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Yap, P. M. (1974). *Comparative psychiatry: A theoretical framework* (Vol. 3). Toronto: Clarke Institute of Psychiatry, University of Toronto Press.
- Yap, P. M. (1951). Mental diseases peculiar to certain cultures: a survey of comparative psychiatry. In Littlewood, R. & Dein, S. (Orgs.). *Cultural psychiatry & medical anthropology* (pp. 179-196). London: The Athlone Press.

ARTIGO 2 – SAÚDE MENTAL E POPULAÇÕES INDÍGENAS: DESCONSTRUINDO A PSICOPATOLOGIA E PROBLEMATIZANDO CATEGORIAS

RESUMO

O tema *saúde mental em contextos indígenas* evoca uma grande complexidade a ser discutida. A utilização de termos como *saúde mental* e *indígena*, bem como o uso de critérios e pressupostos do saber biomédico vem sendo empregados de maneira pouco crítica nas produções acadêmicas brasileiras na última década (Batista & Zanello, inédito). Diante desse quadro, este artigo tem como objetivo repensar esses termos e problematizar algumas categorias e critérios importados da lógica psiquiátrica, no sentido de evidenciar aspectos históricos e epistemológicos e demonstrar a necessidade de contextualizá-los culturalmente.

Palavras-chave: Saúde Mental. Contextos Indígenas. DSM. Psicopatologia. Psiquiatria. Transcultural.

ABSTRACT

The mental health theme in indigenous contexts evokes a large complexity to be discussed. The use of terms such as *mental health* and *indigenous* as well as the use of criteria and premises of biomedical knowledge has been used in some critical way in Brazilian academic production in the last decade (Batista & Zanello, unpublished). Face of this picture, this article aims to rethink these terms and discusses some imported categories and criteria of psychiatric logic, towards evidence historical and epistemological aspects and demonstrate the necessity of contextualize them culturally.

Keywords: Mental Health. Indigenous Contexts. DSM. Psychopathology. Cross-Cultural Psychiatry.

INTRODUÇÃO

O tema *saúde mental em contextos indígenas* começou a ganhar visibilidade no Brasil com a implantação de uma política de saúde específica para estas populações. A partir daí, em 2007, foi promovida pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), a I Conferência Nacional de Saúde Mental Indígena, momento em que as bases da Portaria nº 2759 do Ministério da Saúde foram elaboradas, estabelecendo as Diretrizes Gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas. Desde 2010 há, no Ministério da Saúde, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), que contém uma área técnica voltada especificamente para a *Saúde mental em contextos indígenas*, cujas grandes demandas circulam em torno dos temas *suicídio, alcoolização, uso de psicotrópicos e violência*.

Mesmo diante de um quadro de grande vulnerabilidade, as publicações acadêmicas sobre o tema nas principais plataformas científicas brasileiras nos últimos anos ainda é incipiente, mostrando-se a urgência em pesquisas na área (Langdon, 2004; Oliveira, 2004; Souza, 2006; Grubits & Silva, 2006; Bonfim, 2010; Batista & Zanello, inédito).

Conforme pesquisa realizada por Batista & Zanello (inédito), observa-se a quase inexistência de questionamentos conceituais, bem como reflexões teóricas e epistemológicas relativas ao tema *saúde mental em contextos indígenas*. A maioria das produções utilizava os termos *saúde mental* e *indígena* acriticamente, como expressões descritivas óbvias e reificadas, e não problematizava categorias e critérios do DSM/CID segundo os quais se amparavam algumas discussões.

O presente artigo tem como objetivo problematizar esses termos, no sentido de evidenciar aspectos históricos e epistemológicos necessários na reflexão dos mesmos, bem como demonstrar a necessidade de contextualizá-los culturalmente. Diante da escassez de

reflexão teórica e publicação científica brasileira sobre o tema, ressalta-se a importância de diálogo com uma abordagem cujo foco é a interface dos estudos sobre saúde mental e culturas diversificadas, a Psiquiatria Transcultural.

O olhar para o tema *saúde mental e populações indígenas* pode trazer importantes aportes na compreensão e releitura no próprio campo da *psicopatologia*, sobretudo em algumas áreas como a leitura semiológica (sintoma e síndromes) e o diagnóstico.

É importante reconhecer que o tema traz, de antemão, uma grande complexidade a ser discutida. A primeira delas é conceitual. O que podemos chamar de *saúde mental* hoje e do que estamos falando ao dizer *saúde mental em contexto indígena*?

CAMINHOS DA LOUCURA: DO ENFOQUE RELIGIOSO AO PARADIGMA DAS ESTRUTURAS PSICOPATOLÓGICAS

A loucura tem sua definição marcada pela diversidade de modelos explicativos, momentos históricos e contextos culturais (Cherubini, 1997) que se modificaram (e se modificam) ao longo do tempo. Considerando que *a loucura só existe em uma sociedade* (Foucault, 1999, p. 163), cada uma elege seus padrões de “normalidade” e, conseqüentemente, quem não se enquadra nessa norma e nesse padrão, ou seja, quem será “anormal”.

No “ocidente”, a ideia de loucura não só se transformou historicamente como o próprio *status* e a definição do *louco* foram re(des)construídos ao longo das épocas (Foucault, 1982). Pessotti (1994) desenvolve uma trajetória histórica do conceito de *loucura* desde a antiguidade até o século XIX, mostrando que *loucura* nem sempre foi sinônimo de *doença mental*.

Na Antiguidade Clássica, considerando textos de autores como Homero, Ésquilo, Eurípides, Hipócrates e Galeno, Pessoti (1994, p. 78) assinala três perspectivas na visão da loucura: (1) “como obra da intervenção dos deuses”, com um enfoque religioso da loucura; (2) “como um produto dos conflitos passionais do homem, mesmo que permitidos ou impostos pelos deuses”; e (3) “como efeito de disfunções somáticas, causadas eventualmente, e sempre de forma mediata, por eventos afetivos”, quando se instala uma doutrina rigidamente organicista. Nas três perspectivas, o indivíduo “louco” seria então responsável por sua condição.

Na concepção medieval da loucura, a partir de obras do século XV e XVI, o autor (Pessoti, 1994) demonstra a interpretação da loucura como uma possessão diabólica, cujo tratamento foi destinado aos padres, que se utilizavam do exorcismo para tratar os “endemoniados”, que, muitas vezes, eram queimados em fogueiras pela acusação de praticarem bruxaria.

No século XVII, as explicações míticas e religiosas perderam o prestígio e a intervenção médica passou a ser uma constante, permitindo a esse profissional agrupar, observar e acompanhar as doenças a partir do modelo das ciências naturais (Amarante, 2007).

No século XVIII, inicia-se a apropriação da loucura pela medicina, momento em que Pinel, por meio do enfoque da *alienação mental* e do *tratamento moral*, convoca o tratamento dos sujeitos loucos em hospitais gerais, juntamente com outros segmentos marginalizados, como inválidos, pobres, doentes (Foucault, 1975). Segundo Foucault (1975), o critério de asilamento seria uma “alteração” em relação à moral, sendo que esses sujeitos eram ali admitidos não para serem tratados, mas porque não deveriam fazer parte da sociedade.

No século XIX, as clínicas psiquiátricas ganharam espaço, o louco passou a ser objeto diferenciado de estudo e observação, e passou a ser segregado em asilos específicos. O louco, que nesse momento foi “desacorrentado” por Pinel (Amarante, 1996), não necessariamente foi

inserido em um espaço de liberdade. O louco foi separado dos demais “enfermos” para ser algemado a uma ciência que passou a classificá-lo como objeto de saberes e práticas de uma especialidade médica. Nesse momento, consolidou-se o domínio hegemônico da loucura pela medicina, tal como o conhecemos nos dias atuais.

A partir do século XIX, podemos ver claramente o processo de consolidação da loucura como doença mental, momento em que se buscará, incessantemente, explicar, classificar e tratar a doença da loucura por meio da assimilação das discussões teóricas e avanços técnicos advindos da ciência ocidental. Dessa maneira, Foucault (1982) nos mostra como a transformação da loucura em doença mental se deu em um processo de construção histórico-cultural, ao contrário de como muitos profissionais trata(ra)m-na: como uma entidade descoberta.

Nesse momento, houve o *boom* das grandes discussões acerca da classificação nosológica, com suas diferentes descrições e taxonomia, havendo uma importação da lógica semiológica indicial para o campo da saúde mental (Martins, 2003). Nesse contexto, o louco foi colocado no lugar da des-razão, incapaz de falar sobre si mesmo, enquanto ao médico foi concedido o poder não só da intervenção terapêutica, mas do julgamento moral e ético sobre o lugar que esse louco deveria ocupar no mundo.

Segundo Izaguirre, a partir das discussões de Lantéri-Larua, a história da psiquiatria pode ser descrita a partir de três grandes paradigmas: 1) da afecção única, também denominada de *alienação mental*, arraigada nas tradições francesas, alemãs, italianas e inglesas, dominando desde fins do século XVIII até meados do século XIX, com Pinel sendo a figura mais representativa desse momento; 2) o das doenças mentais, rompendo com o paradigma anterior, passando a se inscrever definitivamente dentro da medicina. Esse momento é caracterizado pelas descrições das doenças mentais e quadros classificatórios, se estendendo até início do século XX; 3) por fim, o paradigma das grandes estruturas

psicopatológicas, influenciado por disciplinas da época como Gestalt, Neurobiologia, Fenomenologia, do Formalismo Russo, dos Estudos Antropológicos do século XX, da Semiologia e da Linguística, das Matemáticas e da Psicanálise. Sugere-se como término desse paradigma o ano de 1977, com a morte do psiquiatra, psicanalista e filósofo Henri Ey.

Para Izaguirre (2011), ainda não houve uma substituição do terceiro paradigma da psiquiatria depois da instauração das estruturas psicopatológicas, houve sim um momento de crise dele. Segundo o autor, o DSM (mais especificamente sua quarta versão) corresponde à expressão da crise desse terceiro paradigma.

O DSM, UM UNIVERSAL ETNOCÊNTRICO: A CRISE DO PARADIGMA PSIQUIÁTRICO

O Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM), importante manual de referência da psiquiatria, já está na sua 5ª versão desde maio de 2013, produzido pela Associação Americana de Psiquiatria. O DSM foi construído para tentar lidar com os estragos psicológicos advindos da Segunda Guerra Mundial, já que as manifestações daquelas enfermidades não se assimilavam aos quadros clássicos (Fendrik, 2011). O primeiro DSM foi publicado em 1952 e vigorou até 1968.

O DSM I sofreu grande influência da psicanálise, enquanto o DSM II teve maior influência do empirismo e do comportamentalismo. Já no DSM III, perde-se a qualificação da fala do paciente e buscam-se exclusivamente sinais visíveis que levem a um diagnóstico objetivo e preciso (Fendrik, 2011). O Manual do DSM, a partir de sua terceira edição lançada em 1980, tinha e ainda mantém, segundo Neto e Calazans (2012), ao menos três pretensões: “ser um manual científico; por ser científico, ser universal; por ser universal, colocar fim às inúmeras discussões teóricas que estão presentes na história da psicopatologia” (p. 9).

Inicialmente, antes de pensarmos na problemática do DSM se propor universal, cabe repensar e contextualizar o próprio *status* desse “universal”. Segundo Julien (2009), o universal é uma busca pelo Absoluto de um princípio, sem exceções, por um categórico universal. É da ordem do prescritivo, da razão, um *dever-ser*. Segundo o autor, consiste em uma invenção do pensamento grego, não apenas como conceito, mas como modo de ver a realidade, e se caracteriza por estar voltado para o *Um*, *Uni-versus*, se distanciando do *Di-versus* e se contrastando com o *individual* e o *singular*.

Julien (2009) expõe que a tradição ocidental incorporou essa invenção nas grandes frentes do desenvolvimento do seu pensamento – a filosofia, a ciência e a religião cristã. Propõe que a pretensão de universalidade do conhecimento, e igualmente dos valores, é uma característica da cultura ocidental, ou melhor, “das culturas que se formaram pela influência greco-romana e cristã, projetando-se hoje sobre toda grande diversidade de culturas de nosso mundo” (p. 7).

Quando o DSM almeja a universalidade, é necessário considerar, imediatamente, essa herança da concepção ocidental como um vício adquirido pelos vários segmentos de pensamento (científico, religioso, filosófico), inclusive pelo próprio Manual, como mais uma manifestação dessa lógica de não só universalizar formas de comportamento (sintomas), mas também, formas de adoecimento/aflição/sofrimento (diagnósticos). Além disso, tudo que se diz universal é pressuposto como *anterior*, vinculando o anterior ao *superior*. Dessa forma, desprega-se do particular para afirmar o universal; e assim, tudo que se afirmar na particularidade se torna inferior.

Neto e Calazans (2012) apontam outra questão em relação à universalidade do DSM quando mostram que há um problema em afirmá-la, visto que a maneira pela qual ela é apresentada se justifica pela cientificidade do Manual. E aí se encontra um dos equívocos dessa lógica, pois não seria possível tampouco afirmar a cientificidade do DSM. Para o

movimento *Stop DSM* (acesso em 2014), sua metodologia vai sempre na contramão de critérios de objetividade e cientificidade de quaisquer ciências da natureza e ciências humanas:

Para que uma observação atenda à cientificidade, é necessário que se isole[m] invariáveis latentes, determinando fatores que constituem axiomas e delinear estruturas reduzidas. Esse procedimento se apoia sobre a observação de fatos, fora de qualquer preconceito. Que se apoiem também nos elementos adquiridos pela experiência que é a única a permitir que se verifique seu interesse diagnóstico e seu valor predicativo. É o contrário da metodologia do DSM, que não tem nenhum precedente em nenhuma ciência, a não ser nas classificações enciclopédicas (do tipo: Linné, Buffon, etc.) que classificavam as espécies segundo caracteres distintivos, antes de se voltar para classificações comparativas que punham em evidência traços comuns às diferentes espécies (Stop DSM, 2014, p. 1).

Outro ponto importante ressaltado por Neto e Calazans (2012) é sobre as duas grandes marcas amplamente propagadas pelo Manual, a saber, o ateoricismo (ou neutralidade teórica) e o descritivismo, porém esse ateoricismo, ao contrário do que afirma, se sustenta em uma teoria epistemológica clara: o pragmatismo⁶.

Izaguirre (2011) reforça essa ideia ao afirmar que “de forma alguma é possível considerar não haver teoria” (p. 20), visto que não restam dúvidas que a teoria denominada *empirismo* embasa o suposto “ateoricismo” do DSM. O autor ainda vai além ao propor que, como todas as concepções, é necessário teorizá-la para que se sustente algo sobre o empírico e sobre sua escala de valores. De tal modo, “a própria ideia de construir um manual diagnóstico implica necessariamente uma teoria ou um grupo delas e uma escala de valores, inclusive alguns preconceitos, mesmo que se pretenda com a melhor disposição desprender-se deles” (Izaguirre, 2011, p. 20).

Nesse sentido, tanto o ateoricismo, quanto o descritivismo se baseiam na lógica do que é pragmático (Neto & Calazans, 2012) – adaptação do indivíduo ao ambiente (sendo este um

⁶ Essa noção de pragmatismo se refere a um modelo empirista, em uma perspectiva estatística, com caráter prático e funcional.

ambiente supostamente *natural*, sem a problematização do impacto cultural) e a realidade como um fato imposto, preexistente. Esse fato, segundo os autores, “é a noção de norma como não perturbação da ordem e o transtorno como índice dessa perturbação que deve ser catalogada e categorizada” (p. 12).

O termo *transtorno* já indica assim uma tentativa de afastamento da linguagem nosográfica em busca do tal sistema “ateórico”, imunizado dos pressupostos das disciplinas que abarcam o campo da saúde mental. Isso nos leva à pergunta: como sustentar a cientificidade sem teoria?

A resposta é que o DSM, por fim, utiliza-se de maneira pobre da estatística para dar sustentação às suas proposições – avaliação da frequência dos sinais e sintomas – com a intenção de que esse uso estatístico seja suficiente para caracterizar a cientificidade do Manual.

OS TRANSTORNOS MENTAIS: PSIQUIATRIZAÇÃO DOS ATOS E PSICOFARMACOLOGIZAÇÃO DA VIDA

Como vimos, a loucura foi historicamente apropriada pela medicina, e nesse processo, houve também a apropriação de toda a lógica e semiologia deste campo como tendência dominante de sua compreensão (Kleinman, 1988).

Dessa forma, como afirma Esperanza (2011), a psiquiatria se insere no discurso médico, toma-o como referência, abre o mapa das classificações nosológicas “em busca de um correlato de organicidade que permita afirmar que a doença mental é no conjunto equiparável à física” (p. 54), e se insere, então, no que já discutimos, de paradigma das doenças mentais. Nesse momento, ao longo do século XX, inicia-se uma prática, que se estende até hoje, em

que os quadros psiquiátricos apresentam um desenvolvimento e um prognóstico semelhantes ao da doença orgânica.

Contudo, ao fracassar em encontrar o correlato orgânico esperado para as ditas *doenças mentais*, esse termo teve que ser revisado, já que uma origem anátomo-biológica para o sofrimento e aflição daqueles sujeitos não foi descoberta (Neto, 2012). Dessa maneira, surgiu o termo *transtorno*, vocábulo técnico para denominar padrões problemáticos de comportamento. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1993),

o termo “transtorno” é usado por toda a classificação, de forma a evitar problemas ainda maiores inerentes ao uso de termos tais como “doença” ou “enfermidade”. Transtorno não é um termo exato, porém é usado aqui para indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecível associado, na maioria dos casos, a sofrimento e interferência com funções pessoais (OMS, 1993, p. 5).

Pode-se afirmar que essa substituição do termo *doença mental* por *transtorno mental* se fundamenta no fato de que este último se mostra mais elástico: “não pressupõe nem exclui o correlato fisiopatológico das síndromes clínicas” (Esperanza, 2011, p. 55).

Diante disso, é possível assegurar que o termo não pode ser definido com precisão, e implica, infelizmente, voltar ao reducionismo dualista mente/corpo que separa transtornos físicos dos mentais. Bekerman (2011) expõe que os transtornos mentais não se reduzem a observáveis e empíricos, e este é um dos maiores obstáculos que encontramos nos classificadores do DSM.

Bekerman (2011) também afirma que tanto *transtornos* quanto *mentais* são termos que ecoam teorias preexistentes e preconceitos de todo tipo. O autor, citando Jorge Borges (1974), propõe que “não há classificação que não seja arbitrária e conjuntural” (p. 27). Acrescenta: “e também interesseira”.

Por ser arbitrária, conjuntural e interesseira, conseqüentemente, tanto na classificação quanto na descrição dos transtornos, há a incorporação de valores sociais dominantes

(Fulford, 1994)⁷. E os considerados *desviantes sociais* são classificados como tendo algum distúrbio, falha ou perturbação.

Fulford (1994), por meio de uma análise pragmática do uso dos termos descritivos do DSM, demonstra o quanto esses termos são valorativos. Há julgamento moral e avaliativo por parte do clínico. Quando se utiliza o termo *bizarro* associado a um *transtorno*, imediatamente nos remetemos à ideia de que algo está em desacordo com uma ordem funcionalmente estabelecida. Que ordem é essa, quem elabora essa ordem? Quais são os seus critérios? A resposta está logo acima, na afirmação de Bekerman sobre a inexistência de uma classificação que não seja conjuntural, arbitrária e interesseira. A conjuntura que transmite esses valores está cada vez mais obcecada pela padronização de comportamentos e crenças, bem como voltada para a normatização de atitudes diante dos pretensos padrões de normalidade.

Além dos julgamentos morais implícitos na utilização dos termos classificatórios que descrevem os transtornos do DSM, temos associado à cena, um exercício de poder. Foucault (1974) discute amplamente a ordem disciplinar da psiquiatria. E afirma que o exercício desse poder no seio da prática psiquiátrica necessita de dispositivos que, por sua vez, se desdobram como produtores de uma prática discursiva que gera enunciados que se autolegitimam, ou seja, que se apresentam como verdadeiros.

Assim, alguém identificado com transtorno mental perde em larga medida sua credibilidade e autonomia individual. Ao profissional será dado o poder de tornar explícito aquilo que está implícito, aquilo que se oculta não no interior do corpo, mas no interior das condutas, das ações, dos hábitos, da história de vida. Em outras palavras, esse sujeito está à mercê da arbitrariedade e eventual preconceito do clínico e dos dispositivos que são, em si mesmos, produtores dos discursos reificados e moralmente julgadores.

⁷ É possível afirmar que não só no campo da psiquiatria há a incorporação de valores sociais dominantes, mas sim na produção de quaisquer teorias e práticas.

A partir disso, não é uma surpresa constatar a correlação entre *paradigma e tratamento* que Izaguirre (2011) traz com bastante clareza quando relaciona o tratamento hegemônico utilizado para cada grande paradigma da psiquiatria:

Para a doença única corresponde um “tratamento moral da loucura” e formas jurídicas específicas de se ocupar do alienado. Para as doenças mentais, ao implicar a entrada de pleno direito da psiquiatria na medicina, toma desta a ideia de doença que se define como uma unidade independente pela primazia lógica e cronológica da semiologia e da clínica. Em consequência, perde-se a ideia de um tratamento único para dar lugar à diversidade de tratamentos, havendo um, específico, para cada doença ou para um grupo de doenças (Izaguirre, 2011, p. 15).

Para o paradigma das grandes estruturas psicopatológicas, desenvolveram-se novos psicofármacos e, imediatamente, iniciou-se um predomínio claro dos estudos sobre as neurociências e a genética. A psiquiatria foi se apoiando progressivamente no tripé da psicofarmacologia, neurociências e genética (Izaguirre, 2011), momento em que, na transição da quarta para a quinta edição do DSM, mantém-se ainda a mesma lógica.

Conforme Esperanza (2011), o paradigma atual corresponde à psiquiatrização dos atos e das ações, concomitantemente, à psicofarmacologização da própria vida, o que equivale a postular que “cada ato da vida de um sujeito é possível de ser medicado ou medicalizado, sendo este um programa ao qual a psiquiatria oferece todo o seu empenho” (p. 56). A partir desse olhar e dessa postura, multiplica-se progressivamente o número de possíveis transtornos, bem como o número de sintomas, observando que, em muitos casos, com apenas meia dúzia de sinais, um transtorno pode ser classificado “corretamente”.

Diante disso, observamos que a prática psiquiátrica tem consequências significativas não apenas na maneira de compreender os “transtornos mentais”, mas na pretensa forma de “curá-los” e na afirmação crescente da indústria farmacêutica (Bekerman, 2011; Izaguirre, 2011), que, por interesses majoritariamente econômicos (e políticos) extrapolou os limites éticos da medicalização.

Nesse sentido, Goldenberg (2011) sublinha que é a cultura em que vivemos e suas demandas que estão justamente sendo atendidas nessa lógica. Trata-se de um mercado de bens e serviços, de uma alteração da ordem (“*disorder*”), e a função do tratamento (sobretudo medicamentoso) é restabelecê-la.

Izaguirre (2011) completa dizendo que “se fala de transtorno em patologia mental porque no horizonte emerge a ideia de saúde mental como um bem a alcançar mediante uma concepção claramente corretiva do patológico” (p. 58).

Depois de problematizarmos várias questões que envolvem o DSM, a psiquiatria e os *transtornos mentais*, o que podemos dizer então sobre *saúde mental*? Duas questões são necessárias para problematizarmos esse conceito: O que é *saúde*? O que é *mental*?

SAÚDE E MENTAL – O QUE ESTÁ IMPLÍCITO NESTES TERMOS?

Após constatar que a nossa sociedade moderna⁸ utiliza-se massivamente da etiologia científica da medicina, Kleinman (1977) provoca uma fértil discussão que problematiza a ideia de *saúde* e *adoecimento* e defende uma distinção entre as dimensões biológica e cultural da doença – *sickness* –, e as agrupou em duas categorias: patologia – *disease* – e enfermidade – *illness*. *Patologia* se refere a disfunções de processos biológicos ou psicológicos, de acordo com a concepção biomédica. Diz respeito a uma alteração em processos fisiológicos, sem que haja, necessariamente, o conhecimento ou a percepção pelo sujeito acometido pela patologia. A categoria *enfermidade* carrega a percepção e a experiência subjetiva do enfermo, bem como a reação social à enfermidade. Trata-se do processo de dar significado à doença englobando os significados pessoais e culturais.

⁸ Por sociedade moderna, refiro-me à sociedade ocidental, capitalista, característica das grandes metrópoles urbanas que seguem, cada vez mais, uma dinâmica guiada pela lógica de consumo, autonomia, e individualização.

Em um segundo momento, Kleinman (1988) afirma que tanto patologia – *disease*, quanto enfermidade – *illness*, são construções sociais, sendo que a enfermidade é anterior à doença – *sickness* e está ligada à forma de percepção, expressão e manejo do processo de adoecimento. A doença – *sickness* é criada quando do encontro do profissional com o paciente, momento em que há uma reconstrução dessa ideia a partir de uma comunicação permeada por um universo culturalmente compartilhado da doença.

Laplantine (1991) também problematiza as ideias acerca de *saúde* e *adoecimento* e expõe que tais noções se referem a fenômenos complexos que associam fatores biológicos, sociológicos, econômicos, ambientais, culturais e individuais. Para o autor (1991), as maneiras pelas quais as questões de doença são representadas de uma sociedade para outra são extremamente diversas. E até em uma mesma sociedade, em certo momento da sua história, “as correntes médicas, os sistemas de pensamento, as escolas, os comportamentos sociais são extremamente variados e a essas variações sociais acrescentam-se as variações individuais” (p. 11).

A partir disso, Laplantine (1991) repensa os conceitos de *disease*, *illness* e *sickness*. Segundo ele, a língua francesa traz um único termo para tratar o processo de adoecimento (*maladie*), enquanto a língua inglesa traz essa tripla terminologia. *Disease* está fundamentada em um conhecimento objetivo, trazendo a ideia *de doença tal como ela é apreendida pelo conhecimento médico* e está vinculada a uma manifestação física e concreta dos sinais do corpo, dos sintomas, das síndromes. *Illness* vem no sentido oposto à ideia de *disease* e o apresenta como um *conjunto dos sistemas exteriores ao campo biomédico*, tratando a doença *tal como é experimentada pelo doente*, vinculada a sua experiência subjetiva, explicitada por meio da queixa. *Sickness* é representado por um estado menos grave e mais incerto que *illness*, a um mal-estar de maneira geral. Apresenta-se como um conceito mais amplo,

vinculado à elaboração das representações do doente e do médico, como o *processo de socialização de disease e illness*.

Fullford (1994) retoma a diferença entre os termos *illness* e *disease*. Ele enfatiza que na prática psiquiátrica (médica), parte-se da *disease* (perspectiva médica) para se escutar a *illness* (perspectiva do paciente), sendo que deveria ocorrer o contrário: partir da *illness* do paciente, da experiência e qualificação de sua fala, para se chegar à *disease*, que diz respeito à avaliação médica. Aponta também que, na perspectiva da psiquiatria, a própria ideia de *paciente* é conveniente, pois indica uma perda de autonomia e agência do mesmo.

O termo *saúde*, que compõe *saúde mental*, advém, portanto, da interpretação da loucura como doença, em certo momento histórico, bem como da saúde como ausência de sintomas. Estamos diante de uma dominação da loucura por parte da medicina e, juntamente a isso, da importação de todo um aparato semiológico e lógico como viés hegemônico de sua compreensão.

Martins (2003) afirma o quanto a incorporação dos pressupostos biomédicos para o campo especificamente humano, mediado, das *psicopathologias* é problemática. Sobretudo no que diz respeito à importação de uma prática semiológica.

O autor aponta que para compreender e tratar os signos é necessário conhecer o campo de saber onde eles são construídos para que se compreendam os mecanismos que os decodificam. Partindo da teoria de Pierce, Martins (2003) aponta três lógicas semiológicas na operação dos signos: a icônica, a indicial e a simbólica. A lógica icônica trabalha pela semelhança, por meio das similaridades dos signos, como quando vemos uma placa em uma estrada contendo a imagem de um animal e deduzimos que naquele trecho pode haver animais próximos à pista. A lógica indicial vai trabalhar com a ligação entre a causa e o efeito, ou seja, parte-se do efeito para se deduzir a causa. É quando vemos um sinal de fumaça no horizonte e pensamos: “há fogo!”. A lógica simbólica é a utilizada no campo especificamente humano, da

psicopatologia, e implica em mediação, isto é, em presença de linguagem e produção de sentido.

A psiquiatria, tal como se consolidou historicamente, se utiliza da lógica indicial, trabalhando com causa e efeito. Por meio de sinais e sintomas, o psiquiatra procura fazer uma implicação de causalidade, na tentativa de achar um indicador unívoco, o signo patognomônico, o sinal específico daquela doença, que a diferenciará definitivamente de todas as outras. Contudo, essa lógica, ao ser importada para o campo da psicopatologia, se esquece de que não está lidando com o mesmo tipo de signos e fenômenos. A naturalização de fenômenos subjetivos leva a problemas graves: a desqualificação da fala do sujeito, sendo a linguagem tratada como mera função, podendo ser facilmente transformada em sintoma. Como conclui Laplantine (1991), *disease* foi sobreposto à *illness*: “no encontro entre a doença tal como é subjetivamente experimentada (*illness*) e tal como é cientificamente observada e objetivada (*disease*), a prática biomédica consiste em reintegrar totalmente a primeira à segunda” (p. 17).

Como aponta Zanello e Martins (2010), a lógica indicial funciona bem para signos imotivados, para o campo biológico e orgânico, cujos signos não necessitam da mediação da cultura e da subjetividade. Quanto mais os signos são imotivados, mais facilmente pode ser universalizado o adoecimento. Assim funcionam as ciências exatas e biológicas, como, por exemplo, ao tentar diagnosticar uma pessoa com catapora, ainda que esta se encontre em coma, ainda será possível interpretar, por meio daqueles signos imotivados que apresenta, a doença da qual esta padece.

Contudo, a importação desse pensar traz muitos ruídos, enganos e preconceitos para a leitura do sofrimento psíquico, que deveria se guiar pela lógica semiológica simbólica, já que se trata de um sujeito produtor de sentido, implicado no seu sofrimento, imerso nas suas referências culturais. Por isso, faz-se mister uma mudança de pensamento e uma busca de

referências que qualifiquem a linguagem daquele que sofre e que valorizem sua vivência e seu contexto cultural (Zanello & Batista, prelo).

O termo *mental* também é um termo problemático, pois pressupõe, de início, uma possibilidade de separação da mente e do corpo. Essa forma de caracterizar o ser humano obedece a uma lógica frequente de dicotomias em que se polarizam corpo e mente, social e individual, normativo e espontâneo.

Segundo Kirmayer (1994), a *mente*, pressuposta no conceito de *mental*, é uma criação social. “A tendência a localizar a mente dentro do indivíduo é nela mesma um traço da nossa ‘folk psychology’ que ignora a distribuição social dos processos mentais” (p. 6). Se o conceito de *mental*, no “ocidente” pode ser suficientemente elaborado de maneira abstrata para ser aplicado transculturalmente, ou seja, aos mais diversos povos e culturas, termos cognatos em outras culturas podem não ter a mesma conotação.

Pode-se afirmar, então, que o conceito de *saúde mental* é relativo? Há posicionamentos controversos. De um lado, há autores que afirmam que o conceito é um só, havendo diversidades apenas no que tange à sua aplicação (Wakefield, 1994). Por outro lado, autores da psiquiatria transcultural afirmam que muitas culturas⁹ reconhecem comportamentos fora do padrão esperado com um tipo de problema específico, mas ao mesmo tempo, não o interpretam como doença (Kirmayer, 1994). Dessa maneira, as diferentes culturas – inclusive os povos indígenas brasileiros – parecem diferir em relação ao reconhecimento, classificação, explicação e cuidado daquilo que chamamos de sofrimento/adoecimento/transtorno mental.

⁹ A própria definição de *cultura* é problemática, havendo, segundo Alarcon (1995), mais de 200 definições possíveis. Segundo o autor, ela emerge de um arranjo heterogêneo de muitos elementos: linguagem, etnicidade, religião, tradição, crenças, valores, relações interpessoais, modos de produção, modos de organização social, entre outros.

OS TERMOS *ÍNDIO* E *INDÍGENA* – GENERALIZAÇÃO QUE HOMOGENEIZA O DIVERSO

Utilizamos constantemente a expressão *povos indígenas*, contudo ela se mostra genérica, pois não diz nada além de diversos grupos humanos espalhados pelo mundo com muitas diferenças entre si. A ideia de *povos indígenas* nos induz a uma imagem de coletividade homogênea, reduzindo a multiplicidade de grupos étnicos que habitam o país desde muito antes da colonização europeia. Segundo Cunha (1986, p. 433), o termo *indígena* vem do latim relacionado com o grego *endogenés*, que significa *nascido em casa*, referindo-se àquele que já se encontrava em determinado território antes da chegada de outrem.

Segundo referências do Instituto Socioambiental (ISA, 2014) é apenas o uso corrente da linguagem que faz com que no Brasil chamemos os povos originários de indígenas. Na Austrália, a forma genérica de designá-los é *aborígene*. Independente disso, ambos os termos se referem a “originário de determinado país, região ou localidade; nativo”.

Tratar a diversidade das populações indígenas no Brasil reduzindo-as ao termo “índios” significa desprezar inúmeras concepções de realidade e vivências. Inclusive, José (2010) afirma que designá-los genericamente como “índios” consiste em um equívoco clássico que se refere à chegada dos colonizadores, que, ao desembarcarem nas Américas, pensaram estar na Índia. *Indígenas*, portanto, não equivale a *índios*, embora este último termo continue a ser usado nas Américas com o sentido do primeiro. Outro termo muito utilizado para designar os povos indígenas das Américas (Norte, Central e Sul), é *ameríndio*, visto possuírem algumas semelhanças que os unem.

Um ponto que vale salientar diz respeito às implicações da ideia reificada de *ser indígena*, ou seja, julgar que o indígena deve seguir à risca um protocolo de comportamentos, crenças, costumes e vestimentas específicas para poder se afirmar indígena. Em primeiro lugar, as culturas indígenas não são estáticas. A partir do contato com a sociedade não

indígena uma série de mudanças aconteceram no modo de viver desses povos, e, dessa maneira, como quaisquer outras culturas, elas muda(ra)m ao longo do tempo, seja por influência estrangeira ou não. Obviamente, as mudanças decorrentes do contato, em algumas sociedades, foram/são críticas visto que muitas perderam (estão perdendo) até suas línguas maternas.

Diante disso, é importante compreender que quem determina quem é *indígena* ou não são os próprios indígenas. O Brasil, nos dias atuais, segue a autodeterminação dos povos, sendo que indígena é “qualquer membro de uma comunidade indígena reconhecido por ela como tal” (Viveiros de Castro, 2005).

Por fim, em relação aos termos *índio* e *indígena*, é forçoso apontar que ambos, independentemente, encobrem, em um suposto conceito unívoco e globalizante, uma diversidade heterogênea, com muitas especificidades. Contudo, diante dessa diversidade, repleta de especificidades, que habita o Brasil¹⁰ (e suas “fronteiras”), utilizamos ainda o termo *povos indígenas*, ou simplesmente *indígenas*, pela dificuldade de contemplarmos, em outro termo, essa heterogeneidade que constitui os povos originários no Brasil.

SAÚDE MENTAL EM CONTEXTOS INDÍGENAS: PROBLEMAS NA TRANSPOSIÇÃO DE CONCEITOS E AS CONTRIBUIÇÕES DA PSIQUIATRIA TRANSCULTURAL

A partir dos pontos já elencados até o momento na discussão deste trabalho, surge a pergunta: o que tem os povos indígenas a ver com tudo isso? Muita coisa. Segundo pesquisas na área de saúde indígena (Souza, 2002; Langdon & Garnelo, 2004; Guimarães & Grubits,

¹⁰ No Brasil, existem em torno de 305 etnias indígenas, falantes de 274 línguas. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (Censo 2010), a população indígena é estimada em 896.900 mil indivíduos, o que corresponde a 0,4% da população brasileira.

2007; José, 2010; Bonfim, 2010; Gonçalves, 2011; Ferreira, 2012 e outros), o atendimento de povos indígenas para questões nominadas como *saúde mental* pelo serviço médico urbano é uma realidade, sendo os problemas de álcool, violência e suicídio os mais demandados (Cimi, 2013).

Muitas vezes, quando o problema em questão não é passível de cuidado dentro da própria comunidade, é direcionado a uma equipe de saúde composta por profissionais não indígenas. Nesse momento, todo o sistema étnico de crenças entra em choque com o sistema médico (e psiquiátrico) convencional, encontro no qual se desenvolve uma série de problemas de tradução cultural.

Como já bem apresentado por Stock (2010), a concepção de *saúde mental* construída e utilizada por muitos profissionais de saúde não corresponde ao conjunto conceitual cosmológico dos indígenas. Além disso, os temas que facilmente são ligados à área de saúde mental pela nossa sociedade não possuem uma exata correspondência entre os povos indígenas.

Dessa maneira, a chance de um diálogo desequilibrado entre os saberes é muito grande e pode ter consequências desastrosas para a comunidade. Como afirma Bizerril (2007), o profissional de saúde que, diante de uma situação de diferença tão aparente, ignora aquela realidade cultural, incorre em um grande risco de conferir um significado psicopatológico a fenômenos que possam ter outro *status* dentro daquele grupo.

Pensar em um atendimento em saúde mental para populações indígenas implica problematizar, necessariamente, quaisquer classificações psicopatológicas rígidas. É preciso considerar que tais classificações foram construídas ao longo de um contexto sócio-histórico-cultural específico, cuja legitimidade do conhecimento biomédico ocidental é tomado como incontestável perante outras referências de explicação dos fenômenos sociais e individuais.

Esse é o caso das referências indígenas, que, muitas vezes, são desconsideradas ao se chocarem com o saber médico dominante.

De antemão, temos alguns problemas estruturais. O principal deles retoma a ideia de Izaguirre (2011) sobre o paradigma médico vigente e seus respectivos tratamentos. Um dos pontos altos dos paradigmas da psiquiatria, em todos os seus momentos, diz respeito à noção de *adoecimento* como fenômeno individual, cuja etiologia se remete a causas “internas”, com total ou parcial responsabilidade do adoecido. Na grande maioria das sociedades indígenas brasileiras, a ênfase recai na noção social de indivíduo, quando ele é tomado pelo seu lado coletivo. O indivíduo é só um instrumento de uma relação complementar com a realidade social (Seeger *et al.*, 1979). Nossas formas de pensar e criar instituições sempre estão focadas no indivíduo. A filosofia ocidental se constrói para pensar a essência do ser individual. O direito, a economia, a medicina, a psicologia, a família, tudo gira em torno de indivíduos que se relacionam, mas não são, em essência, *indivíduos coletivos*, como demonstra ser o caso da grande maioria das populações indígenas brasileiras.

Nesse sentido, temos também o choque diante da noção de pessoa, já que em grande parte dessas sociedades não há a clara separação do mental e do físico e nem a demarcação dos processos de pensar e sentir “dentro” da “pessoa” (Souza, 2001).

Segundo Seeger *et al.* (1987), “a originalidade das sociedades tribais brasileiras reside em uma elaboração particularmente rica da noção de pessoa, com referência especial à corporalidade enquanto idioma simbólico focal” (p. 2). Isso significa que a noção de pessoa e o lugar dado ao corpo são caminhos básicos para a compreensão adequada da organização social e cosmologia dessas sociedades¹¹.

¹¹ Para aprofundamento acerca da discussão sobre a noção de pessoa entre as sociedades indígenas brasileiras, ver: Lima (1996); Viveiros de Castro (1996); Souza (2001) e outros.

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

A própria noção de *pessoa* não pode ser tomada como sendo equivalente a um organismo biológico isolável, pois os limites nem sempre coincidem com os da pele. Se, em nosso contexto, a noção de pessoa é marcada por uma noção individualista e utilitária, há grupos culturais nos quais não apenas a noção de *pessoa* não tem como base a metáfora identitária da substância (isto é, constância), como também pode haver troca e fusão de pessoas entre outros membros e com animais. As contribuições do perspectivismo ameríndio difundido no Brasil por Viveiros de Castro (2002) e seguidores trabalham com concepções diferenciadas de pessoa entre as populações indígenas sul-americanas.

Ainda sobre a ideia de paradigma e tratamento, outro ponto bastante presente no paradigma psiquiátrico atual, principalmente nas últimas versões do DSM IV e do DSM V, é o diagnóstico. E a partir do diagnóstico, temos como desdobramento, quase sempre, prescrições medicamentosas, inclusive para membros de comunidades indígenas¹².

Essa ideia aliada ao transbordamento do DSM para outros setores da cultura, bem como um transbordamento transcultural, tem propiciado o que Alarcon (1995) chamou de nova forma de colonização cultural americana. Diante disso, faz-se necessário alertar que esse transbordamento, além de ser arbitrário, não transforma suas categorias em universais. Sobre

¹² Ver Souza (2002), Diehl & Grassi (2010), Ferreira (2012), José (2010), Stock (2010).

isso, Julien (2009) afirma que, ao pensarmos em um diálogo entre culturas, não podemos deixar de problematizar a universalização dos conceitos e categorias,

pois quando, no diálogo entre culturas, debatemos acerca do universal nos dias de hoje, não podemos mais fingir esquecer de que lugar preciso, epistemológica e culturalmente circunscrito, importamos sua exigência: da “evidência” da ciência, seguramente, para qual apenas é objetivo o conhecimento regido por conceitos do entendimento (deduzidos transcendentemente: as “categorias”), e que, portanto, é sempre válido necessariamente e para todos, não podendo variar de uma caso para outro, sendo depurado de toda subjetividade e, como tal, universalmente válido (Julien, 2009, p. 21).

Ao se questionarem alguns problemas como esses levantados, acerca do transbordamento do DSM, suas categorias, seus diagnósticos e tratamentos, iniciaram-se algumas discussões presentes nos estudos da psiquiatria transcultural.

Segundo Bains (2005), em 1956, sob a orientação de Eric Wittkower, no Canadá, foi publicado o boletim *Transcultural Research in Mental Health Problems*, dando-se início a um novo campo dentro da psiquiatria, marcado, primeiramente, por estudos baseados nos diversos tipos de sofrimento emergidos no pós-guerra.

Helman (1994) afirma que a psiquiatria transcultural é uma das maiores ramificações da antropologia médica e trata-se do “estudo e comparação do sofrimento mental, aflição (*illness*), em diferentes culturas” (p. 246). Seu foco recai primordialmente sobre a aflição (*illness*) e menos sobre a doença (*disease*). Isso quer dizer que a ênfase é dada mais às dimensões socioculturais, psicológicas e comportamentais e menos à dimensão orgânica dos transtornos psicológicos.

A partir disso, três abordagens surgem para tentar responder às questões desse novo olhar (Helman, 1994; Zanello & Batista, prelo). Segundo a abordagem biológica, as doenças (*diseases*) se apresentam como universais, amparadas por um corpo que responde de forma similar nas mais diversas culturas. Essa abordagem foi bastante criticada, pois se dizia não haver muita diferença entre esta abordagem e a psiquiatria tradicional na interpretação das “doenças mentais”, pelo fato de se enfatizarem os aspectos biológicos e a importação das

categorias nosológicas ocidentais, em detrimento dos aspectos sociais, políticos e econômicos das diferentes culturas. Na abordagem social, desenvolvida e defendida, sobretudo, por sociólogos, a “doença mental” é vista como uma invenção, um mito, descartando-se a possibilidade de sua universalidade. Nesta abordagem, a crítica recai sobre a indiferença dos autores a certos marcadores biológicos presentes em alguns quadros de “adoecimento mental”, já que esses afirmavam que a própria definição de sofrimento mental seria específica a uma cultura. Já a abordagem combinada pregaria certa universalidade no comportamento “anormal”, o qual, poderia, contudo, manifestar-se de forma diversa em diferentes culturas.

Diante dessas perspectivas, Kirmayer (2009) afirma que a psiquiatria transcultural e a interpretação do adoecimento mental em outras sociedades não ocidentais foram marcadas por muitos mal entendidos. Isso porque a “velha psiquiatria transcultural”, que tinha como um de seus defensores Yap (1974), está calcada na ideia de que “a cultura era vista como influenciando a patoplasticidade, enquanto sintomas considerados nucleares refletiam uma patogênese baseada em processos biológicos universais” (p. 66), ou seja, a loucura ainda sendo vista como um evento biológico, universal, enquanto a cultura é local. Segundo Kirmayer (2009), a ênfase da nova psiquiatria transcultural tem sido marcada pela cultura como “criadora de enquadramentos alternativos ou sistemas de significado” (p. 66).

Kirmayer considera que seu posicionamento pode ser interpretado como a de um relativista radical, ou pertencente à abordagem social, contudo, afirma que ele está fundamentado em estudos que têm incitado os pesquisadores a rever os quadros de referência que utilizam na abordagem cultural do adoecimento/aflição mental. Nessa mesma linha, Pussetti (2009) critica a atitude dos profissionais ocidentais que “traduzem por meio dos códigos nosográficos da psiquiatria os comportamentos, as palavras e os sintomas de pessoas que vivem em sociedades não ocidentais” (p. 88).

Dentro desta “nova psiquiatria transcultural”, Littlewood (1990) também teceu críticas à psiquiatria comparada de Yap (1974) e questionou a conveniência de transpormos as categorias derivadas da nossa tradição cultural para compreendermos outras culturas. Para Littlewood (1990), os estudos das psicopatologias realizados em outras culturas devem identificar as classificações nativas para daí realizar uma abordagem comparativa, em lugar de começar com categorias ocidentais pré-estabelecidas. Para isso, é necessário questionar a ideia sobre a universalidade das doenças mentais. O interesse recairia, dessa maneira, nas categorias locais de doenças inscritas em contextos socioculturais específicos e as analogias entre as categorias diagnósticas da psiquiatria.

Martinez-Hernández (2000) acredita que um dos problemas enfrentados pela psiquiatria em outros contextos culturais diz respeito, principalmente, ao tipo de diagnóstico realizado por ela: o diagnóstico que nada mais é senão uma listagem descritiva de sintomas (utilizando-se do DSM). E mais, no fato de ela não considerar tais sintomas como um conjunto de significados enraizados em um dado contexto sociocultural e como esses sintomas são expressivos das realidades simbólicas da aflição e do sofrimento.

Martinez-Hernández (2000) afirma que os sintomas descritos por um paciente no encontro com o profissional é um momento em que o paciente descreve sua própria visão sobre seu adoecimento. Contudo, há uma reificação das suas percepções subjetivas, na qual não se considera a trajetória biográfica e cultural do sujeito em sofrimento. O autor aponta que o resultado da avaliação clínica feita dessa forma configura “uma paisagem psicopatológica a qual parece ter grande coerência interna, mas que, ao mesmo tempo, está isolada da moldura biográfica, histórica e cultural no interior do qual ela adquire um significado específico” (Martinez-Hernández, 2000, p. 7).

Neste sentido, pensarmos na sintomatologia estática do DSM como ainda um possível instrumento a ser utilizado em situações de diferenças culturais marcadas¹³ é uma falácia. O DSM não se apresenta como uma proposta profícua para mediar uma conversação entre as diversas formas de compreensão e explicação (etiologia) da “loucura”, aflição ou sofrimento mental, dentre as varias culturas e povos, inclusive entre os povos indígenas no Brasil, mostrando-se mais como uma nova forma de colonização cultural. Prova disso está em uma publicação encontrada na pesquisa realizada por Batista e Zanello (2014, inédito), em que os autores (Caixeta; Andrade & Bordin, 2010), tentaram investigar a prevalência dos sintomas do TDAH entre crianças Karajá na Amazônia Legal Brasileira. A pesquisa concluiu que: “no total de 53 crianças avaliadas, ninguém estava livre de transtornos psiquiátricos e 13 apresentaram sintomas e comportamentos coerentes com a construção do TDAH, com hiperatividade como a principal queixa” (tradução própria).

A realidade indígena brasileira, composta por tamanha diversidade, ao mesmo tempo também é parte de um grande quadro de vulnerabilidade (com muitas queixas nominadas como da ordem da *saúde mental*) e necessita de pesquisas e intervenções, as quais podem dialogar com a escola da psiquiatria transcultural. A psiquiatria transcultural, por meio da sua metodologia de pesquisa, bem como por suas reflexões epistemológicas, pode ser de grande valia para conhecer os sentidos e mapear a própria taxonomia classificatória e existencial de cada povo e cultura, no que tange às suas formas e linguagens de aflição/sofrimento mental.

Por fim, cabe ainda destacar a necessidade de reconstruirmos, a partir de novos pressupostos epistemológicos, um repertório conceitual capaz de transitar, minimamente, em territórios étnicos e culturalmente diferenciados, sem que tenham um caráter violento e

¹³ Nas páginas finais do DSM-V encontramos o tópico Formulação Cultural, que traz orientações para tentativa de diagnóstico em contextos culturais diferenciados. A intenção deste adendo é de suprir a carência teórica do manual de estudos culturais. Contudo ainda estamos diante do problema da universalidade, visto que se sugere uma entrevista diferenciada com o paciente, que contemple minimamente algumas vivências culturais. Contudo, o fenômeno investigado ainda é visto e classificado segundo uma visão epistemológica pragmática, ou ainda visto como um transtorno.

colonizador, e que, pelo contrário, sejam capazes de escutar suas elaborações subjetivas permeadas por sua trajetória cultural, familiar e comunitária. Ainda estamos longe de vencer todos os desafios que fazem parte de um diálogo efetivo com questões de *saúde mental* nos diversos contextos culturais, principalmente, entre as populações indígenas brasileiras, contudo já é um grande passo desconstruir certos conceitos e reconhecer os limites de nosso próprio saber.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: texto revisado (DSM-IV-TR)*. Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-V)*. Porto Alegre: Artmed.
- Alarcon, R. D. (1995). Culture and Psychiatric Diagnosis. *The Psychiatric Clinics of North America*, 18(2), 449-465.
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Bains, J. (2005). Race, culture and psychiatry: a history of transcultural psychiatry. *History of Psychiatry*, 16(2), 139-154.
- Batista, M. Q. & Zanello, V. (inédito). *Saúde Mental Indígena: escassez de pesquisas brasileiras, invisibilidade das diferenças*.
- Bizerril, J. (2007). Dilemas classificatórios: fronteiras entre a experiência religiosa e a psicopatologia. In Freitas, M. H. & Pereira, O. P. (Orgs.). *Vozes do silenciado: estudos nas fronteiras da filosofia, antropologia e psicologia* (pp. 129-152). Brasília: Universa.

- Bekerman, J. (2011). Não há classificação que não seja arbitrária e conjuntural. In Jerusalinky, A. & Fendrik, S. (Orgs.). *O livro negro da psicopatologia contemporânea* (pp. 23-27). São Paulo: Via Lettera.
- Bonfim, T. E. D. (2010). *Saúde mental e sofrimento psíquico de indígenas Guarani-Mbyá de São Paulo: um relato de experiência*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Caixeta, L., Andrade, L. H. S. & Bordin, I. A. (2010). Attention deficit/hyperactivity disorder symptoms in indigenous children from the Brazilian Amazon. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 68(4), 541-544.
- Cherubini, K. G. (2006). Modelos históricos de compreensão da loucura. Da antiguidade clássica a Philippe Pinel. *Jus Navigandi*, Teresina, 11(1135). Recuperado em 08 abril, 2014 de <http://jus.com.br/revista/texto/8777/modelos-historicos-de-compreensao-da-loucura/1>
- Conselho Indigenista Missionário (CIMI) (2013). *Relatório: violência contra os povos indígenas no Brasil*. Recuperado em 20 julho, 2014 de http://cimi.org.br/pub/Relatorio_Violencia_dados_2013.pdf
- Cunha, A. G. (1986). *Dicionário etimológico nova fronteira da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Diehl, E. E. & Grassi, F. (2010). Uso de medicamentos em uma aldeia Guaraní do litoral de Santa Catarina, Brasil / Use of medicines in a Guaraní indian village on the coast of Santa Catarina State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(8), 1549-1560.
- Esperanza, G. (2011). Medicalizar a vida. In Jerusalinky, A. & Fendrik, S. (Orgs.). *O livro negro da psicopatologia contemporânea* (pp. 53-59). São Paulo: Via Lettera.
- Fendrik, S. (2011). O DSM-IV: uma metafísica comportamentalista In Jerusalinky, A. & Fendrik, S. (Orgs.). *O livro negro da psicopatologia contemporânea* (pp. 29-37). São Paulo: Via Lettera.

- Ferreira, L. O. (2012). Jurupari ou “visagens”: reflexões sobre os descompassos interpretativos existentes entre os pontos de vista psiquiátrico e indígenas. *Mediações – Revista de Ciências Sociais*, 16(2), 249-265.
- Foucault, M. (2006). *O poder psiquiátrico (1973-1974)*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (1975). *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Foucault, M. (1982). *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1982.
- Foucault, M. (1999). *Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*. (Coleção Ditos e Escritos, vol. I). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Fulford, K. W. M. (1994). Closet logics: hidden conceptual elements in the DSM and CID classifications of mental disorders. In Sadler, J. Z., Osborne, P. W., Schwartz, M. A. *Philosophical perspectives on psychiatric diagnostic classification* (pp. 211-232). London: The Johns Hopkins University Press.
- Gonçalves, L. J. M. (2011). *Na fronteira das relações de cuidado em saúde indígena*. São Paulo: Annablume.
- Guimarães, L. A. & Grubits, S. (2007). Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira. *Psicologia & Sociedade*, 19(1), 45-51.
- Grubits, S. & Silva, M. P. C. D. (2006). Reflexões éticas em pesquisas com populações indígenas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 26(1), 46-57.
- Instituto Socioambiental (2014). *Povos indígenas no Brasil*. Recuperado em 04 setembro, 2014 de <http://pib.socioambiental.org/pt/c/faq#1>
- Helman, C. G. (1994). *Culture, health and illness*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Izaguirre, G. (2011). Elogio ao DSM-IV. In Jerusalinky, A. & Fendrik, S. (Orgs.). *O livro negro da psicopatologia contemporânea* (pp. 13-22). São Paulo: Via Lettera.
- Jullien, F. (2009). *O diálogo entre as culturas: do universal ao multiculturalismo*. Rio de Janeiro: Zahar.

- Kirmayer, L. J., Young, A., Robbins, J. (1994). Symptom attribution in cultural perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, 9, 584-595.
- Kirmayer, L. J. (2009). Cérebros, corpos e pessoas em movimento: a nova psiquiatria cultural e as ironias da globalização. In Lechner, E. (Org.). *Migração, saúde e diversidade cultural* (pp. 63-83). Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Kleinman, A. (1977). Depression, somatization and the “New Cross-Cultural Psychiatry”. *Social Science and Medicine*, 11, 3-10.
- Kleinman, A. (1988). *Rethinking psychiatry*. New York: FreePress.
- Kleinman, A. (1986). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. In Curren, C. & Stacey, M. (Orgs.). *Concepts of health, illness and disease: a comparative perspective* (pp. 29-47). Oxford, Berg Publishers.
- Langdon, E. J. (2004). Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In Garnelo, L. & Langdon, E. J. (Orgs.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Associação Brasileira de Antropologia.
- Langdon, E. J. & Garnelo, L. (Orgs.) (2004). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro, RJ: Contra Capa Livraria/Associação Brasileira de Antropologia.
- Laplantine, F. (1991). *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes.
- Le Breton, D. (2003). *Adeus ao corpo: antropologia e sociedade*. (3a ed.). Campinas: Papirus.
- Lima, R. C. (2012). Três tópicos sobre a relação entre DSM e política. In Neto, F. K. & Calazans, R. (Orgs.). *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs* (pp. 95-111). Barbacena: EdUEMG.
- Lima, T. S. (1996). O dois e seu múltiplo: reflexões sobre o perspectivismo em uma cosmologia tupi. *Mana*, 2(2), 21-47.
- Littlewood, R. (1990). From categories to contexts: a decade of the new cross-cultural psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, London, 156, 308-327.

- Martinez-Hernández, A. (2000). *What's behind the symptom? On psychiatric observation and anthropological understanding*. Netherlands: Harwood Academic Publishers.
- Martins, F. (2003). *Psicopatologia II – Semiologia Clínica*. Brasília: Laboratório de Psicopatologia e Psicanálise. Brasília: ABRAFIPP.
- Neto, O. F. & Calazans, R. (2012). DSM: nova versão, velhas questões, antigas pretensões. In Neto, F. K. & Calazans, R. (Orgs.). *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs* (pp. 9-16). Barbacena: EdUEMG.
- Neto, O. F. O saber e a verdade no DSM. In Neto, F. K. & Calazans, R. (Orgs.). *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs* (pp. 155-172). Barbacena: EdUEMG.
- Oliveira, M. (2004). A intervenção como um processo em construção: notas para a redução do uso de bebidas alcoólicas e alcoolismo entre os Kaingang. In Garnelo, L. & Langdon, E. J. (Orgs.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Associação Brasileira de Antropologia.
- Organização Mundial de Saúde (Coord.) (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed.
- Pessotti, I. (1994) *A loucura e as épocas*. Rio de Janeiro: Ed. 34.
- Pusseti, C. (2009). Psicologias Indígenas: da antropologia das emoções à etnopsiquiatria. In Lechner, E (Org.). *Migração, saúde e diversidade cultural* (pp. 85-119). Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Seeger, A., Da Matta, R. & Viveiros de Castro, E. B. (1979). *A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras*. Rio de Janeiro: Museu Nacional.
- Souza, M. C. (2001). Nós, os vivos: “construção da pessoa” e “construção do parentesco” entre alguns grupos Jê. *RBCS – Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 16(46), 69-96.
- Souza, M. L. P. & Garnelo, L. (2006). Desconstruindo o alcoolismo: notas a partir da construção do objeto de pesquisa no contexto indígena. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, 9(2), 279-292.

- Souza, M. L. P. (2002). Reação esquizofrênica em paciente indígena. *Casos Clínicos em Psiquiatria*, 4(1), 30-32.
- Stock, B. S. (2010). *A alegria é a prova dos nove: o devir-ameríndio no encontro com o urbano e a psicologia*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Stop DSM. A obrigação a uma referência diagnóstica ao DSM prejudica a cientificidade; opera à revelia do tratamento psíquico; tem um custo altíssimo para os estados; e paralisa a pesquisa e o ensino. Recuperado em 16 outubro, 2014 de <http://www.stop-dsm.org/index.php/fr/component/content/article?layout=edit&id=14>
- Viveiros de Castro, E. (1996). Os pronomes cosmológicos e o perspectivismo ameríndio. *Mana*, Rio de Janeiro, 2 (2), 115-144.
- Viveiros de Castro, E. (2002). *A inconstância da alma selvagem*. São Paulo: Cosac Naify.
- Viveiros de Castro, E. (2006). Instituto Socioambiental – Povos Indígenas no Brasil. Recuperado em 02 setembro, 2014 de <http://pib.socioambiental.org/pt/c/no-brasil-atual/quem-sao/quem-e-indio>
- Wakefield, J. (1994). No (Is the concept of mental disorder culturally relative?). In Kirk, S. A. & Einbinder, S. (Eds.). *Controversial issues in mental health* (pp. 1-20). Boston: Allyn and Bacon.
- Yap, M. P. (1974). *Comparative psychiatry: a theoretical framework*. Toronto: University of Toronto Press.
- Zanello, V. & Batista, M. “Saúde-mental” indígena: do que estamos falando e a partir de onde? In Abdala, M. (Org.). *Saúde mental indígena* (prelo).
- Zanello, V. & Martins, F. (2010). O reencontro da clínica com a metáfora. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 15 (1), 189-196.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como vimos ao longo dos artigos 1 e 2 que compuseram esta dissertação, o campo da *saúde mental* em relação aos povos indígenas no Brasil tem um longo caminho a percorrer. Trata-se de um percurso que passa por incentivar pesquisas, problematizar conceitos, quebrar paradigmas elaborados sobre bases teóricas oriundas da cultura ocidental, formação profissional, entre outras demandas.

Os estudos e pesquisas acerca do tema se mostraram claramente incipientes, bem como a problematização teórica e epistemológica contida na maioria deles.

Esse problema está enraizado em algumas questões emblemáticas. Primeiro, as questões indígenas nunca tiveram, politicamente, peso e visibilidade nas pautas governamentais brasileiras. Isso não significa dizer que ações importantes não foram feitas, significa dizer que a agenda indígena nunca foi e dificilmente será *prioritária* para que se consiga visibilidade perante os mais variados segmentos da sociedade. Pelo contrário, os povos indígenas têm sido historicamente silenciados, invisibilizados, esquecidos, violentados e sistematicamente estereotipados de maneiras perversamente preconceituosas (Langdon & Garnelo, 2004).

Se as questões indígenas não são pautas frequentes, quando o são, na maioria das vezes, tratam das questões territoriais e/ou ambientais, pois é nesse momento que colidem com interesses de grupos economicamente hegemônicos. Dessa maneira, questões de saúde indígena, mais ainda de saúde mental, são pautas ainda mais raras nas discussões midiáticas e governamentais acerca da temática indígena.

Esse cenário de invisibilidade generalizado se expande para o âmbito acadêmico, onde a temática indígena ficou circunscrita ao campo de conhecimento da antropologia, sendo rara

sua presença nas disciplinas das áreas da saúde, principalmente na psicologia¹⁴, especialidade que tem se firmado como uma das referências no campo da saúde mental.

Contudo, não foi apenas devido ao isolamento voluntário ou imposto pelo Estado aos grupos indígenas que a psicologia por tanto tempo se silenciou frente à realidade indígena. Assim como o saber médico psiquiátrico, a psicologia também se fundou enquanto campo de conhecimento a partir de uma construção teórica baseada na cultura ocidental europeia, bem como em uma concepção de sujeito a partir da sociedade moderna. Desta maneira, a noção de pessoa que informa a práxis dos profissionais de saúde, inclusive de grande parte dos psicólogos, está centrada na ideia de indivíduo moderno (Dumont, 1985), enquanto, em relação à grande maioria das sociedades indígenas brasileiras, a ênfase recai na noção social de indivíduo, tomado pelo seu lado coletivo (Seeger *et al.*, 1979).

Essa dissonância leva a um choque entre sistemas de pensamento, quando um profissional de saúde (psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, entre outros) despreparado e indisposto a problematizar as categorias do seu campo de saber se encontra com a demanda indígena. A consequência disso pode ser a redução desta demanda a problemas patológicos oriundos de uma causalidade biológica ou psicológica que achata o mundo “e não dá conta das diversas possibilidades simbólicas e criativas do humano, comprometendo o próprio diálogo intercultural sobre o qual deve estar pautada a relação profissional de saúde-paciente no contexto da saúde indígena” (Ferreira, 2012). Além disso, as categorias formuladas na tradição ocidental, ao serem transpostas para pensar fenômenos que ocorrem nas sociedades indígenas, podem patologizar comportamentos que são socialmente reconhecidos e validados.

¹⁴ Algumas universidades do Estado de São Paulo, Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Sul, Amazonas têm desenvolvido discussões nos cursos de psicologia acerca da temática indígena. Ao longo do segundo semestre de 2013, este departamento de Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília ofertou a disciplina *Tópicos Especiais em Psicopatologia: Saúde Mental Indígena*, ministrada por esta pesquisadora, aos estudantes da graduação em psicologia.

Nesse sentido, para quaisquer transposições de conceitos e técnicas oriundas do nosso saber para um contexto étnico, é necessário ter a consciência sobre o poder que o etnocentrismo e que a naturalização das representações sociais exerce sobre as construções teóricas e sobre as formas de pensar e agir de cada um. A percepção de que a forma como nós fazemos as coisas não é a única forma de fazê-las sugere um primeiro passo para se pensar a atuação em *saúde mental em contextos indígenas*.

Em vista disso, Ferreira (2012) afirma que, dentre as áreas da saúde, a psiquiatria tem sido a com menos abertura para a diversidade dos modelos explicativos indígenas e a com maior poder normatizador, principalmente por conta da prescrição de medicamentos. Dessa maneira, a autora considera que sem a receptividade e a consideração dos saberes indígenas nos diálogos da saúde (mental) em contexto indígena, “a psiquiatria pode se tornar um dispositivo do poder-saber biomédico a serviço da patologização e medicalização dos corpos e subjetividades das pessoas indígenas, bem como de colonização de comportamentos e instituições sociais” (2002, p. 264).

Assim, a autora reitera a problemática de se consolidarem políticas de saúde mental para os povos indígenas, sustentada sobre os valores psiquiátricos etnocêntricos e universalizantes, como os apresentados por Neto e Calazans (2012), e que ainda são vigentes nos dias atuais. Partindo dessa lógica, Daniel Munduruku, indígena, educador, com formação em psicologia em entrevista à revista *Psique*, afirmou que

não é possível classificar a organização indígena a partir dos parâmetros psis do Ocidente. Claro que há sofrimento (...) muito próximo ao que o homem ocidental vive. No entanto, eles são significados de maneiras diferentes, o que permite uma interpretação diferente desses dramas. (2008, p. 23).

A partir dessa fala, pode-se afirmar que a transposição de nossas categorias universais para o universo indígena incorre no risco de estigmatizar ainda mais e também medicalizar áreas do mundo do Outro que não são imediatamente sensíveis à nossa compreensão.

Dessa maneira, retomando os problemas estruturais para um diálogo mais respeitoso e efetivo entre a saúde ocidental e os povos indígenas, faz-se mister afirmar a necessidade de inclusão destes debates nos cursos de graduação da área da saúde, inclusive na Psicologia, bem como a sensibilização dos profissionais já formados e também a formação específica para aqueles que queiram trabalhar neste campo.

Por fim, além do obrigatório diálogo com o saber indígena, é indispensável que o campo de saber da saúde mental se aproxime e se relacione com outros saberes, que se fundaram no enaltecimento dos estudos de culturas não ocidentais, como a antropologia, a psiquiatria transcultural e a etnopsiquiatria.

Ainda estamos muito longe de superar os desafios implicados em um diálogo efetivo entre questões de *saúde mental* e povos indígenas. Contudo, conscientizar-se de que seu saber foi construído historicamente em uma lógica universal e colonizadora, reconhecer os limites deste saber, problematizar seus conceitos e enfrentar os paradigmas vigentes já é um grande passo para atingir esse horizonte.

REFERÊNCIAS¹⁵

- Brasil. Ministério da Saúde (2007). Portaria GM/MS nº 2759 de 25/10/2007. Estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas e cria o Comitê Gestor. Brasília: MS, 2007.
- Dumont, L. (1985). O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna. Rio de Janeiro: Rocco.

¹⁵ Estas referências dizem respeito às seções Introdução e Considerações finais da dissertação.

- Ferreira, L. O. (2012). Jurupari ou “visagens”: reflexões sobre os descompassos interpretativos existentes entre os pontos de vista psiquiátrico e indígenas. *Mediações – Revista de Ciências Sociais*, 16(2), 249-265.
- Langdon, E. J. & Garnelo, L. (Orgs.) (2004). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Associação Brasileira de Antropologia.
- Langdon, E. J. (2005). A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica. In Baruzzi, R.G; Junqueira, C. (Orgs.). *Parque indígena do Xingu: saúde, cultura e história*. São Paulo: Terra Virgem.
- Neto, O. F. & Calazans, R. (2012). DSM: Nova versão, velhas questões, antigas pretensões. In Neto, F. K. & Calazans, R. (Org.). *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs* (p. 9-16). Barbacena: EdUEMG.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (Org.) (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- Psique Revista* (2008). Raízes tribais. Núcleo Ciência e Vida (ano II, n. 24, 20-27). São Paulo: Escala.
- Seeger, A., Da Matta, R. & Viveiros de Castro, E. B. (1979). *A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras*. Rio de Janeiro: Museu Nacional.
- Zanello, V. & Batista, M. “Saúde” “mental” “indígena”: do que estamos falando e a partir de onde? In Abdala, M. (Org.). *Saúde mental indígena* (prelo).