

UNIVERSIDADE DE UBERABA

PRISCILA MARLENE MOURA CORREIA

**O PSICÓLOGO E A PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL DOS POVOS
INDÍGENAS BRASILEIROS.**

UBERABA – MG

2022

UNIVERSIDADE DE UBERABA
PRISCILA MARLENE MOURA CORREIA

**O PSICÓLOGO E A PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL DOS POVOS
INDÍGENAS BRASILEIROS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Psicologia da Universidade de Uberaba como parte das exigências à conclusão do Bacharelado em Psicologia. Orientadora: Prof^a. Ms. Janete Tranquila

UBERABA – MG

2022

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, aos meus guias e à todas as energias que me sustentaram durante esse ciclo de grande aprendizado, me oferecendo determinação, força e coragem diante todos os obstáculos e compreensão e força diante de todas às grandes oportunidades e vivências que experienciei durante essa trajetória da graduação.

À minha mãe, Adriana de Souza Moura, que sempre esteve ao meu lado, que me apoiou incondicionalmente em minhas escolhas, me incentivando, motivando, acolhendo e escutando durante todos os momentos que foi necessário com imensa determinação e amor. À minha família, minha avó e minha tia Edna que sempre me acolheram e dispuseram de grande afeto acreditando em todas as minhas potências. Ao meu pai Everaldo Corrêa, que me apoiou durante todo esse ciclo, incentivando para que o concluísse da melhor maneira possível. A minha irmã, Laís Corrêa que me apoiou, acreditou, incentivou e empolgou-se junto comigo desde o primeiro momento.

Aos meus professores Gregório Kazi, Gilson Marcos, Thiago, Rafaela Maciel, Marcela Amaral e Janete Tranquila que vem me orientando e acolhendo desde o primeiro período até a conclusão desse trabalho, e à todos os grandes mestres e mestras que sempre me acolheram, me instruíram, me motivaram nesse grande espaço de construção e criação dentro e fora da universidade, possibilitando vivências, construções e desconstruções constantes e potentes nesses espaços.

As minhas amigas Vitória Cristina e Nicole Queiroz que me acompanham há tanto tempo e que sempre me apoiaram, acreditaram, confiaram em todos os momentos que precisei durante essa trajetória. E à todos os amigos, companheiros e companheiras que estiveram comigo nesse caminhar dentro e fora da universidade presentes ao longo desses anos, trazendo aprendizados, convivências, evoluções, conflitos e harmonias diante as mais diversas situações na quais passamos e que nos possibilitaram aprender demasiadamente, que sempre estiveram próximos e vivenciando todas as afecções que emergiram diante desse espaço, na psicologia e na vida

E a todos aqueles que de alguma forma estiveram presentes em algum momento da minha formação, aos espaços que me acolheram para consolidação dos saberes, à Secretaria de Desenvolvimento Social, e todas as famílias que atendi e que me acolheram em suas casas, permitindo gerar potências com seus filhos e família. Ao colégio opção e à toda equipe, alunos e família, que sempre me acolheram, e acreditaram intensamente em meu trabalho com todas as crianças. Ao Instituto Maria Modesto, que me possibilitou espaços de criação, interação, fortalecimento e aprendizado mútuo com os pacientes e equipe.

- Nise da Silveira “É preciso não se contentar com a superfície.”

SUMÁRIO

| | | | |
|----------|--|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 9 | |
| 2 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: | 14 | |
| | 2.1 | CAPÍTULO 1- SAÚDE MENTAL: SUPERANDO A VISÃO DICOTÔMICA SANIDADE-LOUCURA | 14 |
| | 2.2 | CAPÍTULO 2- A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E A INTERFACE COM A SAÚDE MENTAL INDÍGENA. | 19 |
| | 2.3 | CAPÍTULO 3- A PSICOLOGIA E A SAÚDE MENTAL INDÍGENA. | 25 |
| 3 | DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS | 28 | |
| | REFERÊNCIAS | 30 | |

MARLENE MOURA CORREIA. PRISCILA. **O PSICÓLOGO E A PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL DOS POVOS INDÍGENAS BRASILEIROS.** Uberaba/MG, 2022. Monografia. 30p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia). Universidade de Uberaba. Orientadora: Prof.^a Ms. Janete Tranquila Gracioli.

RESUMO

Segundo o censo de 2010 do IBGE, a população indígena 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 270 línguas, aproximadamente. O presente estudo teve como objetivo uma investigação sobre a saúde psicossocial dos povos indígenas brasileiros e a intervenção do psicólogo como agente promotor de um diálogo intercultural em saúde mental considerando aspectos psicológicos, sociais, políticos e antropológicos para a construção geral do trabalho. Para tanto foi realizado uma revisão narrativa da literatura com buscas nas plataformas SCIELO (Scientific Electronic Library Online) LILACS (Literatura LatinoAmericana e do Caribe em Ciências da Saúde) PePSIC (Periódicos Eletrônicos em Psicologia), e por consultas a sites de órgãos públicos federais, considerando, preferencialmente, publicações em língua portuguesa dos últimos dez anos (de Janeiro de 2010 à Dezembro de 2020), respeitando as palavras-chave: saúde mental, povos indígenas brasileiros, promoção de saúde mental e utilizando-se combinações que abordem o tema dessa revisão. Assim foram pesquisados 21 artigos científicos e selecionados e aproveitados para este estudo 13 artigos científicos. Os resultados revelaram que ainda são poucos investimentos em produções científicas sobre os grupos étnicos indígenas no Brasil como também relacionados a saúde psicossocial e atuação da psicologia com povos indígenas a interculturalidade e pluralidade étnica. Diante disso, também vale ressaltar ser um desafio para a categoria e Sistema Conselho de Psicologia para tornar-se ferramenta de promoção de saúde mental em uma prática que carece de maior fundamentação técnica e normatização para o

trabalho de psicólogo(as) neste campo das comunidades indígenas, como também para a criação de espaços, potências, reconhecimentos, protagonismos, identidades, e cuidados com a saúde em todos os seus aspectos de compreensão humana e subjetiva. Em suma, é oportuno ressaltar que ainda deparamos com a representação social do indígena brasileiro atrelada as práticas de atendimento limitantes, excludentes e preconceituosas, mas também reconheço o esforço em buscar e evidenciar outras formas de ensino e atuação de muitos profissionais de saúde exercendo praticas éticas e de respeito a dimensão social, cultural e humana dessas pessoas.

Palavras-chave: Povos Indígenas. Saúde Psicossocial. Atuação do Psicólogo. Promoção Saúde Mental.

1 INTRODUÇÃO

Segundo o censo de 2010 do IBGE, a população indígena 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 270 línguas, aproximadamente.

Apesar do aparente crescimento populacional dos grupos étnicos, tal temática vem sido invisibilizada dentro de diferentes movimentos sociais e no âmbito de pesquisas sociais, assim como a invalidação de métodos originários que perpetuam dentro do cenário originário onde vivem.

Segundo Ferreira (2017) ,considerando que um modelo de atenção em saúde pode ser construído a partir interpretação de uma realidade, é necessária uma integração dos distintos modelos de atenção e de seus diversos saberes e práticas, legitimando um completo olhar de atenção de cuidados e de promoção de saúde, por

meio de um diálogo intercultural, considerando os saberes empíricos e científicos, para além do modelo biomédico, ou seja o indivíduo ou grupos em sua totalidade, considerando a cultura, historicidade, crenças, formas de relação, entre outros.

Ainda segundo o mesmo autor supracitado, a promoção das capacidades dos indivíduos e grupos indígenas propiciam criar suas próprias realidades, bem como a construção políticas públicas institucionalizadas e alternativa e autônoma de intervenções e soluções direcionadas para demandas referente à saúde psicossocial, promovendo autonomia integrando outros modos de conhecimentos e possibilidades de intervir sobre a realidade.

O direito à atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros vem através da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), que tem como objetivo garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral e diferenciada à sua saúde. A PNASPI reconhece a eficácia das medicinas tradicionais indígenas e estabelece o respeito às concepções, valores e práticas relativas ao processo saúde-doença de cada sociedade e aos seus diversos especialistas como um dos seus princípios, determinando por meio da diretriz 4.4 que os serviços de saúde atuem de forma articulada aos sistemas tradicionais indígenas de saúde – medicinas tradicionais indígenas (BRASIL, 2002).

Compreendendo a multiplicidade de grupos étnicos identificados, é afirmativo considerarmos que cada etnia possui semelhanças históricas decorrente do processo de colonização, e em contrapartida possuem características e formas singulares da organização coletiva e diferentes perspectivas dos fenômenos vinculados à saúde e aos demais fatores vivenciados, que no contexto contemporâneo são influenciados através das relações interculturais.

Assim, este estudo objetivou uma investigação sobre a saúde psicossocial dos povos indígenas brasileiros e a intervenção do psicólogo como agente promotor de um diálogo intercultural em saúde mental considerando aspectos psicológicos, sociais, políticos e antropológicos para a construção geral do trabalho.

Trazendo como objetivos específicos investigar quais são as perspectivas de saúde e doença pelos povos indígenas brasileiros, identificar aspectos sociais que possam interferir na qualidade de vida da população indígena, identificar quais são as

possíveis intervenções a serem realizadas pelo psicólogo com a comunidade indígena e compreender o diálogo intercultural da saúde e da promoção de saúde mental dos povos indígenas brasileiros.

Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura científica que tem como pergunta norteadora: “Qual o papel do psicólogo na promoção de saúde mental no contexto dos povos indígenas brasileiros?”

De acordo com Rother (2007), a revisão narrativa da literatura trata-se de publicações amplas que analisa a literatura publicadas em livros, artigos de revista impressa ou eletrônica na interpretação e análise crítica pessoal do autor, sem que seja informada as fontes utilizadas ou as metodologias de busca das referências e os critérios utilizados na seleção dos trabalhos e artigos utilizados.

As buscas foram realizadas nas bases eletrônicas, SCIELO (Scientific Electronic Library Online) LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) PePSIC (Periódicos Eletrônicos em Psicologia), e por consultas a sites de órgãos públicos federais, considerando, preferencialmente, publicações em língua portuguesa dos últimos dez anos (de Janeiro de 2010 à Dezembro de 2020), respeitando as palavras-chave: saúde mental, povos indígenas brasileiros, promoção de saúde mental e utilizando-se combinações que abordem o tema dessa revisão. Assim foram pesquisados 21 artigos científicos e selecionados e aproveitados para este estudo 13 artigos científicos.

A elaboração desse Trabalho de Conclusão de Curso constou na construção de três capítulos, a fim de possibilitar e identificar ferramentas e formas de potencializar a promoção de saúde mental dos povos originários do Brasil e apresentado da seguinte forma:

Capítulo 1: *Saúde Mental: Superando a visão dicotômica sanidade-loucura*, descreveu o contexto sócio histórico as perspectivas de saúde mental, que tinham como foco a dicotomia entre sanidade- loucura, trazendo perspectivas sociais e históricas de como a saúde e o adoecimento mental se transforma nesses contextos, iniciando com a história da loucura para compreendermos o protagonismo da disfuncionalidade como foco e princípio de adoecimento, na qual não eram considerados os diversos aspectos que atravessam o ser humano.

Segundo Langdon (2010), é possível compreender que os conceitos de saúde e doença são construídos e modificados continuamente, atravessados por aspectos temporais e principalmente culturais. A partir dessas compreensões sobre a expansão das compreensões do conceito de saúde mental, pudemos avançar para o próximo capítulo.

Capítulo 2: *A Política Nacional De Saúde Mental e a Interface com a Saúde Mental Indígena*, apresentou as políticas de Saúde Mental no Brasil, para compreender o funcionamento e aplicabilidade das estratégias adotadas por tais políticas e avaliar sua eficácia na promoção de saúde mental dos povos indígenas brasileiros.

Inicialmente vimos a política de Saúde Mental com todos os equipamentos de atendimento do SUS e seus públicos alvos para que pudéssemos compreender a interface com a saúde mental indígena. Assim seguimos para a compreensão da PNPCT (Política Nacional dos Povos e Comunidades Tradicionais) que vem com a proposta de desenvolvimento das comunidades tradicionais, mas que não são edificados na prática, pois são ações construídas em perspectivas coloniais e sem envolvimento preciso dos povos e das comunidades nessas construções.

Foi trabalhado também sobre a atuação da SESAI (Secretaria de Saúde Indígena), e a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASPI) que compatibiliza com as determinações da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), observando esse processo de integralização entre as políticas de saúde afim de possibilitar a construção de um diálogo intercultural da saúde.

Capítulo 3: *A Psicologia e a Saúde Mental Indígena*. trouxe conceitos de cultura relacionados com a saúde enquanto um sistema cultural constituído em uma dimensão simbólica a partir dos pressupostos característicos de cada povo. Dessa forma mostrou o adoecimento como algo universal na experiência humana, e por meio dos recursos culturais e sociais cada grupo social cria suas técnicas e ferramentas para lidarem com o adoecimento, com a prevenção e com o cuidado à saúde.

Dessa forma concluímos com a *Discussão e Análise dos Resultados E Considerações Finais* ; foi possível com este estudo demonstrar que as práticas de cuidado à saúde responde a uma lógica interna de cada comunidade baseadas nas

suas vivências e crenças psicoespirituais, trazendo e formulando seus próprios recursos de saúde, de acordo com o Ministério da Saúde (2002).

Constatou-se também que ainda são poucos os investimentos em produções científicas sobre os grupos étnicos indígenas no Brasil, como também relacionados a saúde psicossocial, portanto para que haja efetiva construção da psicologia na atuação da saúde mental e de um bem viver para os povos originários, é necessário que os indivíduos desses grupos étnicos se tornem protagonistas de tais criações de políticas públicas e de intervenções, para que tais particularidades possam ser integradas e respeitadas na construção de um modelo abrangente em dimensões sociais e humanas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:

2.1 CAPÍTULO 1- SAÚDE MENTAL: SUPERANDO A VISÃO DICOTÔMICA SANIDADE-LOUCURA

Quando pensamos em possibilitar uma articulação de um diálogo intercultural da saúde mental indígena é preciso dar lugar para as cosmologias que integram o ser humano em sua completude individual e em seus atravessamentos comunitários e sociais, e para isso é necessários compreendermos a perspectiva dicotômica envolvendo a saúde mental que se volta para a sanidade-loucura, e como tais conceitos podem ser transformados, expandidos, e integrado com a realidade social, cultural e política do Brasil e das formas de organização individual e coletiva nas formas de se identificar e de se organizar enquanto pertencentes à uma sociedade que foi atravessada por conceitos colonialistas e retidos nessa dicotomia que não representa o cenário real desses grupos.

Segundo Langdon (2010), a compreensão dos conceitos de saúde e doença são construídos e modificados continuamente ao longo da história. As formas de compreender esses dois conceitos se relacionam aos contextos históricos, sociais, culturais, geográficos, políticos e econômicos. E as formas de compreender tais conceitos permitem a elaboração de ações públicas que possam abranger e manejar formas de cuidado que atendam tais necessidades.

Durante os primórdios da construção da psiquiatria no século XIX, destaca-se a questão de que, a loucura jamais teve até então o estatuto de enfermidade mental, sendo um fenômeno compreendido apenas na perspectiva histórica. Nesse período ocorre a detenção do conhecimento da loucura pela psiquiatria, na qual emite enunciados sobre a doença mental, o que possibilita o domínio e ocorre a incidência sobre novas práticas sociais à respeito da loucura como adoecimento mental (BIRMAN, 2000).

De acordo com Foucault (1972;apud MACHADO 2009), o maior enfoque de exclusão durante a Idade Média era do leproso, como maior representante do rompimento com a normatização de existência. Durante o período do fim da Idade Média e Renascença, o louco era visto como uma falha do normativo, algo descaracterístico do cenário pertencente. A loucura era vista como uma expressividade do sujeito, envolta em mistérios e muitas vezes associadas ao sobrenatural, e que continuamente eram expulsos das cidades, ainda residindo nessas formas de expressividade e singularidades, assim como os conceitos de saúde e doença passam por transformações temporais e culturais, a compreensão do que é loucura também passa pela máquina dessa compreensão.

A perspectiva de loucura no ocidente pelo advento da Idade Moderna, caracteriza-se por um processo de binarização; razão e desrazão. Uma vez que há a exaltação da razão, torna-se a loucura excludente desse registro, e só é reconhecido aquele que detém da razão e da possibilidade de racionalizar os seus processos de vivências. Dessa forma, sendo a história da loucura o processo de produção da doença mental, ela é ao mesmo tempo a história da "suspensão da loucura como linguagem proscrita" (FOUCAULT, 1972;apud MACHADO 2009).

A partir dessa compreensão dicotômica em relação à razão e desrazão, há uma mudança intransigente no cenário social que se diz respeito à loucura. Durante o século XVII acontece a marginalização extrema do louco, juntamente com outros representantes da marginalidade nos hospitais gerais.

Do século XIV ao XVII, vão esperar e solicitar, através de estranhas encantações, uma nova encarnação do mal, um outro esgar do medo, mágicas renovadas de purificação e exclusão. [...] A lepra se retira, deixando sem utilidade esses lugares obscuros e esses ritos que não estavam destinados a suprimi-la, mas sim a mantê-la a uma distância sacramentada, a fixá-la numa exaltação inversa. Aquilo que sem dúvida vai permanecer por muito mais tempo que a lepra, e que se manterá ainda numa época em que, há anos, os leprosários estavam vazios, são os valores e as imagens que tinham aderido à personagem do leproso; é o sentido dessa exclusão, a importância no grupo social dessa figura insistente e temida que não se põe de lado sem se traçar à sua volta um círculo sagrado (FOUCAULT, 1978. p. 07-09).

Ao produzir e exilar tais indivíduos, a loucura torna-se o objeto de aversão a ser retirado dos caminhos dos detentores da razão dentro cenário normativo social, desintegrados de si e do todo.

A partir desse processo, é culminado a nascente psiquiátrica do século XIX, com aos asilos para os alienados, sendo um local propiciado à exclusão e trato exclusivo do doente mental. Mesmo com as transformações dos conceitos e percepções à cerca da loucura, ainda persiste a prática da exclusão de indivíduos que possam fugir ou ameaçar a rigidez normativa social, seja nas formas de existências, nos processos expressivos, no adoecimento ou nos processos de subjetivação que possam ser vivenciados ainda sim, permanece os processos de exclusão (FOCAULT, 1978).

[...] desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas” assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem. Com um sentido inteiramente novo, e numa cultura bem diferente, as formas subsistirão – essencialmente, essa forma maior de uma partilha rigorosa que é a exclusão social, mas reintegração espiritual. (Focault, 1978. p. 10)

Compreendendo a historicidade sobre saúde mental, que em sua quase totalidade tinha foco no adoecimento psíquico, no século XX, em 1946 a Organização Mundial de Saúde conceitua a saúde” um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças”.

Essa definição de saúde, trouxe muitas críticas, segundo, Caponi (2003), baseada nas ideias de Canguilhem (1990), afirma que além deste caráter utópico e subjetivo, a definição da OMS permite a utilização do conceito para legitimar estratégias de controle e exclusão de tudo aquilo que é considerado fora do normal, indesejado ou perigoso.

No ano de 2020 a OMS conceitua a saúde mental como: saúde mental referindo-se a um bem estar no qual o indivíduo desenvolve suas habilidades

personais, consegue lidar com os estresses da vida, trabalha de forma produtiva e encontra-se apto a dar sua contribuição para sua comunidade.

De acordo Langdon (2010), a cultura de uma sociedade assemelha-se à uma lente que permite que o indivíduo perceba os modos de funcionamento do mundo e aprenda à viver nele, possibilitando uma representação da realidade e permitindo que ele possa adequar e pertencer aos grupos sociais, além de ser uma forma de controle comportamental e de vivências dos indivíduos. E considerando tal perspectiva, pode-se compreender cultura como, um conjunto de fatores que são compostos por comportamentos, crenças, valores, leis, normatizações, organização política e práticas de uma sociedade.

Compreendendo com a interpretação do autor supracitado acima, todos os indivíduos são pertencentes à uma sociedade que carrega e vivencia práticas culturais cotidianamente, e tais conjuntos são inseridos na vida dos indivíduos desde o nascimento, na qual aprende-se princípios que regem o modo de viver, observar e se comportar em sociedade. Dessa forma, cada cultura a partir de sua percepção, operam diferentes formas de compreender esses conceitos, e quais são as formas cabíveis de tratamento e prevenção, isto cabe à saúde física e à saúde mental, levando em conta também os aspectos cosmo-políticos envolvidos em tais compreensões.

Assim além da cultura que engloba toda uma sociedade, podem existir, dentro dessa mesma sociedade, outros tipos de culturas. Estas podem se diferenciar pela linguagem, por modos de vestir, pelo padrão de alimentação, por moradia, comportamentos, crenças, ideologias, entre outros.

Apesar de fazerem parte de um único todo, a maioria das sociedades possui alguma forma de estratificação, seja ela por razões econômicas, sociais (ricos e poderosos, pobres e desprovidos - cada um herdará sua própria visão cultural), seja ela por questões de gênero, etnia, orientação sexual, pois cada variante pode obedecer a normas e expectativas diferentes em uma mesma sociedade (HELMAN, 2006; LANGDON, WIIK, 2010, p.3)

Segundo Canguilhem (2002), é proposto que a patologia não é definida pela ausência de uma norma, pois não existe vida sem normas de vida, mas que o estado patológico seja também uma forma de se viver, mas que o que seria patológico é então uma “norma que não tolera nenhum desvio das condições na qual é válida, pois é incapaz de se tornar outra norma” (p.145).

Conforme o mesmo autor supracitado, o indivíduo torna-se doente por ser incapaz de ser normativo, por não ser ou se sentir pertencente às formas já estabelecidas de se viver nos meios já existentes, por não se adequar às normas pressupostas de vida e de até de recriar possibilidade de outros cenários para que pudesse sentir-se pertencente e alocado ao meio, e a saúde seria além do ser normal, é ser capaz de atender e se adaptar às exigências do meio e ser capaz de criar e seguir normas sociais e comportamentais já estabelecidas de vida, pois “o normal é viver num meio onde flutuações e novos acontecimentos são possíveis”.

Considerando que há uma multiplicidade de possibilidades fisiológicas e contextuais no processo da vida, Canguilhem (2002), diz que a visão de patológico seria apenas uma variação quantitativa do normal, e que a afirmação de saúde e doença apenas traz a reafirmação e a busca de um ideal, e desta forma podemos compreender que o adoecimento ou a saúde são processos participativos e integrativos na totalidade de todos os seres humanos existentes, e que não há a possibilidade de uma linearidade de vivência que não seja acometida por tais fenômenos, pois isso implicaria em um ideal vago e utópico para a realidade de qualquer sociedade ou contexto cultural. Entretanto, podemos considerar a viabilidade de um bem-viver e de qualidade de vida a todos os indivíduos em suas multiplicidades e contextos existentes, respeitando suas crenças, modos de vida, e processos de subjetivação e integração social.

Diante do exposto, para que haja viabilidade da realização concreta da promoção de saúde mental visando a qualidade de vida no contexto dos povos indígenas brasileiros, é necessário que haja a construção de um diálogo intercultural eficaz com indivíduos pertencentes à tais grupos étnicos como pessoas integradas à construção de tais políticas públicas e como agentes promotores dessa realização, além de que possamos compreender sobre o sistema social e cultural de saúde aplicado ao Brasil.

2.2 CAPÍTULO 2- A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E A INTERFACE COM A SAÚDE MENTAL INDÍGENA.

A política de Saúde Mental no Brasil é uma ação do Governo Federal, coordenada pelo Ministério da Saúde que compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país para organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em saúde mental, visando acolher essas pessoas e seus familiares, com foco nas necessidades assistências e alívio do sofrimento através de intervenções medicamentosas e terapêuticas.

Tais estratégias abrangem a atenção à pessoas com necessidades relacionadas à transtornos mentais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo e também para pessoas com quadro de dependência química e substâncias psicoativas, como álcool, crack, cocaína e outras drogas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)

O Ministério da Saúde (2020) declara que, os indivíduos que se encontram em situação de crise, podem ser amparados e atendidos em qualquer serviço da Rede de Atenção Psicossocial, constituída por diversas unidades com finalidades distintas e específicas, de forma integral e gratuita pela rede pública de saúde. A estrutura de atendimento se dá pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que é formada pelos seguintes campos de atendimento através das modalidades dos CAPS's (Centros de Atenção Psicossociais).

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) são unidades que prestam serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituído por equipe multiprofissional que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades

decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. As unidades do CAPS realizam o tratamento e a intervenção voltado pra inserção e pertencimento do indivíduo à comunidade e ao contexto social, substituindo o modelo manicomial de moradia e internação contínua em modelo hospitalar e asilar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

As modalidades dos CAPS se estabelecem na regionalidade e demanda quantitativa dos habitantes de determinada região.

Modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de acordo com o Ministério da Saúde são:

- CAPS I: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.
- CAPS II: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- CAPS i: Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- CAPS ad Álcool e Drogas: Atendimento a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- CAPS III: Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.
- CAPS ad III Álcool e Drogas: Atendimento e 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

As Unidades de Acolhimento são divididas em:

- Unidade de Acolhimento Adulto (UAA): destinada às pessoas maiores de 18 (dezoito) anos, de ambos os sexos; e
- Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAI): destinada às crianças e aos adolescentes, entre 10 (dez) e 18 (dezoito) anos incompletos, de ambos os sexos.

As UA contam com equipe qualificada e funcionam exatamente como uma casa, onde o usuário é acolhido e abrigado enquanto seu tratamento e projeto de vida acontecem nos diversos outros pontos da RAPS

De acordo com (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Os Ambulatórios Multiprofissionais de Saúde Mental são serviços compostos por médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, enfermeiro e outros profissionais que atuam no tratamento de pacientes que apresentam transtornos mentais. Esses serviços devem prestar atendimento integrado e multiprofissional, por meio de consultas.

Ainda nesta perspectiva dos serviços de saúde pública, também preconizam o funcionamento em ambulatórios gerais e especializados, policlínicas e/ou em ambulatórios de hospitais, ampliando o acesso à assistência em saúde mental para pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais mais prevalentes, mas de gravidade moderada, como transtornos de humor, dependência química e transtornos de ansiedade, atendendo às necessidades de complexidade intermediária entre a atenção básica e os Centros de Atenção Psicossocial.

Também nesta perspectiva de atendimento psicossocial público, as Comunidades Terapêuticas, são serviços destinados a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório para pacientes, com necessidades clínicas estáveis, decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

As enfermarias especializadas em Hospital Geral, são serviços destinados ao tratamento adequado e manejo de pacientes com quadros clínicos agudizados, em ambiente protegido e com suporte e atendimento 24 horas por dia. Apresentam

indicação para tratamento nesses Serviços pacientes com as seguintes características: incapacidade grave de autocuidados; risco de vida ou de prejuízos graves à saúde; risco de autoagressão ou de hetero agressão; risco de prejuízo moral ou patrimonial; risco de agressão à ordem pública. Assim, as internações hospitalares devem ocorrer em casos de pacientes com quadros clínicos agudos, em internações breves, humanizadas e com vistas ao seu retorno para serviços de base aberta (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

O Hospital-Dia é a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas. (BRASIL, 2020).

Surge então no ano de 2002, a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, aprovada pelo Ministério da Saúde e elaborada com a participação de representantes dos órgãos responsáveis pelas políticas de saúde e pela política e ação indigenista do governo, com o propósito de garantir participação indígena em todas as etapas de formulação, implantação, avaliação e aperfeiçoamento da Política. requer a proposta de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, garantindo aos povos indígenas o exercício de sua cidadania nesse campo, além de considerar as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

De acordo com o Ministério da Saúde a política de saúde mental é um fator de grande importância na prevenção do suicídio, com dados que confirmam que em municípios que contam com a presença de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o risco de autoextermínio no contexto da população indígena reduziu em 14%, entretanto não são todas as etnias que possuem acesso aos dispositivos de atenção primária para que possam ser acolhidos e assistidos.

Quando é necessário atendimento ou intervenção psiquiátrica, a prática é realizada nos ambulatórios de saúde mental nos hospitais ou CAPS que estão mais próximos às reservas. Entretanto, o modo de atendimento aos povos tradicionais é

realizado de forma tradicional assim como com os não indígenas, desconsiderando à diversidade étnica e a cosmologia do grupo que está sendo assistido, realizando intervenções padronizadas que muitas vezes não se adequam às necessidades específicas que envolve tais grupos e indivíduos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

Pensando nessa forma de integrar a atenção à saúde ao contexto de pluralidade étnica do país, focado no contexto dos povos indígenas, surge no ano de 2010, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) é responsável por coordenar e executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) no Sistema Único de Saúde (SUS). A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Esse processo de integralização entre as políticas de saúde, podem possibilitar a construção do dialogo intercultural da saúde, compreendendo as especificidades étnicas, psicológicas, sócio históricas, espirituais e políticas. Quando pensamos na elaboração e aplicação dessas políticas no enfoque de promoção de saúde mental indígena, devemos pensar no sujeito em seu processo de individuação e na forma de organização e vivência coletiva, a ponto de promover autonomia e possibilidades que tais indivíduos possam criar suas próprias compreensões da realidade e interligar as percepções de cuidado social e individual (FERREIRA,2019).

[...] considerar que os fundamentos epistemológicos das medicinas tradicionais indígenas são radicalmente diferentes daqueles que estruturam a ciência ocidental moderna. A articulação de saberes deve ocorrer, portanto, enquanto articulação epistêmica, de modo a não reificar as medicinas tradicionais indígenas e a superar os estereótipos vigentes no campo da saúde indígena que instrumentalizam os sistemas de saúde tradicionais indígenas, reduzindo-os à uma imagem fantasmática dos serviços de saúde a eles prestados.

(FERREIRA, 2019, p.9)

Dessa forma é possível que haja uma superação do modelo ocidental, dicotômico e colonizador da perspectiva de saúde e bem estar, que foca em uma lógica individualista e universalista que prevalece nas ações de assistência ao sofrimento psíquico sobre a dicotomia corpo-mente, silenciando outras formas de conhecimentos, atuações e possibilidades de intervenção.

Abrindo essas portas da percepção para incluir a cultura e formas de cuidados originárias, é realizado um movimento de desconstrução do modelo colonizador que pauta e rege as políticas públicas já existentes.

baseadas em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácia empírica e simbólica, de acordo com a definição mais recente da organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2002, p.16-17).

Assim tais práticas instituem processos de subjetivação e pertencimento em cada etnia, possibilitando a construção e reconhecimento de identidades e promovendo modos distintos e singulares de sentir, pertencer e se cuidar.

Conforme Ferreira (2010), ao realocar os papéis de interlocutores à comunidade e aos sujeitos pertencentes à ela, realizamos o reconhecimento a validação da importância dos saberes e práticas tradicionais para produzir saúde e vida, e compreender como as práticas científicas pode dialogar e contribuir para o crescimento, adequação e organização do cuidado com a saúde.

Ainda segundo o mesmo autor, a saúde indígena dialoga principalmente com o reconhecimento e reafirmação de seus direitos que continuamente é violada, dessa forma a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, instituída pelo Decreto nº 6.040/2007, tem como principal objetivo:

Art. 2o. A PNPCT tem como principal objetivo promover o desenvolvimento sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, com ênfase no reconhecimento, fortalecimento e garantia dos seus direitos territoriais, sociais, ambientais, econômicos e culturais, com respeito e valorização à sua identidade, suas formas de organização e suas instituições.

Apesar da proposta da PNPCT (Política Nacional dos Povos e Comunidades Tradicionais) de promoção de desenvolvimento dos povos e comunidades tradicionais, tais objetivos não edificam concretamente em tais realidades, pois tais estruturações são realizadas em práticas e perspectivas eurocêntricas e que retorna movimentos colonialistas que não se aplicam e não condizem com a realidade social e cultural dos grupos originários.

Portanto de acordo com Ferreira (2019), é necessário que retirem o protagonismo das práticas eurocêntricas que modelam o sistema de atenção à saúde e da psicologia atualmente para que os fundamentos que à estruturam novamente se desfaça e se reconstrua com o protagonismo indígena como agente promotor das construções de um modelo de saúde eficaz.

considerar que os fundamentos epistemológicos das medicinas tradicionais indígenas são radicalmente diferentes daqueles que estruturam a ciência ocidental moderna. A articulação de saberes deve ocorrer, portanto, enquanto articulação epistêmica, de modo a não reificar as medicinas tradicionais indígenas e a superar os estereótipos vigentes no campo da saúde indígena que instrumentalizam os sistemas de saúde tradicionais indígenas, reduzindo-os à uma imagem fantasmática dos serviços de saúde a eles prestados. (FERREIRA, 2019, p.9).

2.3 CAPÍTULO 3- A PSICOLOGIA E A SAÚDE MENTAL INDÍGENA.

Segundo Langdon (2010), cultura pode ser definida por um conjunto de elementos que não são determinados pela perspectiva biológica, mas são atividades mentais ou físicas que não seguem pré determinações e são partilhadas por diferentes membros de um grupo social. Os elementos que compõe a cultura são os valores, práticas, normas e símbolos que mediam e qualificam tais atividades realizadas pelos grupos sociais. Esses elementos sustentam as formas sociais vigentes, as instituições,

seus modelos operativos e as formas de compreensão de diversos aspectos da vida de uma forma não universalizada, assim como a compreensão de saúde e doença.

Ao pensarmos a saúde como um sistema cultural, compreendemos que tal sistema se constitui em uma dimensão simbólica que se forma a partir dos pressupostos sobre conhecimentos, percepções e cognições que definem, classificam e explicam o que é doença, e que se diferem à cada cultura. Tais classificações raramente se resumem à dimensão biomédica e não são universais, trazendo aspectos comportamentais, psicoespirituais e sociais nas construções conceituais, conforme o autor Langdon (2010).

Ainda o mesmo autor supracitado a cultura consiste em uma criação humana que é partilhada por grupos sociais específicos e que se constitui de formas materiais e conteúdos simbólicos que trazem significado para as experiências vivenciadas no contexto sociocultural que tais grupos e indivíduos estão inseridos em espaços específicos, que podem ser transformados e permeados através das diferentes formas de interação.

Considerando os aspectos culturais já citados por Langdon (2010), temos em via de fato que o fenômeno do adoecimento é algo universal na experiência humana e está presente em todas as sociedades, tendo diferentes organizações coletivas baseadas em pensamento, recursos materiais e elementos culturais que possibilitam o desenvolvimento de técnicas para o cuidado e tratamento dos episódios de adoecimento. Com base em todos esses aspectos todas as sociedades e grupos sociais desenvolvem conhecimentos e práticas particulares que se denominam como sistema de atenção à saúde,

...cada grupo interage com um ambiente físico determinado, e a sua cultura define como sobreviver nesse ambiente. Devido ao caráter criativo e transformador, inerente às culturas humanas sobre o meio físico, pode-se encontrar, dentro de um mesmo tipo de ambiente, várias soluções particulares que respondem pela sobrevivência das sociedades. O ser humano tem capacidade para participar em qualquer cultura, aprender qualquer idioma e desempenhar qualquer tarefa. (LANGDON,2010, p.4).

Considerando os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE (2012), atualmente a população indígena no Brasil se perfaz de um total de 817.963

mil pessoas, que se representam em 305 etnias e 274 línguas falantes. Considerando tamanha multiplicidade e diversidade sociocultural, isso se traduz também em suas medicinas tradicionais e suas formas de saberes na produção e promoção de saúde, que são consideradas como sistemas tradicionais de saúde pela PNASPI.

[...] baseadas em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácia empírica e simbólica, de acordo com a definição mais recente da organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2002, p. 16-17).

Dessa forma, as medicinas tradicionais indígenas operam através de uma ampla visão da saúde. E tais perspectivas não se aplicam apenas no tratamento de doenças, mas também na promoção e proteção da saúde dos sujeitos das comunidades.

Considerando tais aspectos, é necessário que os serviços de atenção psicossocial e de assistência e proteção social se articulem com os conhecimentos e práticas tradicionais, afim de que se garanta os direitos diferenciados dos povos indígenas no processo de construção e implementação de medidas integrativas interculturais dos povos originários do Brasil (FERREIRA,2019).

A urgência na consideração dos aspectos epistemológicos das medicinas tradicionais emerge a partir da sua diferenciação dos fundamentos que estruturam a ciência ocidental moderna e que se torna excludente os aspectos subjetivos dos grupos étnicos em questão. Já que em diversas ações já existentes os instrumentos e sistemas de saúde tradicionais encontram-se em uma imagem fantasmáticas na qual aplica-se o modelo ocidental de saúde, invisibilizando e os reduzindo em um paradigma colonial (FERREIRA, 2017).

Considerando as formas de aplicação do modelo ocidental de saúde citadas por Ferreira (2017), para a superação de uma lógica individualista-universalista na organização das ações de assistência ao sofrimento psíquico sobre a dicotomia corporente que se faz presente nas práticas ocidentais e implica em uma invisibilidade e apagamento das subjetividades e dos conhecimentos tradicionais, se

fazendo necessário que as construções das estratégias se faça, por um caminho criativo e integrativo de intervenção sobre o sofrimento psicossocial-espiritual nas comunidades indígenas brasileiras.

Para o mesmo autor citado, tais aplicações se faz de forma efetiva quando os sujeitos e grupos pertencentes à essas comunidades se posicionam como protagonistas de tais criações, aplicando e criando suas próprias realidades construindo suas ações alternativas no campo da saúde, promovendo assim a autonomia dos sujeitos de desfazendo das ações colonialistas presentes nas políticas públicas institucionalizadas atualmente.

De acordo com RADOMSKY (2011), um-eficaz dialogo intercultural da saúde, seria repensando a noção de bem-viver voltado para os povos originários da América Latina, que politicamente permitiria repensar práticas e discursos historicamente produzidos e que replicam concepções colonialistas e universalistas, desconsiderando a multiplicidade cultural dos grupos étnicos existentes. Pois mediante a diversidade sociocultural presente no Brasil, todas as multiplicidades de saberes devem ser consideradas nas construções políticas públicas e de ações praticas nos territórios em questão.

3 DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos neste estudo ficam evidentes e urgentes as situações de vulnerabilidade e precariedade da saúde biopsicossocial da população indígena brasileira, que começa com poucas produções científicas sobre a temática, além das políticas públicas que não proporcionam atenção biopsicossocial e psicoespiritual,

possibilitando acesso, inclusão e promoção de saúde mental nas comunidades indígenas brasileiras.

Diante deste cenário aqui apresentado são muitas as dificuldades de acesso à pesquisas científicas, artigos e dados atualizados incluindo a psicologia na atuação prática dessas comunidades, reforça ainda mais a pertinência de trazer a público e também alcançar as mídias comunicacionais as vivências de sofrimento psicossocial dos indígenas e mais ainda que a sociedade ofereça condições e estímulos para que mais profissionais da saúde estejam engajados em programas que promovam diálogo intercultural, interdisciplinar sobre saúde de forma a desprender-se do modelo organicista de atuação da saúde, trazendo protagonismo dos povos na criação, elaboração e aplicação de políticas públicas condizentes com seu cenário cultural e sócio histórico.

É notório a invisibilidade e a falta de investimento educacional sobre os grupos étnicos do nosso próprio país, sendo outro ponto para o qual este estudo pretende chamar atenção para que haja uma construção coletiva, multiprofissional com escolas, poder público, universidades, secretarias da saúde para aproximar da realidade histórica, cultural, étnica do povo indígena e traçar estratégias reais e efetivas no que concerne à prestação de serviços a estas comunidades.

Diante disso, também vale ressaltar ser um desafio para a categoria e Sistema Conselho de Psicologia para tornar-se ferramenta de promoção de saúde mental em uma prática que carece de maior fundamentação técnica e normatização para o trabalho de psicólogo(as) neste campo das comunidades indígenas, como também para a criação de espaços, potências, reconhecimentos, protagonismos, identidades, e cuidados com a saúde em todos os seus aspectos de compreensão humana e subjetiva.

A motivação para elaboração desse trabalho veio de diversos atravessamentos durante minha vida pessoal e acadêmica, desde a infância na escola até a graduação sobre a representação social foi transmitida da figura do “Índio”, de forma estereotipada e até folclórica como também e as formas de viver e experienciar a vida dos povos indígenas. Embora ao longo de minha formação ter desconstruído estes

saberes e ressignificando outros, estou sempre caminhando em direção a praticas éticas e de respeito aos direitos humanos.

Em suma, é oportuno ressaltar que ainda deparamos com a representação social do indígena brasileiro atrelada as práticas de atendimento limitantes, excludentes e preconceituosas mas também reconheço o esforço em buscar e evidenciar outras formas de ensino e atuação de muitos profissionais de saúde exercendo praticas éticas e de respeito a dimensão social, cultural e humana dessas pessoas.

REFERÊNCIAS

BIRMAN, J. (1978) A psiquiatria como discurso da moralidade Rio de Janeiro: Graal.

Decreto nº 6.040/2007

FERREIRA, Luciane Ouriques. Documento Técnico contendo conteúdo didático pedagógico para subsidiar o processo de formação permanente dos técnicos do Departamento de Atenção à Saúde Indígena – DASI/Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI e dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Brasília, SESAI/OPAS, janeiro de 2019

FOUCAULT, M. (1972) *Histoire de la folie à l'âge classique* Paris: Gallimard.

GEERTZ, C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

HELMAN, C. G. Cultura, saúde e doença. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental#:~:text=A%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde%20Mental%20%C3%A9%20uma%20a%C3%A7%C3%A3o%20do,cuidados%20espec%C3%ADficos%20em%20sa%C3%BAde%20mental.>

LANGDON, E. J.; WIJK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. Revista Latinoamericana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, 2010. Disponível em: . Acesso em: 11 nov. 2021.

MACHADO, Sérgio Bacchi Foucault: a loucura como figura histórica e sua delimitação nas práticas psiquiátricas e psicanalíticas. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica* [online]. 2009, v. 12, n. 2 [Acessado 10 Outubro 2021] , pp. 217-228. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-14982009000200004>>. Epub 19 Jan 2010. ISSN 1809-4414. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982009000200004>.

MENENDEZ, Eduardo. Modelos de atenção dos padecimentos: exclusões ideológicas e articulações práticas. In: *Sujeitos, saberes e estruturas – uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva*. São Paulo, Editora Hucitec, 2009, p. 17-70

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Governo Federal. 24/11/2020 15h00. **Saúde Mental: O que é a Política Nacional de Saúde Mental?**, Brasília, Brasil.: Governo Federal, 24 nov. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/ptbr/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental>. Acesso em: 30 nov. 2021.

Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI)

Portaria n. 254 de 31 de janeiro de 2002.

RADOMSKY, Guilherme. Desenvolvimento, pós-estruturalismo e pósdesenvolvimento: a crítica da modernidade e a emergência de “modernidades” alternativas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. São Paulo, v. 26, n. 75, 2011, p. 149-162.

Rev. Latino-Am. Enfermagem mai-jun 2010; 18(3):[09 telas] Tela 176

Rother, Edna Terezinha Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta Paulista de Enfermagem [online]. 2007, v. 20, n. 2 [Acessado 17 Junho 2022] , pp. v-vi. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>>. Epub 17 Jul 2007. ISSN 1982-0194. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>

SCORSOLINI-COMIN, Fabio; FIGUEIREDO, Isabella Alcântara. Concepções de saúde, doença e cuidado em Primeiras estórias, de Guimarães Rosa. Saúde e Sociedade [online]. 2018, v. 27, n. 3 [Acessado 9 Outubro 2021] , pp. 883-897. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902018171009>>. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018171009>.

SILVA, Thiago Loreto Garcia da et al . O normal e o patológico: contribuições para a discussão sobre o estudo da psicopatologia. Aletheia, Canoas , n. 32, p. 195-197, ago. 2010 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141303942010000200016&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 out. 2021.

SILVEIRA, Fernando de Almeida; SIMANKE, Richard Theisen. A psicologia em História da Loucura de Michel Foucault. Fractal: Revista de Psicologia [online]. 2009, v. 21, n. 1 [Acessado 9 Outubro 2021] , pp. 23-42. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1984-02922009000100003>>. Epub 20 Jul 2009. ISSN 1984-0292. <https://doi.org/10.1590/S1984-02922009000100003>.

Staliano, Pamela, Mondardo, Marcos Leandro e Lopes, Roberto Chaparro Onde e Como se Suicidam os Guarani e Kaiowá em Mato Grosso do Sul: Confinamento, Jejuvy e Tekoha. Psicologia: Ciência e Profissão [online]. 2019, v. 39, n. spe [Acessado 7 Março 2022] , e221674. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703003221674>>. Epub 15 Ago 2019. ISSN 1982-3703. <https://doi.org/10.1590/19823703003221674>.