

Universidade de São Paulo
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica

Rafaela Waddington Achatz

Cuidando e tomando cuidado

Avizinhando-se de situações de “suicídio” em comunidades hupd’äh

São Paulo

2022

Universidade de São Paulo
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica

Cuidando e tomando cuidado

Avizinhando-se de situações de “suicídio” em comunidades hupd’äh

Rafaela Waddington Achatz

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientador: Prof. Dr. Gilberto Safra

Co-orientadora: Profa. Dra. Marina Vanzolini Figueiredo

São Paulo

2022

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Achatz, Rafaela Waddington

Cuidando e tomando cuidado. Avizinhando-se de situações de 'suicídio' em comunidades hupd'äh / Rafaela Waddington Achatz; orientador Gilberto Safra; co-orientadora Marina Vanzolini Figueiredo. -- São Paulo, 2022.

269 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2022.

1. Saúde indígena. 2. Hupd'äh. 3. Suicídio. 4. Etnologia. 5. Etnopsiquiatria. I. Safra, Gilberto, orient. II. Vanzolini Figueiredo, Marina, co-orient. III. Título.

ACHATZ, R. W. **Cuidando e tomando cuidado. Avizinhando-se de situações de “suicídio” em comunidades hupd’äh.** 2022. 269 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.

Defendido em:

Comissão julgadora

Prof. Dr. Gilberto Safra (Presidente)

Instituto de Psicologia/USP

Resultado:

Prof. Dr. Eduardo Soares Nunes

PAA-UFOPA

Resultado:

Prof. Dr. José Moura Gonçalves Filho

Instituto de Psicologia/USP

Resultado:

São Paulo

2022

AGRADECIMENTOS

Ao Américo Socot e à Isabel Socot, pelo acolhimento generoso e carinhoso, pelos ensinamentos, pelos momentos que vivemos juntos e pela amizade.

Ao Álvaro Socot e à Karmem Socot, pela amizade, pelas trocas, pelos ensinamentos e pelo acolhimento.

Aos professores Gilberto Safra e Marina Vanzolini, por me guiarem com atenção, carinho e bom humor neste percurso. Agradeço pelo acolhimento, pela disponibilidade e por seus indispensáveis apontamentos e recomendações do início ao fim do trabalho.

Aos professores Eduardo Nunes e Gabriel Binkowsky, pelas sugestões e críticas no exame de qualificação.

À Cláudia Rocha e Adriana Pavaneli, da Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, pela atenção e pelas orientações.

Ao professor Danilo Silva Guimarães e aos demais integrantes da Rede de Atenção à Pessoa Indígena (IP-USP), pelo acolhimento, pelo imenso aprendizado, pelas amizades, pelo incentivo, pelas indagações e pelos tantos caminhos que percorremos juntos.

Aos professores Paulo César Basta, Ana Cláudia Vasconcellos e a todo o Grupo de Pesquisa Ambiente, Diversidade e Saúde (FIOCRUZ), pelos aprendizados, pelo acolhimento, pelas conversas estimulantes, pelos trabalhos de campo, pelo apoio e pelo engajamento compartilhado.

À Luciana de Andrade Carvalho, aos professores Flávio Dias Silva e Hermano Tavares e aos demais colaboradores do Projeto Iny de Telematriciamento (IPq-HC-FMUSP/UFT), pelas conversas instigantes, pelos aprendizados e pelo trabalho em conjunto.

Ao professor Danilo Paiva Ramos, pelas conversas, pelos aprendizados, pela amizade e pelos caminhos compartilhados. Também agradeço aos demais integrantes do Grupo de Pesquisa em

Etnologia, Linguística e Saúde Indígena (EtnoLinsi - CNPq), pelas trocas estimulantes, críticas e sugestões.

Aos professores José Moura Gonçalves, Renato Athias, Alex Shankland, Pedro Lolli, Valéria Macedo, Miguel Aparício, Gilton Mendes dos Santos, João Jackson Vianna, Magali Molinié, Marta Amoroso e Renato Sztutman, com quem tanto aprendi. Agradeço pelas conversas, pelas sugestões de leitura, pelas críticas, pelas indagações, pelo incentivo e por tornarem a atividade de pesquisa ainda mais apaixonante.

Aos pesquisadores Rafael Serra, Bruno Marques, Juliana Rosalen, João Paulo Tukano, João Vitor Fontanelli, Sofia Scartezini, Augusto Ventura, Janderson Farias e Cauê Tanan, pelas ótimas conversas, pelo interesse, pelo incentivo, pelas críticas e sugestões e pelos ensinamentos que foram fundamentais à pesquisa.

Aos antropólogos Hugo Salustiano, Aline Regitano, Marcelo Hotimsky, Mario Brunoro, Maria Carolina Botinhon, Morgane Avery, Fernanda Nunes, Talita Lazarin, Rafael Pacheco, Tatiane Klein, Rodrigo Brusco, Otávio Penteado, Jaime Matsés, Marina Bohnenberger, Yuri Winkler, Emerson Souza, Lucas Justino e tantos outros. Agradeço pelas conversas, pelas indicações de leitura, pelas sugestões e críticas e por terem me ajudado a andar pelos mundos da etnologia e do indigenismo.

Aos integrantes da Associação Saúde Sem Limites (SSL), pelos aprendizados e pelas ações conjuntas.

Aos integrantes do Coletivo de Apoio aos Povos Yuhupdêh, Hupd'äh, Nadëb e Dâw (CAPHYND), pelas trocas, pelos aprendizados e pelo engajamento compartilhado.

Aos amigos que conheci em São Gabriel da Cachoeira, Marcelino Massa, Juliana Radler, Túlio Binotti, Clara, Vincent, Ana Tui, Marcos, Maria Bonome, Giselle Sousa, Laura Gryner, Luiz Bittencourt, Dulce Morais, Filippo Stampanoni, Marcio Meira, Helena Lima, Manuel Arroyo, Carlos Rennó, Matheus Vendramini, Domingos Barreto, Max Menezes, Paulo Araújo, Antônio Araújo, Denivaldo Cruz, João Cláudio Moreira e Ana Amélia Hamdan. Agradeço pela acolhida generosa, por me abrirem caminhos, pelas trocas, pelos ensinamentos valiosos e pelos bons momentos que passamos juntos.

Aos amigos queridos, Luiza Franco, Felipe Lemos, Marina Coelho, Eduardo Motidome, Carolina Kalili, Lucas Müssnich, Matheus Beraldo, Paulo Curi, Sérgio Salazar, Olivier Dellatre, Mylena Santander, Pâmela Damilano e Marie Moussey. A cada um de vocês agradeço pelos encontros profundos, pelo carinho, pelas conversas instigantes e transformadoras, pelo apoio e acolhimento inestimáveis e pelos momentos preciosos que vivemos juntos.

Ao Umberto Pinto e Marisa Micussi, por me receberem em suas vidas com tanto carinho.

À minha família, por todo o amor, cuidado e apoio. À minha mãe, Maria Isabel, por ter me apresentado aos encantos da pesquisa científica. A meu pai, Michael, por ter me apresentado aos encantos do mato. Aos meus irmãos, Thiago, Mariana e Felipe, pela companhia nos encantos e desencantos da vida. A Eduardo, Cláudia, Rafaela, Antônio e Pedro, pelo apoio e carinho.

À Diadorim, pela companhia terna durante a escrita.

À Lídia Bazarian, por me ensinar a escutar.

À Marianna Schontag, pela escuta atenta e terna.

Ao Pedro Micussi, pelo amor, pela parceria, pelos sonhos compartilhados, pela doce companhia e pela compreensão.

À Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN), pela autorização, pelo interesse e pelo suporte à pesquisa.

Ao Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro (DSEI-ARN), pelo interesse e suporte à pesquisa.

À Fundação Nacional do Índio (FUNAI), pela autorização e suporte à pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa concedida à pesquisa (Código de Financiamento 001).

RESUMO

ACHATZ, R. W. **Cuidando e tomando cuidado. Avizinhando-se de situações de “suicídio” em comunidades hupd’äh.** 2022. 269 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.

Esta dissertação tematiza os casos notificados como suicídios entre pessoas da etnia Hupd’äh da região do Alto Rio Negro, no estado do Amazonas, com especial atenção às propedêuticas mobilizadas pelo Distrito Sanitário Especial do Alto Rio Negro (DSEI-ARN) para lidar com a crescente ocorrência de mortes por enforcamento e envenenamento entre pessoas dessa etnia, abordando seus aspectos éticos, técnicos e políticos e considerando seus fundamentos ontoepistemológicos. Com o intuito de contribuir para a elaboração de dispositivos de cuidado na atenção diferenciada que sejam efetivamente intersetoriais, interculturais e participativos, este trabalho discute como as diferentes experiências e compreensões das pessoas hupd’äh e dos profissionais de saúde em relação às situações de “suicídio” apresentam dimensões que geralmente não são consideradas no campo da saúde mental.

Palavras-chave: Hupd’äh. Saúde indígena. Suicídio. Etnologia ameríndia. Etnopsiquiatria.

ABSTRACT

ACHATZ, R. W. **Caring and taking care. Approaching “suicide” situations in hupd’äh communities.** 2022. 269 p. Dissertation (Master in Clinical Psychology) – Institute of Psychology, University of São Paulo, 2022.

This dissertation discusses the cases reported as suicides among the Hupd’äh people from the Upper Rio Negro region, in the state of Amazonas (Brazil). Special attention is drawn to the propaedeutics mobilized by the Special Sanitary District of the Upper Rio Negro (DSEI-ARN) to deal with the increasing occurrence of deaths by hanging and poisoning among the Hupd’äh people, approaching its ethical, technical and political aspects and considering its ontoepistemological foundations. In order to contribute to the development of indigenous healthcare strategies that are effectively intersectoral, intercultural and participative, this work discusses how the different experiences and understandings of Hupd’äh people and health professionals regarding “suicide” situations reveal dimensions that are generally not considered in the field of mental health.

Keywords: Hupd’äh. Upper Rio Negro. Indigenous health. Suicide. Amerindian ethnology. Ethnopsychiatry.

RESUMÉE

ACHATZ, R. W. **Prendre soin et prêter attention. Approche des situations de "suicide" dans les communautés hupd'äh.** 2022. 269 p. Mémoire (Master en psychologie clinique) - Institut de Psychologie, Université de São Paulo, 2022.

Cette mémoire traite des cas de suicides rapportés parmi les personnes de l'ethnie Hupd'äh dans la région de l'Alto Rio Negro, dans l'état d'Amazonas (Brésil), avec une attention particulière aux propédeutiques mobilisées par le District Sanitaire Spécial de l'Alto Rio Negro (DSEI-ARN) pour faire face à l'augmentation des décès par pendaison et empoisonnement parmi les personnes de cette ethnie, en abordant ses aspects éthiques, techniques et politiques et en considérant ses fondements épistémologiques. Avec l'intention de contribuer au développement de dispositifs de soins qui soient effectivement intersectoriels, interculturels et participatifs, ce mémoire parle des différentes expériences et compréhensions des personnes hupd'äh et des professionnels de santé à propos des situations de "suicide", et pointe ces dimensions qui ne sont généralement pas considérées dans le domaine de la santé mentale.

Mots-clé: Hupd'äh. Haut Rio Negro. Santé indigène. Suicide. Ethnologie amérindienne. Ethnopsychiatrie.

As pessoas não morrem, ficam encantadas.

João Guimarães Rosa

SUMÁRIO

Prólogo	Olhares esquecidos	1
Introdução		8
	1. <i>Percurso</i>	9
	2. <i>Contextualização</i>	12
	3. <i>Preocupações</i>	29
	4. <i>Objetivos</i>	31
	5. <i>Estrutura da dissertação</i>	35
Metodologia		37
	1. <i>Análise qualitativa bibliográfica do material selecionado</i>	38
	2. <i>Participação observante em campo</i>	41
	3. <i>Análise hermenêutico-fenomenológica da experiência de campo</i>	43
	4. <i>E a psicanálise?</i>	44
PARTE 1	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	50
Capítulo 1	Estudos clássicos sobre o suicídio	51
	1. <i>Marx: o suicídio como sintoma de uma sociedade doente</i>	51
	2. <i>Durkheim: a relação do suicídio com a qualidade da integração social</i>	52
	3. <i>Freud: a determinação inconsciente do suicídio</i>	53
	4. <i>Malinowsky: o suicídio como meio de restaurar o equilíbrio social</i>	61
	5. <i>Devereux: as teorias etiológicas mohave sobre o suicídio</i>	62
	6. <i>Shneidman: o suicídio como tentativa de aplacar uma dor psíquica intolerável</i>	67
Capítulo 2	Suicídio entre povos indígenas na América Latina: um estado da arte	74
	1. <i>Enfoque epidemiológico</i>	76
	2. <i>Enfoque psicossocial</i>	83
	3. <i>Enfoque antropológico-sociológico</i>	92
	4. <i>Enfoque relativista: representações sociais nativas</i>	101
	5. <i>Enfoque cosmopolítico: princípios nativos de subjetivação</i>	111
PARTE 2	MANEJO DE SITUAÇÕES DE SUICÍDIO NO SASI-SUS	126

Capítulo 3	Políticas de atenção à saúde mental indígena no Brasil: entre a promoção de bem-viveres e a produção de silenciamentos	127
	1. <i>Políticas de saúde indígena no Brasil republicano</i>	131
	2. <i>Premissas da atenção diferenciada</i>	139
	3. <i>Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas</i>	144
	4. <i>Orientações da SESAI para ações de atenção psicossocial aos povos indígenas</i>	148
	5. <i>Estratégias da SESAI para a prevenção e posvenção do suicídio em povos indígenas</i>	151
Capítulo 4	Estratégias do DSEI-ARN para prevenção e posvenção do suicídio em comunidades hupd'äh	156
	1. <i>Breves conversas</i>	157
	2. <i>Oficina sobre suicídio destinada às EMSI</i>	165
	3. <i>Projeto Mahasã E'katirã</i>	170
	4. <i>Se alguém morrer, eu avisei!</i>	176
	5. <i>Alternativas possíveis</i>	182
PARTE 3	DEAMBULAÇÕES	197
Capítulo 5	Tropeços de um quase-campo	198
	1. <i>Suicídio?</i>	198
	2. <i>Paranoia?</i>	201
	3. <i>Homicídio?</i>	205
Capítulo 6	Recomeços de conversa	211
	1. <i>Trabalhar junto para aprender</i>	212
	2. <i>Náw ìbìy</i>	214
	3. <i>Os jovens estão fracos</i>	218
	4. <i>Ele tentou pra mim</i>	225
	5. <i>Tomar timbó</i>	231
	6. <i>Caminhos pós-morte</i>	233
Considerações finais	Em busca de comunidades de sentido	236
Bibliografia		241

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	<i>Mapa da distribuição territorial das famílias linguísticas indígenas na região do Alto Rio Negro</i>	11
Figura 2	<i>Proporção de óbitos por suicídio no Brasil entre 2011 e 2015, segundo “faixa etária e raça/cor da pele”</i>	80
Figura 3	<i>Taxas de mortalidade por suicídio segundo “raça/cor” no Brasil entre 2015 e 2018</i>	81
Figura 4	<i>Pirâmide da combinação ideal de serviços para saúde mental</i>	147
Figura 5	<i>Desenho de Américo Socot</i>	215
Figura 6	<i>Desenho de Américo Socot</i>	215
Figura 7	<i>Desenho de Álvaro Socot</i>	224
Figura 8	<i>Desenho de Américo Socot</i>	232

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1	<i>Comprovante de Aprovação Ética do CEP/CONEP</i>	I
Anexo 2	<i>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE</i>	II
Anexo 3	<i>Declaração de Anuência Prévia da FOIRN</i>	IV
Anexo 4	<i>Carta de Anuência da Comunidade</i>	V
Anexo 5	<i>Autorização de Ingresso em Terra Indígena - FUNAI</i>	VII

CONVENÇÕES ORTOGRÁFICAS

Para a grafia dos termos da língua hup, adotei como referência o dicionário “A língua dos Hupd’äh do Alto Rio Negro: dicionário e guia de conversação”, elaborado pelo linguista Henri Ramirez (2006), em parceria com a Associação Saúde Sem Limites. Todos os termos em língua hup, exceto o etnônimo, são grafados em itálico. Vale notar que se usa a palavra “hup” no singular e a palavra hupd’äh no plural (*húp* = ser humano, pessoa; *d’äh* = marcador do plural para seres animados). Assim, fala-se “a língua hup”, “os hupd’äh do Tiquié” etc.

De acordo com a grafia proposta por Ramirez, o alfabeto hup é constituído por 25 letras: a, ä, b, ç, e, ë, g, h, i, ï, j, k, m, n, o, ö, o, p, r, s, t, u, w, y e ’ (oclusão glotal). A acentuação das vogais varia conforme a nasalidade, que é indicada por um til, e o tom. A tonalidade ascendente é indicada por um acento agudo, e a tonalidade descendente é indicada por um acento grave. Note que a língua hup é tonal, ou seja, permite diferenciar o sentido das palavras pelo tipo de melodia tonal associada às vogais. Além disso, há 11 consoantes laringalizadas: b’, r’, j’, g’, m’, n’, y’, s’, k’. Para uma descrição da pronúncia das grafias, cf. Ramirez (*Ibidem*, p. 29-32).

CONSOANTES				
p	t	s	k	'
b	d(r)	j	g	
m	n			
		ç		h
w		y		

VOGAIS		
i	ï	u
ë	ä	ö
e	a	o

Quadros das grafias das consoantes e vogais da língua hup (RAMIREZ, 2006, p. 29).

GLOSSÁRIO

AIS – Agente Indígena de Saúde

CEstA – Centro de Estudos Ameríndios

CONDISI – Conselho Distrital de Saúde Indígena

CRP-SP – Conselho Regional de Psicologia de São Paulo

EMSI – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena

DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena

DSEI-ARN – Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro

FOIRN – Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro

FUNAI – Fundação Nacional do Índio

ISA – Instituto Socioambiental

OMS – Organização Mundial de Saúde

PGTA – Plano de Gestão Territorial e Ambiental

PNASPI – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

RT – Referência Técnica

SASI-SUS – Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena

SIASI – Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SPI – Serviço de Proteção ao Índio

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TMS – Taxa de Mortalidade por Suicídio

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

PRÓLOGO

Morrer deve ser tão frio

Quanto na hora do parto

Gilberto Gil

Foi habitando o espaço entre a angústia e a palavra que comecei a escrever. A perspectiva de dissertar sobre tais processos de morte se me apresentava como um caminho encoberto pela neblina: via apenas os vultos das encruzilhadas que me esperavam. Sentia-me a tentar agarrar fumaça, buscando maneiras de escrever sobre um objeto cujos contornos não cessavam de me escapar. Ao mesmo tempo, as questões me rodeavam sussurrando por todos os lados. Via apenas a confusão de poeira e folhas mortas que o redemoinho de questões levantava e sentia medo. Não sei o que mais me assustava: o redemoinho ou seu possível fim. Dissipar a “cortina” de poeira com o peso das palavras era inevitável e tentador. Ao mesmo tempo, era um gesto prenhe de riscos, para mim e para outros, muitos que nem conhecia. Espero que a poeira e as folhas mortas aqui sedimentadas possam ser usadas como adubo para os campos de diálogo que já existem e, quiçá, para novos campos.

Passei os últimos tempos mergulhada em artigos, dissertações, teses e relatórios sobre suicídio entre povos indígenas na América Latina. Imaginava que uma revisão bibliográfica e um trabalho de campo ajudariam a dar corpo e contorno a questões que surgiram desde a primeira viagem que fiz à região do Alto Rio Negro, há alguns anos. Por um lado, isso aconteceu. Por outro, só fez com que uma questão presente desde o início falasse cada vez mais alto: sinto que não posso fazer nenhuma afirmação assertiva sobre experiências, pessoas e territórios que ainda conheço tão pouco. Mesmo os textos mais densos e sensíveis silenciavam quando eu recebia a notícia de que alguém tinha morrido enforcado ou envenenado. A perplexidade e a tristeza que sentia quando lia relatos sobre essas mortes tornavam as palavras estrangeiras.

Diante de um tema tão delicado para as famílias hupd’äh e para os profissionais de saúde que trabalham nas comunidades hupd’äh, havia um único caminho metodológico que me parecia suficientemente cuidadoso para levar tal pesquisa a cabo: o trabalho de campo, mais especificamente, a participação observante em campo guiada por um pacto etnográfico. Considerava (e ainda considero) que uma pesquisa etnográfica e a criação de vínculos são passos fundamentais a serem dados antes de elaborar propostas clínicas em conjunto com as

peessoas hupd'äh. Pensando nesses aspectos, meus orientadores e eu desenhamos uma metodologia de pesquisa que possibilitasse descrever de forma suficientemente rigorosa e sensível as experiências vividas e as entrevistas feitas em campo, dialogando com a bibliografia existente sobre suicídio entre povos indígenas nas terras baixas sul-americanas.

Durante o ano de 2019, preparei o trabalho de campo, o que, além da leitura de etnografias realizadas com os povos hupd'äh e de textos clássicos sobre a região do Alto Rio Negro, envolvia um labiríntico trabalho burocrático: redigir termos de consentimento e assentimento, submeter o projeto e uma série de documentos ao comitê de ética, à Plataforma Brasil e à Fundação Nacional do Índio (FUNAI) etc. No meio daquele ano, viajei à cidade de São Gabriel da Cachoeira para apresentar e discutir o projeto de pesquisa com lideranças hupd'äh, fazer uma consulta prévia à comunidade hupd'äh de Taracua Igarapé, onde passaria um semestre no ano seguinte, e consultar a Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN) sobre a possibilidade de realizar a pesquisa. Também apresentei e discuti o projeto com representantes do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) e do Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro (DSEI-ARN), aproveitando para conversar com os profissionais das equipes de saúde indígena a respeito de suas percepções sobre as mortes autoprovocadas. Tais conversas afetaram-me de forma inquietante, dando-me muito o que pensar nos meses seguintes.

Em março de 2020, alguns dias antes de partir para o campo, fui surpreendida pela pandemia de COVID-19, que me obrigou a reconhecer outros desenhos metodológicos possíveis. Com isso, mudei o foco da pesquisa. As experiências e compreensões hupd'äh a respeito das mortes autoprovocadas, bem como as propedêuticas que as pessoas hup vêm desenvolvendo para lidar com tal questão deixaram de ser figura e passaram a ser fundo. Passei, então, a me debruçar sobre as experiências, compreensões e propedêuticas mobilizadas por profissionais de saúde do DSEI-ARN para lidar com as “situações de suicídio” nas comunidades hupd'äh. Para isso, orientei-me pelos encontros que tivera com os profissionais de saúde em São Gabriel, que tanto haviam me afetado, e por cartilhas sobre estratégias de prevenção do suicídio e promoção do bem-viver em povos indígenas que haviam sido lançadas pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) em parceria com o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos no fim de 2019.

Essa era uma empreitada que eu vinha evitando até então, pois me parecia (e ainda parece) demasiado complexa. Além de demandar um ajustamento do olhar e da escuta para descrever as sutilezas etnográficas de um campo que, por vezes, constitui um “nós” (nós psicólogos, nós profissionais da saúde etc.), tal empreitada requer uma aguçada sensibilidade

aos processos de simetrização antropológicos (para produzir simetria entre as falas das pessoas hupd'äh e dos profissionais de saúde, é necessário escutá-los diferentemente e levá-los a sério simultaneamente).

Ao tentar escutar os profissionais de saúde com mais cuidado, fui percebendo que, em muitos momentos, aquilo que falavam sobre si mesmos e sobre seu trabalho era bastante diferente de seus gestos e práticas. Além disso, certa escuta “clínica” foi me levando a perceber que suas falas tinham inúmeras camadas de sentido e estavam incrustadas de elipses, negações e contradições bastante eloquentes. Tais percepções me colocavam alguns impasses éticos: como não expor nem reduzir meus interlocutores a personagens de menor complexidade? Como levar meus interlocutores efetivamente a sério sem cair na armadilha de supor saber mais do que eles mesmos sabem sobre si e sobre seu trabalho? Eram impasses que me lançavam de volta às questões que fizeram nascer esta pesquisa e que tratam das vicissitudes do encontro com alteridades no trabalho clínico em uma situação intercultural, considerando questões técnicas, políticas e, acima de tudo, éticas. Eram impasses que me lançavam de volta à angústia e ao encanto que me fizeram buscar pontes entre psicologia cultural, psicanálise e etnologia.

Durante a pesquisa, não resolvi nenhum desses impasses e construí apenas pontes de papel, que se desmancham à menor chuva. O que ficou de mais sólido foram as relações que fui estabelecendo ao longo do processo com outros pesquisadores, lideranças e profissionais da saúde (indígenas ou não). Por isso, escrevi esta dissertação como um ensaio experimental em primeira pessoa, de forma a convidar quem lê a sentir e pensar a partir de uma relação narradora-leitor – relação essa sustentada e atravessada por tantas outras relações.

*

Em março de 2022, voltei ao Alto Rio Negro. A floresta espelhada no rio escuro lembrou-me da sensação de estar sobrevoando um mundo subaquático, rerepresentando-me à vertigem de não ter mais a certeza de estar acima, no meio ou abaixo – vertigem parecida com aquela que experimentamos numa sala de espelhos que replicam imagens em fractal. A algazarra polifônica dos japiins voltou a confundir-me com seus cantos camaleônicos. Os cheiros fermentados, úmidos e multicoloridos tornaram a inebriar-me, alterando minha percepção das distâncias. Os caminhos de São Gabriel voltaram a embaralhar-se e desvelar-se ao seguir amigos hupd'äh pela cidade.

Esses reencontros ofereceram-me novamente a sensação de simultânea suspensão e aterramento que guiara minha escrita em 2019. A dissertação já estava quase toda escrita, mas eu sentia um profundo mal-estar em concluí-la tal como estava. Não sabia mais onde estava o “coração” do texto e sentia que muito do que estava escrito mais ocultava do que apresentava

as questões que tanto me inquietavam. Mesmo depois desses anos todos, eu ainda não conseguia colocá-las em palavras. Também sentia que não conseguira apresentar com suficiente complexidade e delicadeza o que tinha aprendido a partir dos encontros e das leituras. Sentia um medo enorme de desrespeitar as experiências alheias com minhas palavras. Esse medo bloqueava a escrita e tornava a ideia de finalizar o texto um tanto quanto aterrorizante.

Algumas semanas depois de voltar do campo, adoeci com malária. As crises febris, uma internação hospitalar e uma recidiva um mês e meio depois deixaram-me bastante fragilizada e fizeram-me postergar a escrita. Nesse ínterim, os parasitas que habitavam meu sangue e fígado reapresentaram-me à minha própria precariedade e trouxeram a ideia da morte para mais perto. Convalescente, tive sonhos que me deixaram ainda mais desorientada e inquieta quanto aos rumos da pesquisa.

Ao revisitar as memórias enquanto me recuperava da malária, percebi que os reencontros em campo despertaram a percepção de uma tessitura onírica do que vivera. A saber, ao rememorar encontros, ler o caderno de campo e escutar as gravações das entrevistas, vinham-me lembranças cujos contornos difusos e vivos pareciam impregnados de uma textura própria dos sonhos. Habitada por essas lembranças-sonho, tentei escrever de forma a transmitir encontros que criassem espaços intermediários, zonas com sentidos em movimento e significados incertos. No entanto, algo ainda me impedia. Não conseguia escrever uma linha sequer.

Em agosto deste ano, durante uma supervisão de um caso que vinha atendendo na clínica, chorei aliviada quando se sedimentou a compreensão de que eu vinha sendo guiada por uma questão da qual não tinha estado consciente até então: quando me deparei com os suicídios que ocorriam entre pessoas hupd'äh, perguntei-me se haveria algo nesses acontecimentos que se assemelhava àqueles que testemunhei ao longo de minha vida. Mais especificamente, perguntei-me se alguns daqueles acontecimentos que então me apareciam como mortes autoprovocadas não seriam, paradoxalmente, gestos que buscavam vida. Tal questão, subrepticamente formulada, manteve-se latente ao longo de toda a pesquisa e, talvez, tenha se constituído em um lugar para que eu me aproximasse do sofrimento e das situações de “suicídio” em comunidades hupd'äh.

Penso, hoje, que me defendia dessa questão, pois, além de ser angustiante, eu temia que obstruísse minha atenção e escuta para mundos vividos diferentes dos meus. Contudo, tive de reconhecer que ela esteve aí todo o tempo, guiando minha escuta. A percepção do caráter onírico das experiências vividas – que abriu a possibilidade de escrever desde um lugar intermediário e incerto, prenhe de outros – foi o que me possibilitou compartilhar essa questão

aqui. Assim, apresento tal questão menos como uma forma de esclarecer, sintetizar ou elucidar qualquer coisa que seja e mais como uma forma de dar mais sombra, contradição e incerteza ao texto¹.

Há bastante tempo, a temática do suicídio se tornou uma questão em minha vida, por estar presente em situações em que eu percebia que o suicídio aparecia como uma maneira de a pessoa se opor a impedimentos da possibilidade de ser. Pessoas próximas, pessoas queridas e, posteriormente, pacientes me acenavam com essa possibilidade, o que me inquietava profundamente. Com essas pessoas, testemunhei que um suicídio pode ser desenhado como a possibilidade de um existir quando o devir-alguém-para-outrem está impossibilitado. Essas pessoas mostravam-me que um suicídio, surpreendentemente, pode ser uma afirmação agonizante do desejo de viver.

Certo dia, uma dessas pessoas, uma jovem que doravante chamarei de Lila², disse-me algo que me marcou profundamente: *“a possibilidade de me matar é o que me faz suportar viver”*. Lila sentia que vivia uma vida morta. Sentia-se distante dos humanos, das paisagens, de todos os seres. Sentia-se tão distante dos outros que seus chamados, cheiros, cores e texturas pareciam ecos de um mundo estranho, ecos insuficientes para despertarem nela um desejo, um movimento. Dizia que o mundo, para ela, era pura saudade do que não vivera. Sentia-se fora do mundo estando nele – um não lugar terrível. Sentia um terror agônico de não poder participar e ficar, sabe-se lá, até quando nesse estado, nem morta nem viva³. Lila desejava morrer não apenas para acabar com essa situação insuportável de morte em vida, mas para inscrever um gesto seu, para ser alguém movida por seu desejo, mesmo que no derradeiro momento. A fantasia de morte, de alguma forma, era guardiã de seu desejo. Aventar o suicídio, estranhamente, era uma forma de Lila afirmar querer viver. Lila recusava uma vida morta.

¹ A formulação dessa pergunta que vinha guiando minha pesquisa sem que eu percebesse não me ajuda a encontrar respostas nem melhores traduções para os acontecimentos que ocorrem entre pessoas hup. Não consigo dizer se há algo nos “suicídios” que acontecem entre pessoas hup que se assemelha às experiências que testemunhei no decorrer de minha vida, pois as formas de vir a ser alguém por meio do olhar, da memória e do corpo-território do outro são múltiplas. Entretanto, ajuda-me a formular novas perguntas, mais fecundas porque mais enraizadas. Também me dá imagens mais vivas para conversar com meus interlocutores. Hoje percebo melhor o que me afetava visceralmente quando me deparava com as histórias de enforcamentos e envenenamentos no Alto Rio Negro. Tal percepção pode me servir como bússola para orientar-me nas futuras conversas, dando sentidos mais encarnados à maneira com que serei afetada por novos encontros e desencontros. Perceber como tais vivências prévias se atualizam nos novos encontros possibilita abrir-me a vivências outras com mais tranquilidade, atenção e disponibilidade.

² Lila é um nome fictício. A pessoa cuja história contarei adiante permitiu que eu escrevesse sobre nossas conversas.

³ O que Lila contava-me fazia-me lembrar de uma fala de Drácula, vampiro imortal, no filme “Nosferatu – o vampiro da noite”, de Werner Herzog (1979): “A morte é cruel quando inesperada, mas a morte não é tudo, cruel é não poder morrer”.

Queria uma vida em que pudesse ser alguém em um mundo com outros que criassem-desvelassem seu rosto e chamassem seu desejo à existência (cf. WINNICOTT, 1965/1983).

Lila, ao longo de sua história, havia vivido experiências de profunda destituição, humilhação social e violência, às quais não pudera reagir, responder ou compartilhar com outros. Sem ganharem inscrição e sentido em mundos vividos compartilhados, tais experiências beiravam o não acontecido e lançavam-na em uma solidão sem tamanho. Sem poder dar sentidos políticos e coletivos às experiências de humilhação social que vivera, Lila acreditava que era uma pessoa desprezível e indigna de respeito – não entendia o que vivera como expressão de relações de dominação e violência que ocorrem entre coletivos, mas sim como expressão de que havia algo de errado com ela (cf. GONÇALVES FILHO, 1998). Acreditava, no fundo que, se a tratavam daquele modo, era porque ela realmente devia ser alguém desprezível.

Nas poucas vezes em que conseguia falar das experiências traumáticas que vivera, Lila era invadida por sentimentos de profundo desamparo, desorientação e dispersão. Quando voltava deste “mergulho” no passado que insistia em não passar, sentia vergonha. Certo dia, Lila percebeu que sentia vergonha, pois, além de reexperimentar vivências de humilhação, sentia que estava mentindo. Dizia-me: “sei que isso aconteceu. Está tatuado em mim. Ao mesmo tempo, quando te conto sobre isso, sinto que não é verdade. É como se eu estivesse inventando uma história sobre outra pessoa”. Contei-lhe que eu havia ouvido falas parecidas como essas quando atendera refugiados. Assim como ela, aquelas pessoas haviam vivido experiências traumáticas que haviam lhes arrancado de si mesmas e de suas comunidades. Assim como ela, aquelas pessoas sentiam que narrar o que haviam sofrido beirava o impossível, tornando qualquer palavra traidora da experiência vivida (cf. LEVI, 1986/2020).

Quando a angústia de Lila começou a ganhar contornos, ela pôde buscar o apoio de amigos e familiares e começou a participar de movimentos sociais. As conversas com amigos, familiares e companheiros de militância foram, aos poucos, oferecendo-lhe sentidos históricos, coletivos e políticos ao que vivera. Ao longo do tempo, a sensação de estar morta foi transformando-se em uma sensação de estar não nascida. Um dia, Lila compartilhou comigo uma constatação, num tom de voz novo: “Nunca acabamos de nascer. Se não podemos continuar a nascer para os outros ao longo da vida, definhamos”.

Hoje, vejo que uma pergunta insiste. Se partimos da ideia de que são os outros que nos oferecem a possibilidade de vir a ser, de devir alguém, como a destituição da possibilidade de ser alguém para outros em determinados mundos vividos lança ou puxa a pessoa em direção a outros mundos possíveis?

*

Por ora, apesar de reconhecer a importância de falar sobre a questão das mortes autoprovocadas entre pessoas hup, que têm afetado tantas famílias, comunidades e profissionais de saúde, ainda sinto que a melhor maneira de expressar o que percebo e penso sobre essa situação é o silêncio. Todavia, como não sei escrever um silêncio, escrevo este texto como um convite. Um convite para sentir, pensar e sustentar um espanto e um pesar que habita cada interstício de palavra aqui grafada. Tentarei, assim, transmitir um pouco do que tem me afetado e formular questões que espero que sejam fecundas. A pergunta me parece, por ora, uma boa forma de partilhar o silêncio. Penso que as seguintes discussões se aproximam mais de garatuja de uma criança que tenta dar alguma forma aos mundos que a ela se revelam do que de argumentos. Espero que estes escritos-garatuja, com suas linhas, fissuras e contradições, possam servir como material para que quem leia pense, imagine e sonhe a partir de suas próprias experiências, relações e perspectivas teóricas – como quando olhamos para o desenho de uma criança e tentamos adivinhar o que é: uma árvore, uma casa, uma pessoa? Todos e nenhum destes.

Por fim, antes de começarmos, peço licença. Licença aos familiares e amigos de quem morreu por suicídio, aos profissionais de saúde e demais cuidadores que trabalham com tais acontecimentos e àqueles que se sentem ou já se sentiram capturados pela possibilidade de antecipar a própria morte. Também peço licença àqueles que encantaram, cujas experiências, sempre inescrutáveis, podem nos lembrar de abismos magnéticos e nos lançar em sonhos perigosos, ao mesmo tempo em que podem nos convocar a fiar novas relações, emprenhar-nos de olhares, imagens, palavras e devires outros, tecer narrativas, gestar memórias e desenhar gestos para podermos suportar a lonjura paradoxalmente próxima que tamanhas alteridades nos apresentam.

INTRODUÇÃO

*Quando vires os olhos
que tenho nos meus tatuados*

Alejandra Pizarnik

Nessa manhã de louco

O olho do morto

Reflete o fogo

Jards Macalé

*Sabes, o que se escreveu em teu olho
aprofunda-nos o fundo.*

Paul Celan

1. Percurso

Estou em um prédio em escombros. As paredes despedaçadas choram, úmidas. Tudo é escuro e labiríntico. Subo escadas de pedra e entro em um quarto iluminado. A luz me abraça. Lá dentro, encontro um pajé. Em gestos amplos, o homem pinta um olho na parede. É a coisa mais bonita que já vi. Desmontada pela beleza e sem palavras, contemplo o olho vivo que nasce de seus braços. De repente, o homem pega um pincel grosso, molha em tinta preta e violentamente encobre o olho que acabara de pintar. Só consigo gritar “não, não faça isso!”, agoniada.

Sonhei esse encontro em 2013, no primeiro ano da graduação em Psicologia. Profundamente tocada, fui procurar saber mais sobre esse pajé. Deparei-me, fascinada, com os muitos mundos ameríndios. Ao mesmo tempo, defrontei-me com a violenta história genocida e etnocida que os povos ameríndios continuam a enfrentar. Isso me causou um misto de dor, indignação, vontade de aprender e um profundo sentimento de responsabilidade perante essas histórias. Aproximei-me, assim, de movimentos sociais que lutam pelos direitos indígenas. Essas inquietações também me levaram a cursar disciplinas na Antropologia, que me abriram caminhos completamente novos e, por vezes, “estrangeiramente” íntimos.

Em 2015, comecei a participar da Rede de Atenção à Pessoa Indígena, coordenada pelo professor Danilo Silva Guimarães. Ao longo de alguns anos, trabalhamos com pessoas Guarani Mbya que moram em aldeias no Pico do Jaraguá e em Itanhaém, no estado de São Paulo. Semana a semana, tinha de me despir do que pensava saber. Aprendi que boas propostas clínicas só podem ser feitas em conjunto com as pessoas das comunidades, sustentadas por vínculos criados por meio da convivência e de uma sintonização de ritmos e temporalidades. Percebi na pele os equívocos tradutivos (VIVEIROS DE CASTRO, 2004) que vão se produzindo nos encontros. Também aprendi que muitas das situações que geralmente são vistas como patológicas devem ser tratadas em paralelo ao trabalho do psicólogo, sem sua interferência (FERNANDES GUARANI MBYA, 2010). Essas experiências me colocaram uma urgência de rever certos paradigmas epistemológicos das psicologias que tinha aprendido até então. Dessas inquietações, nasceu uma Iniciação Científica sob a orientação do prof. Danilo Silva Guimarães.

Na Iniciação Científica (ACHATZ; GUIMARÃES, 2018), buscamos escutar o que algumas lideranças indígenas do estado de São Paulo têm falado sobre as possíveis posturas políticas, éticas e estéticas da psicologia em sua relação com os povos indígenas. Para isso, analisamos discursos de lideranças Guarani Mbya, Pankararu, Xavante, Baniwa, Tupi-Guarani, Terena e Krenak proferidos no II e III Fóruns “A presença indígena em São Paulo” em 2014 e

em eventos promovidos pelo CRP-SP em 2010. A análise dos discursos das lideranças foi articulada às noções de perspectivismo ameríndio (VIVEIROS DE CASTRO, 2004) e da fenomenologia da alteridade na Psicologia Cultural. Dadas as diferentes rotas ontológicas (DESCOLA, 1998) e os distintos solos extraverbais (BAKHTIN, 2003) que embasam as teorias e práticas ameríndias e psicológicas e tendo em vista as formas singulares de cada pessoa viver as vulnerabilidades psicossociais decorrentes dos avanços dos processos coloniais, levantamos questões sobre como os psicólogos podem atuar de forma a não repetir posturas violentas, silenciadoras e eurocêntricas e buscamos estabelecer diálogos entre as diferentes perspectivas.

Em fevereiro de 2016, viajei a São Gabriel da Cachoeira com outros integrantes do Fórum sobre Violações dos Direitos dos Povos Indígenas⁴. São Gabriel da Cachoeira é uma cidade localizada em um município homônimo situado na bacia do rio Negro, estado do Amazonas, Brasil. O município, habitado por aproximadamente 47 mil pessoas (IBGE, 2021), fica no extremo noroeste do país, fazendo fronteira com a Venezuela e a Colômbia. É um dos municípios mais extensos do país, contando com uma área territorial de mais de 109 mil km² (IBGE, 2021a). Além de São Gabriel da Cachoeira, a região do Rio Negro abrange uma parte dos municípios de Santa Isabel e Barcelos, também situados no estado do Amazonas.

A região do Rio Negro é constituída, majoritariamente, por terras indígenas e áreas de preservação ambiental e é habitada por mais de 30 mil indígenas de 23 etnias, falantes de línguas das famílias Tukano, Arawak, Naduhupy e Yanomami. A maior parte dos habitantes vive em aldeias localizadas em cinco terras indígenas demarcadas: Alto Rio Negro, Médio Rio Negro I, Médio Rio Negro II, Apaporis e Tea. Como veremos adiante, a enorme extensão territorial, as dificuldades de acesso às comunidades e a grande diversidade de etnias e línguas indígenas são importantes desafios para a operacionalização da atenção à saúde indígena na região, que é responsabilidade do Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena do Alto Rio Negro (DSEI-ARN).

⁴ O Fórum sobre Violações de Direitos dos Povos Indígenas (FVDPI) é ligado à Associação Nacional de Direitos Humanos, Pesquisa e Pós-Graduação (ANDHEP).

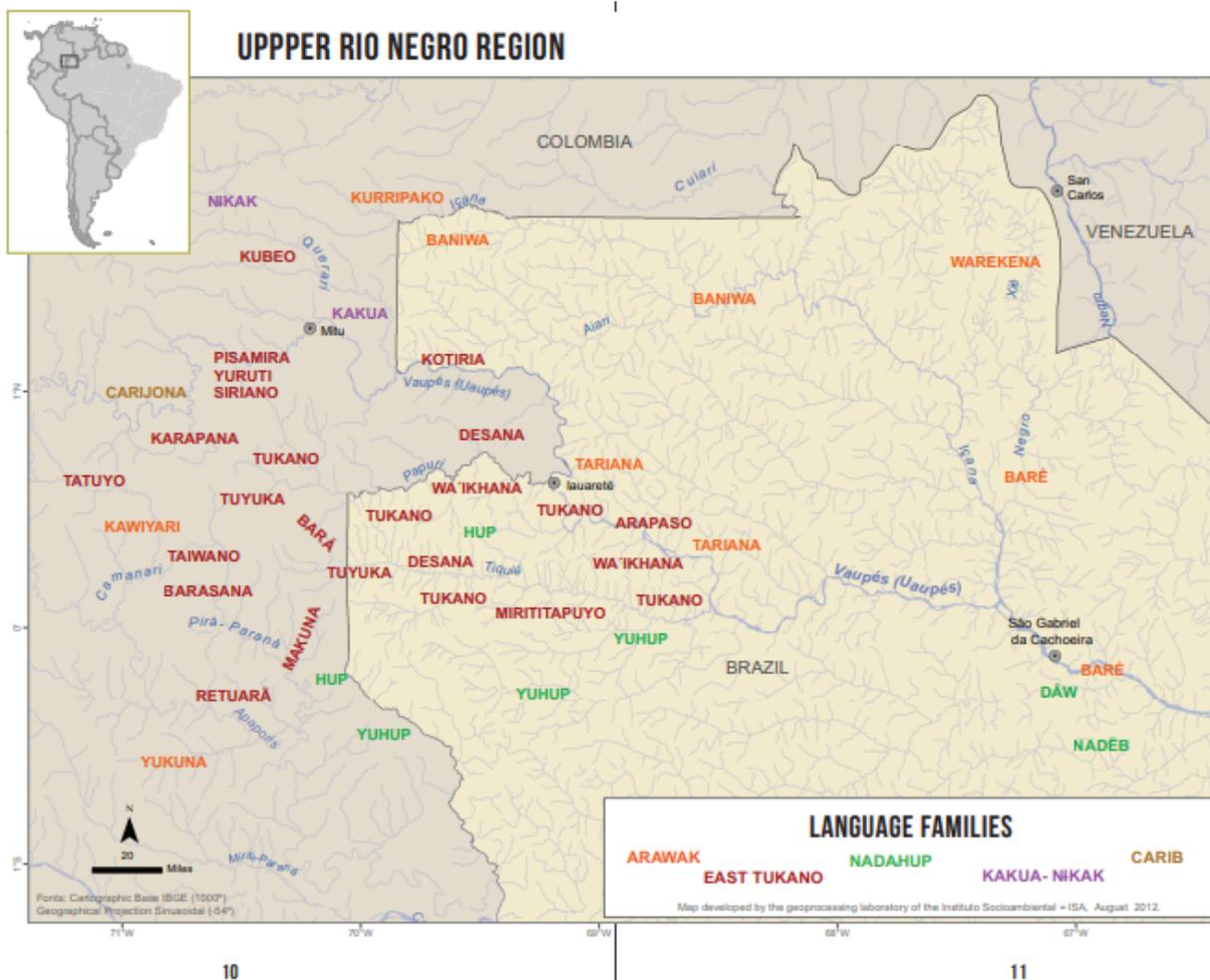


Figura 1. Mapa da distribuição territorial das famílias linguísticas indígenas na região do Alto Rio Negro (EPPS, 2013, p. 10)

Durante nossa estada em São Gabriel da Cachoeira, fiquei profundamente impactada com os acampamentos de famílias hupd'äh no Beiradão, ao lado de um dos portos da cidade. Muitas famílias viajam à cidade para fazer documentos, retirar benefícios sociais, passear ou fazer compras e acampam, por vezes durante meses, em barracas de lona azul instaladas sobre as pedras. Como muitos não falam português, são frequentemente explorados por mediadores e ficam expostos a inúmeras vulnerabilidades psicossociais. Na época, lembrei-me das discussões sobre o fenômeno de humilhação social (GONÇALVES FILHO, 1998; 2007) e desenraizamento (BOSI, 2003; SAFRA, 1999a; 2004). Ainda pulsam em mim a tristeza e indignação de ver e ouvir sobre as sistemáticas violações dos direitos das pessoas hupd'äh, o racismo, a discriminação, os profissionais de saúde cansados e submetidos a condições de trabalho insustentáveis, a forte atuação de missionários, os impactos de políticas públicas inadequadas àquele contexto, os efeitos de um projeto de Estado desenvolvimentista e

genocida, as devorações do capitalismo (STENGERS, 2015) e tanto mais. Ao mesmo tempo, ouvia uma série de falas que banalizavam essas atrocidades e uma frase de Millôr (*apud* KRENAK, 2015) parecia caber como uma luva: “somos todos humanos, mas alguns são mais humanos do que outros”.

O delicado e bruto tema dos muitos casos de suicídio que vinham acontecendo na cidade e nas comunidades na região aparecia nas franjas das falas das pessoas com quem conversei. Os suicídios, naquele contexto, pareciam-me mais uma das expressões nefastas do genocídio e etnocídio aos quais esses povos vêm resistindo há séculos. Parecia-me que os benefícios sociais, pensados para um cidadão genérico e inadequados àquele contexto, acabavam por acelerar o projeto do Estado de transformar indígenas em pobres (VIVEIROS DE CASTRO, 2017). Além disso, parecia-me que cada caso e cada tentativa de suicídio era uma faceta singular de um fenômeno coletivo decorrente de traumas coloniais, que só poderia ser elaborado por meio de estratégias de cuidado comunitárias e decoloniais (LINKLATER, 2011).

Eis que, numa tarde, no alto de minhas elucubrações, visitamos um senhor desana, que nos benzeu para que estivéssemos cercados para uma viagem de barco. Perguntei-lhe o que achava dos suicídios, ao que ele respondeu breve: “Isso aí é sopro, menina. Coisa de gente perigosa”.

2. Contextualização

2.1. “Os” Hupd’äh⁵

K’ég Téh, o “Filho do Osso”, foi o demiurgo que chamou os seres humanos à existência e, em seguida, fez a *M’èh Hõh Tëg*, a grande Cobra-Canoa, mandando que as Gentes-Peixe embarcassem nela para viajar rumo ao rio Uaupés. Assim, os antepassados dos Hupd’äh, os *hib’ah teh d’äh*, saíram do *Pud-Dëh Mòh*, o Lago-de-Leite, localizado no Rio de Janeiro, e viajaram dentro da Cobra-Canoa, que foi abrindo os caminhos dos rios Negro, Uaupés e Tiquié. No entanto, durante a longa e difícil viagem, alguns deles caíram na água e, desde então, vivem nas profundezas dos rios, nas *Dëh Móy*, Casas-do-Rio. Essas Gentes-Peixe que vivem nas Casas-do-Rio não se transformaram em Hupd’äh e, por isso, causam “doenças” e tentam roubar seus “espíritos”. Como conta o antropólogo Danilo Ramos:

⁵ Vale notar que dizer “os” Hupd’äh, “os” Tukano, “os” povos Arawak etc. é um artifício para facilitar a escrita e a leitura do texto, mas é impreciso e pode induzir a importantes equívocos por algumas razões. Primeiro, pode passar a ideia de que haveria uma homogeneidade entre as formas das diferentes pessoas, famílias, clãs e comunidades hupd’äh pensarem, agirem, adoecerem, cuidarem etc. Segundo, muito do que escrevo a respeito “dos” Hupd’äh provém de relações que estabeleci com poucas famílias e de construções etnográficas feitas por antropólogos que trabalharam com esses povos (e que também escreveram a partir de relações estabelecidas preferencialmente com certas famílias e comunidades).

Foi na cachoeira de Ipanoré, *Hib'áh Hũh*, que os ancestrais dos diversos clãs hup emergiram pelos buracos que há nas rochas. Depois da longa viagem, foi lá que os primeiros hup se sentaram para conversar enquanto comiam a coca, fumavam tabaco e bebiam caarpi. (2013, p. 15)

Desde então, os clãs Hupd'äh vivem na região do Alto Rio Negro. O território de habitação e circulação das pessoas Hupd'äh é bastante extenso e há diferenças dialetais e sociais entre os clãs de diferentes regiões do território⁶. No Brasil, há mais de vinte comunidades hupd'äh localizadas às margens de igarapés no interflúvio do Tiquié e do Papuri, rios afluentes da margem esquerda do rio Uaupés. Também há dezenas de sítios no interior da floresta. O último censo realizado apontou uma população de 2.634 indivíduos (FOIRN; ISA, 2017).

Atualmente, em algumas comunidades, vivem de 100 a 200 pessoas, enquanto outras agregam de 15 a 50 pessoas (RAMOS, 2013, p. 20). A criação de comunidades mais populosas e a permanência mais longa em habitações próximas aos grandes rios estão relacionadas à atuação dos missionários salesianos, que, a partir dos anos 1960, buscaram agregar em “povoados-missão” um grande contingente de pessoas hup para a evangelização (RAMOS, 2013; ATHIAS, 1995). Antes da atuação missionária, as aldeias eram menores e havia uma mobilidade territorial mais intensa. Segundo Reid (1979), os grupos hupd'äh tinham padrões constantes de mobilidade, circulando entre três mundos distintos: as aldeias hupd'äh, ponto de partida e de retorno para as perambulações; acampamentos de caça na floresta; e aldeias de indígenas do rio, onde os Hupd'äh residiam durante temporadas de trabalho (1979, p. 33). A circulação entre esses diferentes espaços continua, mas atualmente as famílias passam a maior parte do ano nas aldeias e muitas passam temporadas na cidade.

Nas últimas três décadas, os deslocamentos pelo território vêm diminuindo e a concentração populacional em algumas comunidades mais próximas da beira dos rios continua a aumentar. Além de estarem relacionadas à atuação de missionários salesianos e evangélicos, tais mudanças nos padrões de ocupação territorial e moradia também se relacionam à busca de acesso a bens, serviços e direitos como assistência em saúde e educação escolar. No entanto, essas novas formas de ocupação territorial trouxeram também mudanças negativas:

⁶ Segundo a classificação proposta por Reid (1979, p. 101-104), as comunidades Hupd'äh no Brasil estão distribuídas em três grupos regionais: 1) ocidental, entre os altos cursos dos rios Papuri e Tiquié; 2) central, entre os médios cursos desses rios; e 3) oriental, entre o baixo Papuri e o médio Uaupés, tendo o igarapé Japu como referência. Além das diferenças dialetais, também há uma tendência endogâmica entre os grupos regionais hupd'äh, ou seja, uma tendência de que as pessoas se casem com pessoas do mesmo grupo regional. Dessa forma, cada grupo regional configura um conjunto de comunidades cujas famílias entretêm trocas e visitas frequentes. Além disso, o processo de colonização teve impactos diferentes em cada grupo regional (MARQUES; RAMOS, 2019).

Segundo eles mesmos [os Hupd'äh e Yuhupdëh] refletem, essa mudança no padrão tradicional de ocupação e moradia, apesar de possibilitar o acesso a certos bens, serviços e direitos hoje bastante valorizados por todos no Alto Rio Negro (em especial a escola), trouxe também diversos problemas. Os principais deles estão relacionados com o empobrecimento da alimentação, já que passaram a caçar e coletar pela floresta com uma frequência bem menor do que faziam no passado; com as brigas e conflitos decorrentes da concentração populacional; e com o enfraquecimento na transmissão dos conhecimentos e práticas culturais entre as gerações, uma vez que estes estão intimamente ligados à tradicional mobilidade pelo território. (FOIRN, 2019, p. 60-61)

Atualmente, as aldeias são constituídas por pessoas de diferentes clãs, os quais, em muitos casos, entretêm relações conflituosas. Há aproximadamente 25 clãs agnáticos (de descendência patrilinear) que são hoje os segmentos básicos de constituição e diferenciação da estrutura social Hupd'äh. Há uma assimetria entre os diferentes clãs, que se relacionam entre si como “irmãos maiores” e “irmãos menores”. Assim como os povos Yuhupdëh, Nadëb, Dâw, Kákwa e Nukák, os Hupd'äh têm um sistema de matrimônio estruturado pela endogamia linguística e exogamia clânica. Por meio do casamento, formam-se os grupos de fogo, unidades familiares que geralmente comem e dormem juntas e constituem as “unidades mínimas de produção e consumo” (RAMOS, 2013, p. 21). Os grupos de fogo que coabitam formam os grupos locais, diferenciados e nomeados entre si. As pessoas ou grupos de fogo visitam periodicamente parentes de outros grupos locais, em estadas que chegam a durar meses (RAMOS, 2013; ATHIAS, 1995; REID, 1979).

As prescrições e proscricções de casamento, a intensa circulação entre aldeias, a alta mobilidade pela floresta e a organização social supostamente mais “fluida”, dentre outros aspectos atribuídos aos Hupd'äh na literatura etnológica, contrastam com as características dos povos falantes de Tukano Oriental (que também habitam a região do Alto Rio Negro). Estes, idealmente, teriam um sistema de matrimônio regulado pela exogamia linguística, seriam sedentários e viveriam às margens dos grandes rios (MARQUES, 2015; JACKSON, 1983). Tal contraste entre os modos de vida Hupd'äh e Tukano, como veremos adiante, foi um dos eixos orientadores das descrições etnográficas a respeito das relações interétnicas na região.

2.2. “Maku”

Na literatura sobre o Alto Rio Negro, é frequente que os Hupd'äh sejam designados pela exonímia pejorativa “Maku”, termo que provavelmente origina-se de línguas arawak e significa “aquele que não tem fala” ou “aquele que não tem a nossa fala” (*Ma* = prefixo privativo e *aku*

= fala) (ATHIAS, 2006, p. 10). “Maku” é um termo associado às imagens de “índios selvagens” ou “índios-da-floresta” em oposição a “índios civilizados” ou “índios-do-rio”⁷. Os povos chamados de “Maku” seriam considerados pelos outros povos indígenas da região (principalmente pelos povos da família linguística Tukano Oriental como os Tuyuka, os Desana, os Piratapuaia e os Tariano) como exemplos da antítese da civilização (POZZOBON, 1983) ou como representantes do avesso do ideal de humanidade (JACKSON, 1983). De acordo com Renato Athias (1998), tais concepções e posturas dos Tukano em relação aos Hupd’äh estariam lastreadas nos mitos de origem Tukano⁸ e seriam reforçadas pelo fato de os Hupd’äh terem hábitos muito diferentes daqueles que caracterizariam uma pessoa propriamente humana para os Tukano:

[...] a concepção de humanidade que os Tukano têm – como por exemplo, habitar nas margens dos rios, plantar a mandioca, casar com alguém que fale uma língua diferente – não encontra correspondente entre os Hupdë. Estes fogem completamente deste padrão, por isso não são considerados como gente [*mahsã*] segundo os Tukano. Para os Tukano, os Hupdë são [*pohsá*], ou seja, gente estragada. (*Ibidem*, p. 243-244)

Assim, na região do Alto Rio Negro, chamar alguém de “Maku” é um gesto ofensivo, pois tal termo está carregado de sentidos como “feio”, “bestial”, “inferior”, “sujo” e “não civilizado” como apontam as antropólogas Lilian Monteiro e Cecília McCallum (2013)⁹. Tendo isso em vista, na literatura etnológica contemporânea, esses povos têm sido referidos como pertencentes à família linguística Naduhupy, termo proposto pela linguista Patience Epps (2008) para designar a família linguística composta pelos falantes de Hupd’äh, Yuhupdëh, Däw e Nadëb. Durante a elaboração do Plano de Gestão Territorial e Ambiental (PGTA) (FOIRN, 2019), lideranças Yuhupëh propuseram a variação “Naduhupy”, que será doravante usada na

⁷ Para uma discussão aprofundada a respeito da oposição “índios do rio” como figuras do movimento vs “índios da floresta” como fundo de fixidez, e seu desdobramento na tríade “índios selvagens”, “índios civilizados” e “civilizados”, que se projeta espacialmente da cabeceira à foz dos rios, ver a dissertação e a tese de Bruno Marques (2009; 2015). Para uma discussão a respeito de como a oposição “índios do rio”/“índios do mato” reproduz noções como “sociedades complexas” e “sociedades simples”, ver Marques e Ramos (2019).

⁸ Algumas versões dos mitos de origem tukano contam que os “Maku” foram os últimos a saírem da Cobra-Canoa para este mundo, enquanto outras contam que os “Maku” desceram primeiro, mas somente para servir os Tukano e ajudá-los a descer da Cobra-Canoa. A ordem de descida da Cobra-Canoa é análoga à posição de cada povo (e à posição dos *sibs* em cada etnia) numa escala assimétrica que regula as interações sociais, trocas e relações de trabalho estabelecidas entre as diferentes etnias e *sibs*. De acordo com as etnografias, tais mitos eram frequentemente mobilizados pelos Tukano para justificar as relações estabelecidas com os povos “Maku” (ATHIAS, 1998).

⁹ Ao mesmo tempo, como Pedro Lolli (2016) destaca, o termo “Maku” é bastante plástico e polissêmico, sendo empregado de variadas formas pelos povos indígenas da região e pelos pesquisadores. Como lembram Marques e Ramos (2019), é possível encontrar o termo “Maku” associado a “escravo”, “nômade”, “bom caçador”, “feiticeiro poderoso”, “pessoa apartada de seu grupo” etc.

dissertação. Evita-se falar “povos Naduhup” ou “povos Naduhupy”, pois os Hupd’äh, Yuhupdëh, Däw e Nadëb não se reconhecem como pertencentes a um mesmo grupo.

Vale notar que as relações que os povos da família linguística Naduhupy entretêm com os povos Tukano são complexas, objeto de extensa discussão na literatura altorrionegrina (cf. BARRETO, 2018; POZZOBON, 2011; ATHIAS, 2008, 1995; VIVEIROS DE CASTRO, 1982; RAMOS et al. 1980; REID, 1979) e já foram descritas como hierárquicas, assimétricas, de dominação, de servidão, de escravidão, de patronagem, simbióticas, dentre outros. Tal polissemia refere-se, em parte, à dificuldade em descrever formas de socialidade regionais a partir de conceitos exógenos (ATHIAS, 1995)¹⁰. Ao mesmo tempo, refere-se a diferenças de enfoque por parte dos pesquisadores: enquanto alguns ressaltam as relações de tais assimetrias a desigualdades econômicas, outros sublinham como tais assimetrias se relacionam às imagens de inferioridade e desumanidade atribuídas aos “índios do mato” pelos “índios do rio” (MARQUES, 2015; RAMOS et al., 1980). Ainda, tal polissemia tem a ver com a perspectiva (Tukano ou Naduhupy) pela qual o pesquisador foi capturado ou afetado. Há divergências sobre como e em que medida o processo de colonização influiu nas assimetrias que configuram o sistema regional altorrionegrino (cf. MARQUES, 2015; ANDRELLO, 2006; WRIGHT, 2005; NEVES, 2001). O antropólogo Bruno Marques aponta por exemplo que, ao longo da missionarização salesiana, as imagens de anti-humanidade ou não civilização associadas aos “Maku” pelos outros povos indígenas da região foram recebendo uma

[...] inflexão católica, variando para os temas da “compaixão”, da “pena” e de uma certa disposição a “ajudar” os hupd’äh a acederem aos deveres e benesses da civilização. Ainda assim, o caráter intempestuoso e virulento dos hupd’äh nos dias de festa com consumo de caxiri é constantemente lembrado – “eles são bons, tranquilos, mas quando bebem...” –, trazendo à tona uma vez mais os signos da bestialidade, além de sua reputada inconstância nos labores produtivos da roça. (MARQUES, 2015, p. 40)

Ao mesmo tempo, a maneira com que os povos falantes de Naduhupy foram retratados em boa parte da literatura etnológica também recebeu forte inflexão das perspectivas dos povos

¹⁰ Alguns pesquisadores ressaltam, por exemplo, que os Hupd’äh silenciam e baixam a cabeça diante dos Tukano, agindo com extrema formalidade, deferência e, por vezes, com temor. Já outros lembram que, quando entre si, os Hupd’äh fazem inúmeras piadas sobre os Tukano, zombando de sua pretensão de superioridade e reprovando fortemente seu comportamento, que consideram imoral, violento e autoritário. Certos pesquisadores recorrem às ideias de escravidão e patronagem pela maneira com que famílias hupd’äh periodicamente trabalham nas roças de famílias tukano, recebendo apenas uma parte da mandioca plantada e folhas de coca em troca. Outros, por sua vez, contam como as famílias hupd’äh, sentindo-se insatisfeitas ou ofendidas com as relações com os Tukano, fogem para o mato, levando consigo uma boa parte da plantação. Já outros pesquisadores dão ênfase às trocas realizadas entre famílias hup, que oferecem produtos provenientes da floresta como carne de caça, cestas e frutos, e famílias tukano, que oferecem mercadorias dos brancos, mandioca e peixes (cf. MARQUES, 2015; LOLLI, 2016; POZZOBON, 2002; JACKSON, 1983).

não falantes de Naduhupy. Até os anos 1970, a maior parte da literatura sobre os povos “Maku” provinha de descrições feitas sobre eles por outros povos da região, de forma que os pontos de vista que predominavam nas etnografias eram aqueles dos “índios do rio” (MARQUES, 2009). Tal enviesamento da literatura escrita sobre os “Maku” pelo ponto de vista dos povos Tukano foi chamada de “*bias* tukano” por Howard Reid (1979). Na esteira de Reid, Jorge Pozzobon (2011) define a incorporação do ponto de vista dos “índios do rio” sobre os “índios do mato” pelas etnografias como uma “mestiçagem de conceitos”.

Rafael Moreira Silva (2017) aponta como tal mestiçagem de conceitos impacta a gestão de políticas públicas, à medida que produz um retrato de tais populações a partir de um conjunto de imagens de pobreza e carência. Danilo Ramos (2013) traz um matiz importante ao lembrar que o modo como os “Maku” apareciam na literatura científica até os trabalhos de Silverwood-Cope e Reid era fortemente influenciado pelo paradigma evolucionista (que, por exemplo, pressupõe o sedentarismo como modelo de bom, belo e avançado, em oposição ao nomadismo), de forma que a identificação dos pesquisadores com determinados “pontos de vista nativos” não advinha de uma mera reprodução passiva das perspectivas tukano, mas também de uma busca ativa por dados empíricos que pudessem comprovar suas perspectivas evolucionistas apriorísticas (*Ibidem*, p. 37)¹¹.

Desde os anos 1980, as etnografias produzidas com os povos Naduhupy vêm buscando construir contrapontos às imagens cristalizadas a respeito desses povos. Apesar do esforço de lideranças falantes de línguas Naduhupy e dos antropólogos que trabalham com esses povos, tal *bias* tukano ainda persiste em parte significativa da literatura (MARQUES, 2015).

A discussão a respeito das relações estabelecidas entre os povos falantes de Naduhupy e os demais povos indígenas do Alto Rio Negro não será aprofundada nesta dissertação. No entanto, é importante salientar que tal discussão é extremamente relevante para a elaboração e implementação de qualquer política pública relacionada às mortes autoprovocadas entre pessoas falantes de línguas Naduhupy, pois informa (velada ou abertamente) a abordagem das instituições governamentais em relação a esses povos e, conseqüentemente, têm importantes efeitos sobre as intervenções psicossociais e socioambientais realizadas com eles.

2.3. Tëg-hò-ĩh däh

¹¹ Danilo Ramos e Karolin Olbert ilustram bem esse ponto ao discutir o artigo “Die Maku”, escrito por Koch-Grünberg em 1906: “legitima-se a dominação de um povo pelo outro da mesma forma que se defende o avanço da cultura sobre a natureza, de sedentários sobre nômades” (2017, p. 599).

Em abril de 2022, enquanto eu cozinhava o almoço, conversava com Américo Socot, liderança hup do clã *Sokw'ät Noh K'öd Têh* que apresentarei mais à frente. Rindo da minha dificuldade em acender a boca do fogão com fósforos molhados pela umidade, começamos a conversar sobre o fogo e Américo contou-me a seguinte história:

Primeiro, não tinha fósforo. Mas os brancos já tinham fósforo desde o começo. Eles tinham os materiais todos pra fazer fogo, motor, espingarda... Pra nós não ficou nada. Meus avós faziam fogo com pedra mesmo [...] Quando meu pai nasceu, ele não tinha fósforo não. Quando meu pai era jovem, ele foi trabalhar na estrada de Iauareté, Pari Cachoeira. O padre mandou e cuidou pra ele. Naquele tempo tinha um branco, o Manduca, que pegava, pegava, matava... Por isso que eles tinham medo, os meus avós. Meus avós tinham muito medo e ficavam escondidos na floresta. Todo mundo no rio Tiquié tinha medo do Manduca. Ele era muito ruim mesmo. Por isso, eles não apareciam nas comunidades. Depois o padre encontrou pra nós, aí o padre juntou [as famílias] pra abrir comunidade. O padre ajuntou pra organizar pra nós. [silêncio] O Manduca era perigoso, matava muita gente, levava pra vender as pessoas... Matava mulher e criança também... Ele pegava pra vender, ele matava, castigava, amarrava... Se passava a hora que ele tinha mandado fazer alguma coisa, ele matava... Era perigoso mesmo. (Transcrição de gravação da fala de Américo Socot, em 2 de abril de 2022)

Para entender a fala de Américo, é preciso retomar um pouco da história do Alto Rio Negro nos últimos séculos. Como veremos, tais processos históricos nos dão boas pistas de por que os não indígenas são chamados pelos Hupd'äh de *Tëg-hô-ih däh*, cuja tradução literal seria “gente do barulho da arma de fogo” (ATHIAS, 1995).

*

Por habitarem regiões de difícil acesso no interior da mata, terem uma ampla mobilidade territorial e historicamente evitarem aproximações aos não indígenas, a maior parte dos grupos Hupd'äh manteve esparsos contatos diretos com os colonizadores até o começo do século XX¹². Ainda assim, muitos tiveram de enfrentar o terror perpetrado pelos não indígenas na região¹³.

Segundo o historiador Robin Wright (2005), no século XVIII, dezenas de milhares de indígenas que viviam no Alto Rio Negro foram levados à força para o Baixo Rio Negro por missionários, comerciantes e tropas operadas pelo Estado, perversamente chamadas de “tropas de resgate”¹⁴. Tais migrações compulsórias, à época chamadas de “descimentos”, tinham como

¹² Segundo Athias, “o contato mais intenso de missionários e outros agentes da sociedade com estes grupos iniciam-se, na realidade, em 1950 apesar de inúmeras tentativas feitas anteriormente sem resultados” (1998, p. 245).

¹³ É importante notar, contudo, que muitas narrativas dos Hupd'äh em relação a esse período de escravidão não colocam seus antepassados na posição de vítimas dos brancos e de outros indígenas, mas sim ressaltam a força e sagacidade dos antigos ao defenderem-se e vingarem-se dos brancos e seus aliados (MARQUES, 2015, p. 55-58).

¹⁴ Ao discutir o termo “tropas de resgate”, Wright mostra como a instituição da escravatura estava alicerçada sobre uma série de construções ideológicas feitas pela sociedade colonial a respeito dos povos indígenas do Noroeste

principal objetivo a escravização de indígenas para o trabalho na extração de produtos da floresta e nos povoados coloniais rio abaixo. Nessa época, inúmeros grupos indígenas fugiram para regiões da floresta de mais difícil acesso. Mesmo que muitos grupos hupd'äh tenham conseguido escapar das tropas de resgate indo para as cabeceiras dos rios, há frequentes menções a indígenas “Macu” do Alto Rio Negro em registros escravistas da época (*Ibidem*, p. 60)¹⁵.

Por mais que o sistema de tropas de resgate tenha sido extinto em meados do século XVIII, diminuindo progressivamente a migração forçada de indígenas para o Baixo Rio Negro, “durante grande parte do começo do século XIX, o Alto Rio Negro brasileiro permaneceu uma fonte de mão de obra, produtos da floresta e certas matérias-primas para o sustento dos povoados coloniais” rio abaixo (*Ibidem*, p. 104). No entanto, os indígenas continuaram a ser explorados em seus próprios territórios, nos aldeamentos missionários e por comerciantes.

Nos anos de 1830, comerciantes de produtos extrativos começaram a operar na região do Alto Rio Negro brasileiro, empregando mão de obra não remunerada na extração de produtos como a borracha, a balata, a sorva, a piaçava, dentre outros. Os comerciantes, chamados de “patrões”, vendiam bens manufaturados a crédito aos “fregueses” indígenas, que deveriam ser pagos posteriormente com produtos extrativos. Além dos bens manufaturados serem vendidos por preços exorbitantes, que teriam de ser pagos com uma enorme quantidade de produtos extrativos, era comum que os comerciantes adicionassem débitos inexistentes à conta dos indígenas. Criavam-se, com isso, dívidas impagáveis, que enredavam os indígenas em um sistema de escravidão por dívida conhecido como “aviamento”¹⁶. O sistema de aviamento se sustentou em uma cultura do terror (TAUSSIG, 1985): a tortura e o homicídio de trabalhadores

Amazônico que justificavam a invasão de seus territórios e a exterminação e escravização de sua população: “A acusação generalizada de canibalismo selvagem em relação a todos os povos indígenas do alto Rio Negro criava uma imagem de não reprodutivos e moralmente invertidos “outros”, cujas vítimas (prisioneiros de guerra) podiam ser “resgatadas” (=compradas) com o objetivo de servir ao processo de reprodução da sociedade colonial. Com o sentido de sustentar essa relação com as sociedades nativas, a cultura da conquista se valia do terror e da violência, como evidenciado pelas marcas deixadas nos corpos de todos os escravos e índios “livres” durante sua captura, assim como pelo processo de exame e certificação dos escravos” (*Ibidem*, p. 65, 66).

¹⁵ É importante ressaltar, contudo, que é provável que muitas das menções aos “macos”, “macus ou “makus” não dissessem respeito a povos da família linguística Naduhupy, pois tais termos aparecem com sentidos muito variados na literatura da época. Becerra, Calvo e Rubio (1996-1997) (*apud* MARQUES; RAMOS, 2019) apontam, por exemplo, que “Macos” era uma maneira de chamar indígenas órfãos indígenas que eram trocados por grupos locais e posteriormente escravizados por não indígenas.

¹⁶ No aviamento, mercadorias cujos preços são fixados de maneira unilateral são fornecidas a crédito a pequenos produtores ou extrativistas, que nunca conseguem quitar suas dívidas. Ou seja, o aviamento é um “modelo socioeconômico que implica a formação de uma cadeia de escambo a crédito entre comerciantes/patrões e produtores/fregueses, ambos situados entre dois polos sociopolíticos hierárquicos, marcados por relações assimétricas de dominação e dependência em função de uma dívida estabelecida, e nunca paga, entre o freguês e o patrão” (MEIRA, 2018, p. 41).

indígenas e o estupro de mulheres e crianças indígenas¹⁷ eram práticas sistemáticas dos patrões. Diante do terror dos patrões, os indígenas resistiram de variadas formas. Muitos grupos refugiaram-se em áreas de difícil acesso na floresta, outros se rebelaram e foram duramente reprimidos pelos patrões e pelas autoridades locais.

Em meio ao cataclismo produzido pelo sistema de aviação, surgiram inúmeros movimentos proféticos ou messiânicos a partir de meados do século XIX, alguns dos quais professavam o iminente fim do mundo. Para além do caráter religioso, que combinava elementos xamânicos e católicos, alguns desses movimentos tinham “fortes tendências de rebelião” (WRIGHT, 2005, p. 159). Muitos dos profetas/xamãs eram vistos por seus seguidores “como curandeiros milagrosos que protegiam os seus povos contra os patrões de borracha e promoviam o crescimento das plantações, aliviando o sofrimento e as dívidas dos povos” (*Ibidem*, p. 159).

Para a manutenção do sistema de aviação, os patrões contavam com o apoio de agentes governamentais, quando não eram eles mesmos os ocupantes dos cargos públicos (cf. MEIRA, 1993, p. 75-76; NIUMENDAJU, 1982). Manduca, o homem perigoso mencionado por Américo, foi um brasileiro filho de um branco com uma indígena Piratapuia que foi subprefeito de São Gabriel da Cachoeira e delegado do SPI na época do *boom* da borracha (entre 1890 e 1910). Apelidado pelos indígenas de “Tira-couro” (MEIRA, 1993, p. 82) e de “Homem-que-torna-o-rio-ensanguentado” (WRIGHT, 2005, p. 214), Manduca ficou famoso por sua truculência, tornando-se uma espécie de ícone da violência dos patrões e do governo na época. De acordo com Wright, ele

[...] tinha subido ao poder durante o auge do *boom* e, junto com seus irmãos, tinha se estabelecido no Uaupés, 'casando-se' com índias e gerando numerosa prole. Histórias orais dos índios Desana do Rio Tiquié não deixam qualquer dúvida de que Manduca controlava o trabalho indígena através de violência e terror, e que levava à força e violentava mulheres e crianças indígenas. (*Ibidem*, p. 214)

No entanto, nem todos os patrões do extrativismo tinham a mesma fama que Manduca. Segundo Márcio Meira, ao longo da primeira metade do século XX, os patrões do extrativismo empregavam diferentes estratégias de poder em relação aos indígenas no Alto Rio Negro: enquanto alguns patrões (como Manduca) adotavam a linha da violência explícita, fundada sobre a tortura e o terror, outros adotavam uma estratégia que o historiador denomina “cultura

¹⁷ Sobre a exploração, o estupro e o feminicídio de mulheres indígenas no rio Negro durante o ciclo da borracha cf. (MEIRA, 2021).

da violência benevolente”, fundada sobre relações paternalistas de compadrio e assistencialismo (1993, p. 95).

Outros importantes agentes de uma “cultura da violência benevolente” na região foram os missionários. De acordo com Renato Athias (1998), a partir da chegada dos missionários em São Gabriel da Cachoeira em 1916, foram feitas insistentes tentativas de evangelizar os Hupd’äh (levando-os para internatos, construindo estradas ao longo do território Hupd’äh para facilitar o acesso dos missionários e buscando assentar famílias hupd’äh ao longo da estrada etc.). O assédio dos missionários encontrou forte resistência por parte dos Hupd’äh, que tendiam a esquivar-se de suas investidas (fugindo dos internatos, migrando para lugares mais distantes e de difícil acesso etc.). Foi somente a partir dos anos 1960 e 1970 que os missionários protestantes e católicos, com o apoio e financiamento do Estado (ANDRELLO, 2006), tiveram mais “êxito” em suas investidas para evangelizar essa população, processo que fomentou importantes mudanças nas maneiras de esse povo ocupar seu território, relacionar-se com outras etnias da região e organizar-se politicamente.

Nessa época, os missionários salesianos criaram aquilo que Athias veio a chamar de “povoados-missão”: os padres chamavam diversos grupos locais hupd’äh para morar em uma mesma área, onde eram construídas casas nucleares. Às famílias, os padres prometiam aquilo que consideravam faltar aos hupd’äh: saúde, educação e renda. Para isso, os missionários ofereciam assistência à saúde, implantavam escolas com professores indígenas não hupd’äh (visando principalmente ao ensino do português) e incentivavam a abertura de roças e a criação de gado. A concentração de vários grupos num mesmo local facilitava as atividades evangelizadoras, que eram feitas pelos próprios padres ou por indígenas Tukano já evangelizados¹⁸. Conta Athias que, na década de 1990, quase metade da população hup morava nesses povoados-missão.

Na perspectiva de Reid (1979), a aproximação aos missionários aparecia para os Hupd’äh como uma alternativa “menos pior” à brutalidade e violência dos patrões. Mudar-se para as comunidades fundadas pelos padres, assim, apresentava-se como uma possibilidade de proteger-se do terror imensurável perpetrado pelos outros brancos. Além disso, os missionários ofereciam um suprimento de bens manufaturados, caso os indígenas se submetessem a seu regime de educação e se convertessem ao cristianismo (WRIGHT, 2005). No entanto, mesmo sendo uma alternativa aos patrões do extrativismo, a atuação dos missionários teve consequências nefastas para os Hupd’äh, tendo promovido uma vulnerabilização psicossocial

¹⁸ Segundo Athias, “Em 1974, no Tiquié, a Missão inicia uma campanha com o seguinte slogan: ‘Somos todos missionários’ incentivando os já evangelizados Tukano a irem evangelizar os Hupdë.” (1998, p. 247)

dessa população ao longo do século XX e tendo contribuído significativamente para a piora de sua situação de saúde. A concentração de diferentes clãs em povoados-missão populosos é relacionada ao aumento da incidência de epidemias, fome, desnutrição¹⁹ e doenças infectocontagiosas; à intensificação das disputas interclânicas; à amplificação da exposição dessas populações à violência de comerciantes locais; e à insegurança alimentar (ATHIAS, 1998).

Entre os anos 1980 e 2000 – com o fortalecimento dos movimentos indígenas e indigenistas, a demarcação de Terras Indígenas na região, a promulgação da Constituição de 1988 e a ratificação da Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) –, as organizações indígenas e o Estado brasileiro passaram a ter maior protagonismo na promoção da educação, saúde e geração de renda, diminuindo o assédio de missionários e comerciantes aos indígenas na região. Apesar de importantes rupturas terem acontecido nessas últimas décadas, observamos uma série de continuidades entre a época dos missionários e patrões e os dias de hoje. Meira (2018), por exemplo, defende que há uma continuidade da cultura do aviamento nos dias de hoje, apontando para uma dimensão estrutural do sistema de aviamento, que permanece com novas formas como, por exemplo, a apropriação ilegal de cartões sociais como o Bolsa Família por comerciantes²⁰.

Rafael Silva (2017), por sua vez, aponta para semelhanças entre o “projeto civilizatório” dos missionários no século XX e o Programa Bolsa Família (PBF): ambos partem do pressuposto de que os hupd’ãh seriam pobres e que necessitariam de auxílio; sustentam-se no tripé saúde, educação e renda e acabam promovendo uma diminuição da mobilidade pela floresta e um deslocamento no sentido oposto às cabeceiras. Nesse caso, tanto a identificação dos problemas quanto as soluções apresentadas pelo Estado parecem estar sustentados sobre os mesmos pressupostos (de um humanismo universalista) que guiavam e guiam a atuação dos missionários na região. Em ambos os casos, equipara-se aquilo que não é semelhante à imagem de “nós” a carências, em relação às quais assume-se uma postura compassiva, para então libertar os indígenas de sua suposta condição miserável (cf. SILVA, 2017, p. 94-101; CLASTRES, 2004).

¹⁹ A alta densidade populacional desses povoados faz com que a quantidade de caça, frutos silvestres e materiais para a confecção de utensílios se esgote rapidamente. Além disso, o processo de sedentarização dificultou a resolução de conflitos dentro dos grupos locais, pois ir para a floresta em momentos de tensão era uma maneira de evitar maiores conflitos (POZZOBON, 2011).

²⁰ Sobre esquemas de desvio de dinheiro de cartões sociais do governo no Amazonas, cf. reportagem de Leonencio Nossa (2015), disponível em: <<https://infograficos.estadao.com.br/especiais/favela-amazonia/capitulo-4.php>>.

Tais exemplos nos mostram como os danos propagados por agentes governamentais, missionários e econômicos nos últimos séculos vêm sendo agravados pelo estabelecimento de políticas públicas inadequadas às especificidades dos povos da família linguística Naduhupy²¹.

2.4. Povos de recente contato

Atualmente, os Hupd'äh e Yuhupdêh são considerados pela FUNAI e pela SESAI como “povos de recente contato” (BRASIL, 2018). Essa denominação não se refere necessariamente ao tempo de “contato” com a “sociedade nacional”, mas se aplica aos povos ou grupos que mantêm relação permanente ou intermitente com a “sociedade nacional” e que mantêm alto grau de autonomia em relação a esta, incorporando seus bens e serviços de forma singular e seletiva. Nessas definições, o tempo de contato com não indígenas não é o ponto central, mas sim as “singularidades em sua relação com a sociedade nacional”, que envolvem “reduzido conhecimento dos códigos” vigentes na “sociedade nacional” e implicam em “fatores de vulnerabilidade” (cf. Portaria n. 281/PRES/FUNAI, de 20 de abril de 2000). Tendo em vista essas especificidades e vulnerabilidades, enfatiza-se a necessidade de políticas públicas diferenciadas específicas a cada um dos grupos de recente contato. Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) determina o estabelecimento de normas técnicas e ações de saúde *específicas a cada povo de recente contato*, visando diminuir os possíveis impactos negativos das próprias ações de saúde.

Desde as décadas de 1990 e 2000, essas populações têm se aproximado cada vez mais ao poder público e à cidade de São Gabriel da Cachoeira. Como vimos, nesse período, uma série de políticas públicas de inclusão e cidadania foi implementada na região do Rio Negro, ampliando o acesso dos povos indígenas altorrionegrinos à saúde, à educação, aos benefícios sociais, às iniciativas de geração de renda etc. No entanto, tais políticas públicas frequentemente não foram devidamente adaptadas ao contexto regional e, mais especificamente, ao contexto dos povos da família linguística Naduhupy. Silva (2017) atenta para o fato de que, apesar da ampliação dos direitos sociais conquistados pelas populações indígenas,

[...] os instrumentos empregados para efetivação dos direitos sociais são aplicados de forma inadequada à realidade indígena. Neste último caso, chama a atenção que os instrumentos jurídicos conquistados para garantir cidadania às populações ameríndias podem passar de meios desejados a uma ordem social plural a fins

²¹ Danos estes que continuam a acontecer. É salutar lembrar: os povos da família linguística Naduhupy vêm enfrentando a invasão de seus territórios por grandes empreendimentos e atividades ilegais de mineração, extração de madeira, pesca esportiva e narcotráfico. No governo Bolsonaro e durante a pandemia de COVID-19, a diminuição da vigilância dos territórios indígenas por parte do poder público agravou ainda mais tais ameaças e invasões territoriais.

indesejados de violação do direito à diferença, revelando, a meu ver, o paradoxo do projeto multiculturalista do Estado. (p. 239-240)

A violação do direito à diferença na implementação de políticas universalistas para povos indígenas de recente contato tem surtido uma série de impactos negativos nas vidas dessas populações, expondo-as a situações de grande vulnerabilidade psicossocial. Como descrevi anteriormente, as famílias que vão à cidade de São Gabriel – para passear, retirar benefícios sociais (Bolsa Família, aposentadoria, auxílio maternidade, auxílio doença etc.), sacar salários ou fazer documentos – enfrentam uma série de dificuldades, a começar pela viagem para ir e voltar de lá. A viagem das comunidades até a cidade dura dias e geralmente é feita em uma canoa coberta por uma lona e um motor rabeta²². Enredadas em labirintos burocráticos kafkianos (MARQUES, 2015), as famílias acabam ficando na cidade durante meses²³. Além dos contratempos burocráticos, a estada de muitas famílias é prolongada por uma série de empecilhos logísticos: é frequente que suas Canoas ou motores quebrem ou sejam roubados ou que não sobre dinheiro o suficiente para pagar a gasolina e o rancho para a viagem de volta. Como não há uma casa de apoio para acolher as famílias hupd'äh que viajam à cidade, as famílias costumam acampar no Beiradão, próximo ao porto da cidade, ou no Papuri, na zona periurbana de São Gabriel. Nos meses de férias escolares, os acampamentos à beira do rio ficam densamente habitados. Ali, não há rede de esgoto nem água potável e rapidamente o dinheiro para comprar comida acaba. Assim, há uma alta incidência de desnutrição, malária, diarreia, parasitoses e outras doenças infectocontagiosas. Além disso, há uma série de violências que permeiam as vivências das famílias hupd'äh na cidade: a discriminação, o racismo e as situações de trabalho análogas à escravidão²⁴ são algumas delas.

²² Uma conversa que tive em campo pode ajudar a imaginar essas viagens melhor. Isabel, esposa de Américo, apresentou-me a Amélia, sua irmã. Amélia contou-me que estava na cidade havia mais de três meses e que viajara para retirar benefícios e resolver a documentação de um parente cadeirante, para que ele pudesse receber a aposentadoria da Pessoa com Deficiência. Contou que vivia em Santa Cruz do Cabari, comunidade no igarapé Cabari. “Vim de longe...”, disse ela enfaticamente. Comentei que eu também viera de longe, lá de São Paulo. Amélia deu uma risada larga e começou a falar em hupd'äh. Vendo minha cara de interrogação, Karmem, sobrinha de Amélia que escutava a conversa enquanto amamentava seu filho, traduziu-me a fala da tia: “ela diz que você veio lá de São Paulo, mas veio rapidinho, sentadinha dentro do avião e do barco. Ela não, ela veio de rabetinha, sofrendo debaixo da chuva e do sol, passando fome, frio e calor durante cinco dias. Isso é que é longe, ela disse”.

²³ Marques descreve: “A cidade é um verdadeiro labirinto no qual os Hupd'äh se veem às voltas com a feitura de documentos para acessar os benefícios sociais e, assim, acessarem o dinheiro e as mercadorias. Tais expedições pelos caminhos burocráticos em São Gabriel resultam em dias a fio de caminhadas aparentemente inúteis de uma instituição a outra, sem entenderem nada do que está acontecendo, entrando e saindo de filas das quais apenas suspeitam o porquê da existência. O caminhar pela cidade é vagaroso, feito em grandes grupos formando uma fila indiana. Há paradas para descanso e longos períodos estacionados em alguns lugares de encontro, apenas observando o movimento da cidade” (MARQUES, 2015, p. 240).

²⁴ Dada a longa permanência na cidade, muitas famílias acabam endividando-se com comerciantes locais. Há inúmeros relatos de comerciantes que os ameaçam, retêm seus documentos, senhas e cartões bancários ou forçam-nos a trabalhar em seus roçados. Para um panorama mais detalhado, cf. o documentário “Beiradão Hup Boyoh”,

Apesar de todas essas dificuldades, as famílias continuam descendo para a cidade. Além da busca por dinheiro, mercadorias e documentos, as idas à São Gabriel envolvem muitos outros fatores. A estada na cidade é uma oportunidade para passear, observar os não indígenas e suas curiosas idiossincrasias, festejar, encontrar parentes e amigos, conhecer potenciais cônjuges etc. Além disso, as idas à cidade também têm uma importância xamânica e cosmopolítica, pois a cidade é incrustada de marcas dos antigos Hupd'äh. É um espaço que abriga histórias, memórias e casas de seres mais que humanos (RAMOS, 2018; SILVA, 2017; MARQUES, 2015).

2.5. Suicídios

Ao longo dos últimos vinte anos, um número crescente de óbitos por suicídio e tentativas de suicídio vem sendo notificado na região do Alto Rio Negro entre indígenas de diversas etnias. O maior índice de mortes por suicídio da região é registrado em comunidades hupd'äh²⁵. Em 2004, o DSEI-ARN notificou o primeiro óbito por suicídio na comunidade hupd'äh de Santa Cruz do Cabari. As mortes têm ocorrido principalmente nas comunidades hupd'äh cujos membros frequentam a cidade de São Gabriel da Cachoeira em algum período do ano. O principal método utilizado é o enforcamento, mas também há casos de ingestão de veneno de timbó²⁶. Além disso, há inúmeros casos de pessoas em estados alterados que morrem afogadas, que não são notificados como suicídio, mas deixam margem para dúvidas e especulações por parte de familiares e amigos dos falecidos. Segundo Ramos (2017), uma multiplicidade de fatores pode ser relacionada a essa situação:

[...] o suicídio parece relacionar-se às incursões ao centro urbano, à discriminação, ao consumo de bebidas alcoólicas não indígenas, a conflitos intergeracionais e às relações de exploração às quais as pessoas hupd'äh e yuhupd'äh são submetidas por meio das relações de consumo e trabalho na cidade. Mesmo os afogamentos, pouco investigados pelos profissionais de saúde, poderiam, em muitos casos, ser considerados suicídios. (*Ibidem*, p. 17)

de Jéssica Mota e Alice Riff, disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=yZ27ECzEK6Q>> e a reportagem de Jéssica Mota (2015), disponível em: <<https://outraspalavras.net/outrasmídias/a-cidade-em-que-os-jovens-indios-suicidam-se/>>.

²⁵ Segundo o Levantamento Socioambiental PGTA, que entrevistou 25 comunidades na TI Alto Rio Negro, ocorreram 41 mortes por suicídio nessas comunidades entre 2017 e 2018. O levantamento obteve dados relativos a gênero, idade e etnia de 33 desses casos, dos quais: 23 (70%) eram homens; 16 (48%) tinham menos de 16 anos e 20 (61%) tinham entre 20 e 29 anos de idade. Vinte e quatro (58%) dessas mortes ocorreram entre o povo Hupd'äh (FOIRN, 2019, p. 96).

²⁶ O timbó é uma seiva tóxica que pode ser extraída de algumas espécies de plantas das famílias das leguminosas e sapindáceas e costuma ser utilizado como veneno para tinguajar nos igarapés. O sumo do timbó, quando jogado na água, intoxica os peixes, que ficam atordoados, de forma que podem ser facilmente capturados.

Segundo um documento da Coordenação de Políticas para Povos Indígenas de Recente Contato (FUNAI, 2017), a Taxa de Mortalidade por Suicídio (TMS) registrada entre os povos Hupd'äh e Yuhupdëh no período de 2014 a 2015 foi 38 vezes maior que a TMS nacional brasileira no mesmo período (que foi de aproximadamente 6 mortes a cada 100.000 habitantes)²⁷. A maior TMS registrada entre as etnias da região nesse período foi entre os hupd'äh. Como descrevi anteriormente, entre as pessoas hupd'äh, o maior número de óbitos ocorre entre jovens do sexo masculino e o principal método utilizado é o enforcamento. Vale lembrar que há uma significativa subnotificação dos óbitos por suicídio nas comunidades hupd'äh e (ainda mais expressivamente) das tentativas de suicídio, de forma que os dados apresentados provavelmente estão subestimados.

É importante notar que a alta TMS registrada entre os povos Hupd'äh e Yuhupdëh não é um fenômeno isolado. Altas TMS são observadas entre povos indígenas em diversos países como o Canadá, a Austrália e outras ilhas do Pacífico Sul. No entanto, é importante ressaltar que a incidência de suicídio entre indígenas varia amplamente entre os diferentes países e entre os diferentes povos indígenas de um mesmo país (POLLOCK et al., 2018). No Brasil, a população indígena apresenta o maior risco de morte por suicídio se comparado às populações branca, negra e amarela. De acordo com um Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020), que analisou dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) no período de 2015 a 2018, a TMS entre a população indígena no país foi de 17,5 óbitos por 100 mil habitantes – taxa 2,9 vezes superior do que aquela observada entre a população branca e 3,1 vezes superior àquela observada entre a população negra. No entanto, as taxas variam significativamente entre as regiões e entre os diferentes povos indígenas. As maiores TMS entre indígenas foram registradas nas regiões Centro-Oeste (35,6 mortes por 100 mil habitantes) e Norte (24,1 mortes por 100 mil habitantes). No que diz respeito à faixa etária, observa-se um maior risco de mortes entre adolescentes e adultos jovens, que concentram 62% do total de

²⁷ Durante a pesquisa, não obtive acesso às estimativas oficiais a respeito das taxas de tentativas e óbitos por suicídio entre pessoas Hupd'äh. Em 2021, solicitei ao Ministério da Saúde (via Fala.BR, Plataforma Integrada de Ouvidoria e Acesso à Informação do governo brasileiro) acesso aos dados sobre tentativas e óbitos por suicídio entre indígenas Hupd'äh do Alto Rio Negro registrados no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). Como resposta, recebi dois arquivos em PDF (“Tentativa Suicídio DSEI ARN” e “Óbito Suicídio DSEI ARN”), que continham planilhas com dados referentes a tentativas e óbitos por suicídio registrados entre anos de 2016 a 2020 no DSEI Alto Rio Negro. Os dados eram discriminados por Polo Base, faixa etária, sexo, categoria e subcategoria no CID-10 e ano da ocorrência. Como os Polos-Base abrangem áreas onde vivem diversas etnias, tais dados não oferecem nenhuma informação substancial a respeito da situação epidemiológica específica dos Hupd'äh e, portanto, são pouco relevantes para esta pesquisa. É digno de nota que não conseguir acessar os dados do SIASI ou receber dados lacunares por meio da Lei de Acesso à Informação são situações frequentemente reportadas por pesquisadores que trabalham com saúde indígena em geral (e não apenas com o suicídio) – os dados produzidos pelos DSEI e pela SESAI não voltam para as comunidades e não estão de fato acessíveis à sociedade civil como um todo.

óbitos por suicídio entre indígenas nesse período. A análise da evolução da mortalidade de indígenas por suicídio indica que houve um aumento de mais de 50% das TMS entre a população indígena entre 2010 (12,2 mortes por 100 mil habitantes) e 2018 (18,4 mortes por 100 mil habitantes). Tal aumento destoa do crescimento observado para a população geral no mesmo período, que foi de 20%.

Diante do aumento progressivo dos casos de suicídio no Alto Rio Negro, o Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro (DSEI-ARN), em conjunto com a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), vem desenvolvendo uma série de ações em saúde mental e tem contratado psicólogos para atuarem como profissionais de Referência Técnica (RT) em Saúde Mental²⁸ ou integrem as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI)²⁹. Apesar dos esforços da SESAI, do DSEI e dos profissionais de saúde indígena, as ações de prevenção e posvenção dos suicídios não têm influido em uma redução das TMS entre as pessoas hupd'äh e, por vezes, têm estado distantes dos princípios orientadores da atenção à saúde diferenciada³⁰. Dentre os fatores que dificultam o estabelecimento de ações de prevenção e posvenção do suicídio integrais, complementares e interculturais, destacam-se os desafios éticos, políticos e técnicos de lidar com as alteridades expostas pela morte autoprovocada e pela situação intercultural, bem como os desafios logísticos e organizacionais característicos da atenção à saúde em territórios indígenas. Tais desafios são indissociáveis da atual situação da atenção à saúde indígena no país.

2.6. Atenção à saúde indígena no Brasil

As complicações enfrentadas no DSEI-ARN se inserem em um contexto de escalada do ódio à diferença, de crescente influência de militares e religiosos na gestão da atenção à saúde indígena, de desmonte e aparelhamento político-partidário do controle social e de sucateamento do SUS e do SASI-SUS. Vemos um cenário desolador de abandono dos serviços de atenção básica à saúde nas áreas indígenas, o que leva a um altíssimo índice de óbitos evitáveis (LANGDON, 2004). Além disso, as condições de trabalho dos profissionais dos DSEI ficam cada vez mais precárias, de forma que muitos adoecem ou desistem do trabalho. Em muitos

²⁸ O profissional de Referência Técnica em Saúde Mental trabalha a maior parte do tempo na sede do DSEI, oferecendo matriciamento (apoio técnico e pedagógico) às equipes que trabalham em área e organizando as ações em saúde mental. Quando necessário, também presta assistência direta nas comunidades.

²⁹ Cada EMSI é constituída por Agente Indígena de Saúde, Agente Indígena de Saneamento, Médico, Enfermeiro, Dentista, Auxiliar de Enfermagem e Auxiliar de Saúde Bucal. Outras categorias profissionais como Antropólogo, Psicólogo, Nutricionista e Fisioterapeuta, por exemplo, também podem integrar as equipes.

³⁰ Como veremos adiante, interculturalidade, integralidade e complementariedade são princípios orientadores do SASI-SUS.

DSEI, faltam profissionais, equipamentos, medicamentos, insumos, atividades de capacitação etc. Assim, a atuação das EMSI fica frequentemente limitada a ações paliativas e apressadas, com pouco ou nenhum espaço para desenvolver ações em conjunto com os usuários, refletir sobre a organização dos fluxos de trabalho e discutir sobre os casos atendidos.

A precarização do trabalho das EMSI contribui para que não haja uma interculturalidade efetiva na atenção à saúde das comunidades. Como veremos adiante, a interculturalidade tem se resumido (quando muito) a tolerar as medicinas indígenas, sem levá-las realmente a sério e muito menos realizar ações que promovam o fortalecimento dos sistemas de cura ditos “tradicionais”. Ao contrário, vêm ocorrendo cada vez mais tentativas de enfraquecer o Controle Social, acompanhadas da desvalorização da atuação dos Agentes Indígenas de Saúde e a deslegitimação das práticas e saberes dos especialistas indígenas (pajés, benzedores, parteiras, conhecedoras de plantas medicinais etc.) e das práticas de cuidado cotidianas realizadas nas comunidades, o que acaba por incrementar uma dependência da biomedicina (RAMOS, 2017; BANIWA, 2012).

Ainda assim, os povos indígenas vêm reexistindo a esse cenário adverso – não apenas lutando por seus direitos, mas também gestando novos mundos para si e para outros a partir de condições que poderiam nos parecer impossíveis dada a imensurabilidade da destruição e violência sofridas. Sua impressionante capacidade de resiliência criativa parece residir, em certa medida, no reconhecimento de que não há si mesmo sem outro, de que não há mundo possível sem a existência de outros mundos. Dizendo de outra forma, a reexistência dos povos indígenas nos ensina que a potencialidade de criar mundos a partir de destroços depende de uma refinada capacidade de cultivar e deixar-se cultivar pelas alteridades (cf. KRENAK, 2019; TSING, 2019; DANOWSKI; VIVEIROS DE CASTRO, 2014). Trago um trecho do manifesto “Saúde é demarcar terra indígena!”³¹ que, escrito a muitas mãos, diz melhor sobre tais questões:

Ainda que esse cenário se mostre desolador, sabemos que as populações indígenas foram capazes, no decorrer de suas histórias, de recriar seus mundos frente às situações mais adversas, como epidemias devastadoras e violências de toda sorte. Essas resistências estão fundamentalmente relacionadas às aberturas constantes de suas cosmologias a distintas alteridades, tais como parentes e outros diferentes tipos de gentes, relacionadas, dentre outros, às plantas e aos animais. Todos colaboram na produção de uma rica e complexa vida social, que tem se reafirmado a cada novo ataque do governo aos diferentes modos de existir. [...] Se queremos compreender e defender as diferentes perspectivas indígenas sobre saúde, torna-se fundamental alargar a

³¹ O manifesto foi elaborado no Seminário “Sexualidades, saúde e povos indígenas: regimes de cuidado, políticas de morte, direito à vida” e pode ser encontrado no seguinte link: <http://www.aba.abant.org.br/files/20191028_5db72fc41c75a.pdf>. O seminário foi organizado pelo CEStA (Centro de Estudos Ameríndios) e ocorreu entre os dias 14 e 15 de outubro de 2019, na FFLCH/USP.

nossa visão, atentando para a pluralidade de corpos e regimes de cuidado, além da multiplicidade de coletivos humanos e não humanos que povoam o ambiente ameríndio.

3. Preocupações

Desde a invasão dos europeus aos territórios hoje denominados Brasil, vêm ocorrendo (des)encontros com diferentes sentidos e significados para os envolvidos (KRENAK, 1999; VIVEIROS DE CASTRO, 1996; TODOROV, 1982; CLASTRES, 1982; LÉVI-STRAUSS, 1973). Ao longo dos séculos, os diferentes povos autóctones vêm resistindo das mais variadas formas aos avanços de processos coloniais que vão progressivamente minando a possibilidade de esses povos viverem bem em seus territórios. Atualmente, os ataques aos povos indígenas tendem a se intensificar, ao mesmo tempo em que persistem as lutas pelo reconhecimento e pela defesa dos territórios e direitos indígenas. As sistemáticas investidas genocidas e etnocidas contra as populações indígenas por mais de 500 anos têm sido importantes determinantes de uma série de adoecimentos, sofrimentos e vulnerabilidades psicossociais, vividas e elaboradas de formas distintas por pessoas e comunidades das diferentes etnias.

Como nós, psicólogos e demais profissionais da saúde, podemos nos posicionar diante dessas histórias coletivas e pessoais, respeitando-as em suas singularidades e complexidades? Apesar de muitas dessas situações de vulnerabilidade psicossocial suscitarem-nos um sentimento de urgência, é necessário reconhecer que, antes de poder contribuir, é preciso escutar, aprender e estabelecer vínculos de confiança mútua. Muitos indígenas com quem conversei manifestaram uma grande desconfiança em relação aos profissionais *psi*, justificando que há uma postura recorrente desses profissionais de assumir uma posição de saber e de buscar soluções sem dialogar com as pessoas indígenas implicadas. Além disso, essa desconfiança também se relaciona às origens da psicologia como disciplina acadêmica, fundada sobre teorias eurocêntricas e racistas que serviram à colonização e subjugação de outros povos (JAHODA, 1999).

Tendo isso em vista, além de considerar o caráter local das epistemologias e práticas *psi*, é importante que nos posicionemos frente à pluralidade de interesses em jogo e que consideremos a ambivalência de nosso papel como profissionais de saúde no projeto colonialista do Estado. Assim, é fundamental adotar uma postura crítica frente às facetas disciplinares e adaptativas da psiquiatria e das psicologias e seus pressupostos universalistas. Não se pode perder de vista que as práticas psicológicas podem ser dispositivos normativos “a serviço da patologização e medicalização dos corpos e subjetividades das pessoas indígenas, bem como de colonização de comportamentos e instituições sociais” (FERREIRA, 2002, p.

264). Também não podemos esquecer que nosso olhar pode ter impactos significativos sobre o outro. A depender da maneira como olhamos para alguém em sofrimento, nosso olhar pode aumentar seu sofrimento, especialmente quando se trata de um campo de relações assimétricas.

Patologizar os suicídios de pessoas indígenas pode obliterar as maneiras singulares de essas pessoas viverem situações de extrema violência e discriminação, bem como pode levar a desconsiderar as maneiras dos diferentes povos e comunidades compreenderem e lidarem com tais questões. Ao mesmo tempo, compreender o fenômeno individualizando suas causas ou explicando-o a partir de uma dicotomia indivíduo/sociedade é violento, dado que o paradigma do indivíduo moderno que orienta muitas das psiquiatrias e psicologias não é adequado *vis-à-vis* as diferentes noções de pessoas indígenas. Além disso, partir de um conceito de suicídio estabelecido de antemão frequentemente impede que nos abramos para as experiências, os sentidos e as propedêuticas mobilizadas pelas pessoas indígenas³².

Vale ressaltar, no entanto, que tais preocupações também são apropriadas quando falamos de pessoas e grupos não indígenas. O que hoje é aglutinado sob o termo guarda-chuva “comportamento suicida”, nos manuais *psi*, tem sentidos muito distintos para os diferentes grupos sociais não indígenas e teve sentidos variados ao longo da história do Ocidente. O potencial de colonização subjetiva das práticas *psi* é uma questão que não se restringe aos contextos interculturais e que é cara à psicologia, à psiquiatria e às ciências humanas em geral há muitas décadas. Dessa forma, essas questões nos levam a pensar como outras epistemologias e práticas terapêuticas podem transformar e descolonizar as psicologias estabelecidas – ao levar realmente a sério o que dizem as pessoas indígenas, como podemos transformar positivamente as práticas e teorias psicológicas? Ainda, cabe perguntar o que pode ser um psicólogo nesse contexto. Essas questões pedem que estejamos disponíveis para aprender com as pessoas indígenas e tornam necessário problematizar, a partir dos conceitos indígenas e da produção antropológica contemporânea, as concepções de cultura, indivíduo e sociedade que embasam as teorias psicológicas. Além disso, é importante que nos questionemos sobre a universalidade

³² Decidi manter o termo “suicídio” para tornar o texto mais convidativo a profissionais *psi* e demais profissionais de saúde, buscando, no entanto, dar-lhe um caráter cada vez mais instável e polissêmico ao longo do texto. No entanto, talvez seja mais relevante buscar outros termos, que sejam traduções mais polifônicas - como experimentaram Münster e Broz (2015), por exemplo, ao propor o termo “suicidado” (“*suicidé*”) para preservar a ambiguidade quanto à responsabilidade e à intencionalidade da morte “autoprovocada”. No entanto, evito deliberadamente a formulação “cometer suicídio” e o adjetivo “suicida”. Evito o primeiro por sua conotação moralizante e estigmatizante, que remete à ideia de “cometer um pecado” ou “cometer um crime” (cf. FUKUMITSU, 2016; SMITH, 2013). Evito o segundo, pois este apresenta a pessoa reduzida a um único ato, “como se a pessoa inteira estivesse contida, de forma condensada, em um único sintoma” (NATHAN, 2012, p. 51).

dos processos de vida-morte e saúde-doença e que busquemos traduções mais cuidadosas e vivas para as experiências que têm sido traduzidas nesses termos (ROSALEN, 2018)³³.

Aqui, atento para a importância de ouvir com cuidado o que as diferentes pessoas indígenas têm a dizer, já que as possibilidades de diálogo se ampliam quando os sofrimentos que nos aparecem como sofrimentos psicossociais são abordados a partir de uma perspectiva transdisciplinar e intercultural. Suponho que a compreensão e abertura para os diferentes saberes pode contribuir para a discussão de aspectos teóricos e metodológicos das psicologias, tendo em vista que histórico-filosoficamente a questão da alteridade tem sido uma das mais proficuas questões que vieram permitir o alargamento dos horizontes do conhecimento psicológico (GUIMARÃES, 2016; FIGUEIREDO, 1992) e o concomitante desenvolvimento de dispositivos de cuidado comprometidos com a construção de vidas dignas para os seres que habitam o planeta.

Tais preocupações, portanto, convocam-nos a reposicionarmo-nos diante das discussões e experiências relacionadas ao que chamamos de suicídio e, conseqüentemente, a repensarmos, junto com as pessoas, as comunidades e os movimentos indígenas, os dispositivos clínicos e as estratégias no campo da saúde pública para lidar com tais processos de morte em contextos indígenas. Tais preocupações, assim, podem guiar-nos na busca por formas de abordar tais processos de adoecimento e morte a partir do campo da saúde que não incorram na patologização e medicalização indevidas dessas experiências e não recorram a compreensões individualizantes de tais processos (que são a um só tempo coletivos e singulares). Além disso, tais preocupações podem nos orientar na construção de práticas de cuidado por meio da palavra que não tragam consigo uma denegação da memória das violências colonial-capitalistas e não reiterem práticas de estrangulamento das estratégias de reexistência e subversão elaboradas pelas pessoas, pelas comunidades e pelos movimentos indígenas.

4. Objetivos

Tendo em vista as preocupações descritas no tópico anterior, o objetivo mais circunscrito deste trabalho é descrever e discutir sobre dispositivos elaborados pelo DSEI-ARN para prevenção e posvenção dos suicídios em comunidades hupd'äh, abordando seus aspectos éticos, técnicos e políticos e considerando seus fundamentos ontoepistemológicos. O objetivo

³³ Reflexão feita por Juliana Rosalen durante o seminário “Caminhos e descaminhos: reflexões em torno das noções de pessoa ye'kuana e wajãpi”, São Paulo, 2018.

mais amplo é discutir sobre como alguns desafios do trabalho *psi* na atenção diferenciada dizem respeito a determinadas vicissitudes da relação com alteridades³⁴.

Considerando tais objetivos e com o intuito de contribuir para o diálogo entre os jovens, suas famílias e os profissionais de saúde, de forma a buscar caminhos para *náw íbìy* - “viver bem” e/ou “fazer bem” nos termos das pessoas hupd’äh (MONTEIRO; MCCALLUM, 2013)³⁵ – busco apresentar desdobramentos da seguinte questão: como as diferentes experiências e compreensões das pessoas hupd’äh e dos profissionais de saúde do DSEI-ARN, *vis-à-vis* a ocorrência desse fenômeno que tem sido traduzido por suicídio, podem revelar outras dimensões existentes nessa situação, diferentes daquelas geralmente consideradas no campo da saúde mental? Aqui, a busca de ampliar a percepção do campo fenomênico implica atentar para como os profissionais de saúde, e as pessoas hup têm se movimentado pelas diferentes dimensionalidades e modos de aparecimento desse fenômeno, bem como atentar para os mundos vividos que criam e são criados por tais movimentos.

Atentar para tais processos nos leva a inúmeras outras questões, que também serão apresentadas ao longo do texto. Será que “suicídio” é uma boa tradução para nomear essas mortes, tendo em vista os mundos vividos hupd’äh (em sua constante transformação por meio do contato com outras gentes e instituições) e considerando as relações de poder e a violenta história colonial que atravessam as práticas de atenção à saúde nesse contexto? Como algumas pessoas hupd’äh estão experimentando e elaborando esses processos de morrência (FUKUMITSU, 2016)³⁶? Quais equívocos tradutivos vão emergindo e constituindo esses

³⁴ É relevante contar que, durante boa parte da pesquisa, eu não sabia que estes seriam os objetivos da dissertação. Foi um longo caminho para chegar a essa formulação. Meu objetivo inicial era pensar, com as pessoas hupd’äh e os profissionais de saúde, possibilidades clínicas na atenção à saúde diferenciada para lidar com a crescente ocorrência de “suicídios” entre jovens hup. A ideia não era encontrar explicações, soluções ou propedêuticas específicas, mas sim “cartografar” alguns caminhos de cuidado que já vinham sendo percorridos pelas pessoas hup e pelos profissionais de saúde do DSEI-ARN. Esse primeiro objetivo, que já era um tanto quanto descabido para uma pesquisa de mestrado, mostrou-se intangível com o acontecimento da pandemia de COVID-19, que impossibilitou a realização do trabalho de campo, eixo central da pesquisa. Além disso, o isolamento social, as centenas de mortes diárias e a perversidade mortífera do desgoverno Bolsonaro tornaram a pesquisa cotidiana sobre o tema do suicídio quase insuportável. No entanto, tal objetivo ficou aí, tão perto tão longe, como horizonte silencioso dos novos rumos da pesquisa.

³⁵ As antropólogas Lirian Monteiro e Cecília McCallum traduzem *náw íbìy* - termo empregado pelos hupd’äh da comunidade de Barreira Alta - por “fazer bem” ou “viver bem”, explorando a forte relação do *náw íbìy* com a mobilidade territorial das famílias hup (2013, p. 53).

³⁶ Empresto tal expressão da psicóloga e suicidóloga Karina Fukumitsu, que define o processo de morrência como um definir existencial produzido por complexos processos autodestrutivos. Nesse processo, a pessoa é invadida por ideias que a convencem de que a única solução para seu sofrimento seria a morte. A morte por suicídio seria o ápice desse processo (2016, p. 169). Ao longo do texto, o sentido de tal expressão passará por alguns deslocamentos, dado que, como veremos adiante, a equiparação entre suicídio e autodestruição é colocada em questão nos contextos estudados. No entanto, as ideias de “processo” e de “invasão por afetos” contidas em tal conceito nos possibilitam discutir uma série de fenômenos com mais complexidade do que certos conceitos encontrados nos manuais *psi* como o conceito de “comportamento suicida”, por exemplo.

mundos vividos? Como certos equívocos tradutivos reverberam nas práticas dos profissionais de saúde e na elaboração de estratégias de prevenção? Como certos equívocos reverberam nos itinerários terapêuticos percorridos pelas famílias hup? Será que um olhar mais atento para os inevitáveis equívocos tradutivos pode nos permitir fazer desses equívocos ferramentas e não obstáculos para um cuidado mais integral e complementar? Será que, quando as diferenças e os equívocos deixam de ser apenas barreiras a ultrapassar, mas podem também ser “coisas” polifônicas e polimorfas com as quais podemos jogar e tecer conexões entre mundos vividos (cf. WINNICOTT, 1984; 1994), não nos aproximamos de uma maior interculturalidade na atenção básica diferenciada?

Como veremos na discussão metodológica, para atingir tais objetivos, busco transitar pelos territórios ontoepistemológicos (aproximando-me tanto quanto possível de seus respectivos mundos vividos) que constituem e são constituídos pelos caminhos de adoecimento e cuidados percorridos pelos profissionais de saúde do DSEI-ARN e pelas pessoas hup. Minha aposta é que uma descrição suficientemente delicada desses entrelaçamentos de mundos vividos, onde se tecem caminhos de cuidado e adoecimento, possa contribuir para a elaboração de dispositivos de cuidado intersetoriais, interculturais e efetivamente participativos, protagonizados pelas comunidades hupd’äh.

Dizendo de maneira mais familiar ao campo da Antropologia da Saúde, busco abordar o fenômeno do “suicídio” a partir dos itinerários terapêuticos percorridos pelas pessoas hupd’äh (LANGDON, 2004) em um campo de intermedicalidade (FOLLÉR, 2004; GREENE, 1998). Partindo do pressuposto de que um campo de intermedicalidade é tecido por composições, atravessamentos e afastamentos entre diferentes sistemas terapêuticos, tento aproximar-me tanto quanto possível das diversas lógicas e sentidos que são considerados pelos Hupd’äh em suas interpretações e experiências dos enforcamentos e envenenamentos, ao mesmo tempo em que busco aproximar-me das variadas maneiras que os profissionais de saúde compreendem e relacionam-se com tais formas de adoecer ou morrer. A saber, busco descrever algumas das maneiras com que pessoas hupd’äh e profissionais de saúde sentem e percebem a si e aos outros – sejam eles “humanos” ou não – nessa situação de intermedicalidade. Ao mesmo tempo, busco destacar como essa situação de intermedicalidade é atravessada por processos coloniais e de racialização. Para isso, uma abordagem interdisciplinar – na interface entre etnologia, psicologia clínica e saúde pública – e uma metodologia fundada no trabalho de campo pareceram-me bons caminhos.

*

Antes de prosseguirmos, para evitar confusões, gostaria de ressaltar quais *não* são os objetivos deste trabalho.

Primeiramente, o intuito não é fazer uma análise nas chaves de um “choque cultural” entre sistemas terapêuticos “ocidentais” e indígenas ou em termos de “aculturação” dos indígenas pelos não indígenas. As ideias de choque cultural e aculturação pressupõem uma noção de cultura como um sistema fixo e exterior às pessoas, transformando os sujeitos “em portadores impessoais de ‘cultura’, determinados pelas forças, variáveis e pressões sociais” (RAMOS, 2013, p. 26) e desconsiderando que a cultura é “um processo dinâmico e continuamente negociado entre os atores que dela participam” (LANGDON, 2004, p. 39). Além disso, tais análises tendem a essencializar e homogeneizar o “ocidente” e/ou os “indígenas”, produzindo grandes divisores (LIMA; GOLDMAN, 1998) e criando alternativas infernais (PIGNARRE; STENGERS, 2005) que envenenam nossa capacidade de sonhar saídas possíveis, experimentar composições férteis e encarar a complexidade dos fenômenos com o devido cuidado. Dessa forma, tal empreitada poderia acabar por reforçar posturas integracionistas ou dogmáticas e estimular perspectivas salvacionistas e assistencialistas na atenção à saúde (GUIMARÃES, 2017).

É importante notar que as noções de choque cultural e aculturação fundamentam-se em uma dicotomia rígida entre “Nós ocidentais” *Vs* “Outros”, que acaba por alimentar a ideia evolucionista de que as psicologias e a biomedicina seriam baseadas em conhecimentos racionais e empíricos e os outros sistemas terapêuticos seriam baseados em crenças mágico-religiosas (cf. LATOUR, 2002). Além disso, ao obliterar que a cultura é uma invenção cultural nativa (WAGNER, 2012), essa concepção nos impede de perceber que a psicologia, a psicanálise e a biomedicina também são sistemas terapêuticos nativos. Ainda, é uma leitura que geralmente apaga a agência histórica e deslegitima os sistemas terapêuticos indígenas, desconsiderando as influências dos sistemas de cuidado indígenas nas práticas e teorias psicológicas e biomédicas e invisibilizando as “indigenizações” das terapêuticas dos serviços de saúde (cf. SAHLINS, 1997).

Em segundo lugar, enfatizo que não se trata de analisar diferentes sistemas explicativos para um mesmo fenômeno psicopatológico (a morte intencionalmente autoinfligida) como poderia propor Georges Devereux em determinados momentos de sua obra (1961; 1977), mas sim buscar perceber os mundos em que processos de adoecimento e morte acontecem de forma singular. Em outras palavras, o intuito não é identificar de que maneira o suicídio integraria uma taxonomia hupd’äh (e, a partir daí, comparar à taxonomia mobilizada por profissionais de saúde), tampouco investigar as diversas representações sociais de um transtorno individual que

seria universal ou objetivamente reconhecível – como proporia Yap (1951) –, mas sim aproximar-me tanto quanto possível das lógicas e dos sentidos que são considerados pelos profissionais de saúde e pelas pessoas hup em suas interpretações e experiências dessas mortes. Ou seja, não pretendo encontrar um equivalente mais adequado no sistema conceitual psicológico, psicanalítico ou biomédico para o que seria esse fenômeno para “os Hupd’äh”, de um lado, e para “os profissionais de saúde indígena” do outro, mas sim perceber e explicitar equívocos tradutivos que ocorrem nas tentativas de cuidado das situações de suicídio, buscando perceber quais equívocos consistem em empecilhos para o cuidado e quais podem contribuir para o cuidado.

5. Estrutura da dissertação

Esta dissertação está organizada em três partes, cada qual com dois capítulos. A primeira parte reúne revisões bibliográficas a respeito do suicídio e do suicídio entre povos indígenas na América Latina. A segunda parte consiste em uma discussão a respeito das políticas públicas de saúde indígena e de saúde mental indígena. A terceira parte busca dar “textura e sombra” aos capítulos precedentes a partir da discussão de experiências vividas em campo.

No Capítulo 1, apresento algumas discussões sobre o suicídio que se tornaram clássicas para as ciências humanas. São apresentações breves, cujo propósito é ajudar a cartografar certos pressupostos que têm orientado as pesquisas sobre suicídio entre povos indígenas nas terras baixas sul-americanas nos diferentes campos disciplinares. Em ordem cronológica, apresento trabalhos de Karl Marx, Émile Durkheim, Sigmund Freud, Bronislaw Malinowsky, Georges Devereux e Edwin Shneidman.

No Capítulo 2, faço uma revisão bibliográfica não sistemática sobre o tema do suicídio entre povos indígenas na América Latina. Assinalo os temas mais recorrentes na bibliografia, posicionando-me criticamente diante das principais perspectivas metodológicas e teóricas que embasam os textos e atentando para as possíveis implicações – políticas, éticas e práticas – de seus posicionamentos teóricos.

No Capítulo 3, apresento um panorama crítico da situação atual das políticas de atenção à saúde e à saúde mental indígena no Brasil. Para isso, retomo marcos históricos e debates relevantes no campo da atenção à saúde indígena no Brasil republicano, apresento as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, mapeio as políticas de saúde mental indígena no Brasil e apresento e discuto as cartilhas sobre atenção psicossocial aos povos indígenas elaboradas pela SESAI, com atenção especial à cartilha que trata da questão do suicídio.

No Capítulo 4, aprofundo algumas das discussões realizadas no capítulo anterior a partir do caso do DSEI-ARN. Busco apontar como as políticas e diretrizes para atenção psicossocial discutidas acima são colocadas em prática pelo DSEI-ARN e como não tem havido uma interculturalidade efetiva nas ações de prevenção e posvenção ao suicídio no DSEI-ARN. A partir desses apontamentos, busco refletir sobre possibilidades de elaborar estratégias de prevenção e posvenção do suicídio na atenção diferenciada que sejam mais sensíveis, participativas, horizontais e dialógicas.

No Capítulo 5, busco transmitir algumas questões e inquietações que surgiram a partir da breve experiência de campo em 2019. Ao refletir sobre como os encontros em campo afetaram-me, discuto sobre a inadequação de conceitos como “suicídio” e “paranoia” para descrever realidades ancoradas em outras premissas que as psicanalíticas ou biomédicas e aponto para a importância de adotar movimentos analíticos mais lentos e hesitantes para abordar os enforcamentos e envenenamentos que vêm acontecendo entre pessoas hup.

No Capítulo 6, conto sobre algumas conversas sobre os “suicídios” que tive com amigos hupd’äh durante uma viagem ao Alto Rio Negro em 2022. A apresentação dessas conversas visa oferecer imagens e campos intermediários de sentido para situar as discussões realizadas nos capítulos anteriores.

METODOLOGIA

Fala –

Mas não separe o não do sim.

Dá à tua fala também o sentido:

Dá-lhe a sombra.

Paul Celan

*O fascinante enigma que tudo aquilo representava
logo gravou-se em mim como desafio de um outro
saber, ao mesmo tempo próximo e dolorosamente
inacessível, imagem que eu quase podia tocar mas
não podia compreender.*

Bruce Albert

O método desta pesquisa é constituído por três eixos, cada qual discutido em um tópico deste capítulo: i) análise qualitativa da bibliografia selecionada; ii) participação observante em campo; e iii) análise hermenêutico-fenomenológica da experiência de campo. Tais eixos são atravessados por uma análise do método como objeto, apresentada no quarto tópico.

1. Análise qualitativa bibliográfica do material selecionado

1.1. Etnografias Naduhupy e estudos clássicos sobre suicídio

Primeiramente, foi realizado um amplo levantamento bibliográfico relativo a etnografias realizadas com os povos falantes de línguas Naduhupy, em textos referenciais como os de Peter Silverwood-Cope (1972/1990) sobre os Bara-Maku (Kakwá); de Howard Reid (1979) sobre os Hupd'äh; de Jorge Pozzobon (1983; 1991; 2002; 2011) sobre diversos povos da família linguística Naduhupy; de Renato Athias (1995; 2008) sobre os Hupd'äh e Tukano; e mais recentemente de Pedro Lolli (2010) sobre os Yuhupdëh; e de Bruno Marques (2009; 2015), Lirian Monteiro (2011), Danilo Paiva Ramos (2013) e Rafael Moreira Silva (2017) sobre os Hupd'äh, dentre outros. Além disso, a pesquisa bibliográfica foi complementada com conversas pessoais com antropólogos e profissionais de saúde que trabalham ou trabalharam com os Hupd'äh.

Considero que esse é um passo fundamental e anterior a investigações clínicas, pois – além de ser indispensável para realizar uma descrição suficientemente complexa da situação e estabelecer interlocuções com as pessoas hup, profissionais de saúde e outros pesquisadores – um conhecimento amplo dos mundos vividos (INGOLD, 2000) e campos simbólicos tecidos pelas pessoas hupd'äh aproxima-nos de um posicionamento ético e um manejo clínico mais justo. Aqui, considero que um posicionamento ético implica no reconhecimento de que o outro sempre nos excede e desaloja, faz-nos exigências (LÉVINAS, 1961) de forma que nos tornar outros que não nós mesmos é condição para o encontro. É uma ética que não se basta como princípio, mas se fundamenta na prática, na relação com outrem (KRENAK, 2015).

Um manejo clínico justo nesse contexto, por sua vez, implica reconhecer os equívocos tradutivos inerentes ao diálogo intercultural (VIVEIROS DE CASTRO, 2004). Isso requer uma compreensão cuidadosa dos caminhos ontoepistemológicos (e as diferentes possibilidades que oferecem para relacionar-se com alteridades) que sustentam as práticas e teorias mobilizadas pelas pessoas hup, pelos profissionais de saúde e pela pesquisadora (GUIMARÃES, 2017; DESCOLA, 1998). Da mesma forma, requer perceber que os mundos que sustentam e são sustentados por tais caminhos não são evidentes uns aos outros e que as alteridades se configuram distintamente para os diferentes mundos. Ou seja, requer perceber que haverá

sempre uma equivocação na tentativa de entendimento do outro e de si; que um mundo vivido é irreduzível a outro. Aqui, quando falo em “equivocos” e “mundos vividos”, remeto aos conceitos propostos, respectivamente, pelos antropólogos Eduardo Viveiros de Castro e Tim Ingold.

Viveiros de Castro (2004) define a equivocação como uma forma de comunicação entre duas posições perspectivas, que ocorre a partir da alteridade dos referentes entre conceitos homônimos³⁷. A equivocação configura, portanto, o limite e a possibilidade de compreensão em um diálogo intercultural e requer uma constante disponibilidade para reposicionarmos-nos diante do outro. Basear-me-ei, assim, no “método de equivocação controlada” (VIVEIROS DE CASTRO, 2004), que busca explicitar as diferenças entre as premissas dos discursos para, a partir daí, compará-los³⁸. Busca-se controlar o equívoco inerente à tradução da mesma forma que se controla inúmeras pequenas quedas ao andar. Aqui, a tradução está a serviço da comparação, e não o inverso. A tradução busca permitir que os conceitos estrangeiros deformem o esquema conceitual do tradutor. A tradução, assim, é uma forma de olhar com mais cuidado para aquilo que, à primeira vista, aparece de forma indiferenciada. Ao olhar com mais cuidado, começamos a perceber diferenças, que têm menos a ver com diferentes cadeias significantes ou diferentes sistemas de representações e mais a ver com diferentes referentes (dado que, aqui, um referente só existe *para* alguém), diferentes mundos vividos.

³⁷ Tal definição faz sentido em um sistema ontoepistemológico perspectivista, cujos fundamentos podem ser mais bem compreendidos no livro de Tânia Stolze Lima “Um peixe olhou para mim: o povo Yudjá e a perspectiva” (2005). O perspectivismo, ou multinaturalismo, pode ser mais facilmente entendido em oposição ao relativismo (ou multiculturalismo). No relativismo, parte-se do pressuposto de que haveria diferentes “nomes” para um mesmo referente objetivo (ou diferentes construções culturais para um mesmo fenômeno natural, diferentes realidades para um mesmo Real). Ou seja, toma-se o referente como invariante e a posição subjetiva como variante; presume-se que o mundo natural seria da ordem do universal e as construções culturais seriam da ordem do particular. Já no perspectivismo, a posição subjetiva/Cultura é a invariante e o Real/Natureza é o variante. Se, no multiculturalismo, o que articula Natureza/universal e Cultura/particular é a representação, no multinaturalismo, tal articulação ocorre pela perspectiva, cuja origem está no corpo. No entanto, aqui, corpo não designa uma fisiologia ou morfologia específica, mas sim um “feixe de afecções e capacidades” que só pode ser apreendido de um ponto de vista exterior (VIVEIROS DE CASTRO, 1996, p. 128). Ou seja, um corpo é sempre corpo *para alguém*; o corpo é “o modo pelo qual a alteridade é apreendida como tal” (*Ibidem*, p. 128).

³⁸ Por exemplo, em certas situações, posso, num primeiro impulso, buscar reduzir as diferenças entre determinado conceito em hupd’äh e determinado conceito em português para, então, equipará-los como diferentes representações para um mesmo fenômeno objetivo. Fazendo isso, posso pensar: “Ah, agora entendi! Isso que em Hupd’äh chamam de *k’at’it hu’ yä’ÿy*, eu chamo de suicídio!” Quando me pego pensando assim, percebo que é o momento de desacelerar e sustentar a indefinição. Será que isso é suicídio? Contudo, o que, afinal, estou chamando de suicídio? O que, afinal, a pessoa está chamando de *k’at’it hu’ yä’ÿy*? Para investigar tais questões, é preciso conversar mais, pesquisar mais, compartilhar mais tempo e experiências. Com isso, lentamente vou percebendo os territórios de onde brotam tais nomes. Vou percebendo, assim, que as relações que tecem um nome como “suicídio” são distintas das relações que tecem um nome como *k’at’it hu’ yä’ÿy*. Penso que prestar atenção a tais processos de tradução e compreensão não é importante apenas de um ponto de vista epistemológico, mas é fundamental para podermos perceber e aproveitar o potencial criativo que reside justamente nas diferenças entre mundos vividos. Isso pode nos ajudar a compor, com cuidado, novas formas de cuidar.

Amparado na fenomenologia, Ingold (2000) problematiza a ideia, bastante entranhada nas ciências naturais e nas antropologias no século XX, de que o mundo existiria *a priori*, independentemente das formas de vida que viriam “ocupá-lo”, como se essas formas de vida pudessem existir descontextualizadas do mundo e vice-versa. Também aponta que essa concepção de um mundo exterior ou anterior às formas de vida que o ocupam contribui para a alienação do humano em relação ao mundo ou à natureza e serve de justificativa para que se aproprie, colonize, invada, utilize e controle outras formas de vida. Nas palavras de Ingold:

[...] o mundo não está pré-fabricado [*ready made*] para a vida vir ocupá-lo. [...] a vida não está contida nas coisas nem é por elas transportada. Ela é, antes, estabelecida ao longo de caminhos de movimento, de ação e percepção. Todo ser vivo, portanto, cresce e emerge no ambiente ao longo da soma de seus caminhos. Encontrar um caminho é avançar por uma linha de crescimento, em um mundo que nunca é exatamente o mesmo de um momento para o outro, e cuja configuração futura nunca pode ser totalmente conhecida. Os modos de vida não são, portanto, determinados de antemão, como caminhos a serem seguidos, mas devem ser continuamente reelaborados. E esses caminhos, longe de serem inscritos na superfície de um mundo inanimado, são os próprios fios com os quais o mundo vivido [*living world*] é tecido. (2000, p. 242)³⁹

Penso que uma percepção mais sutil dos mundos vividos e campos ontoepistemológicos nos quais se movem os profissionais de saúde e os hupd’äh fornece algumas ferramentas para nos distanciarmos de nossos pressupostos e preconceitos, o que nos possibilita aprender com o outro, controlar os equívocos tradutivos inerentes a um campo intercultural, falar de forma aparentada aos diversos idiomas pessoais (SAFRA, 2004) que se tecem nessa intrincação de mundos vividos e pensar, com as pessoas hupd’äh, possibilidades de manejo clínico que não reproduzam violências coloniais e racistas e que não reiterem desmentidos em relação a tais violências.

1.2. Estudos clássicos sobre suicídio

Para conseguirmos olhar com certo distanciamento para nossos pressupostos ontoepistemológicos, é necessário saber quais são eles. Apesar de ser um truísmo, essa é uma tarefa bastante difícil de se fazer, pois muitos dos alicerces de nossas experiências de mundo e teorizações a respeito são “pontos cegos” para nós – são justamente aquilo que não costumamos parar para pensar a respeito. Tendo isso em vista, busquei ler trabalhos a respeito do suicídio

³⁹ Essa citação é uma tradução livre do texto em inglês. Ao longo da dissertação, todas as citações de textos que ainda não foram publicados em português são traduções livres.

que são considerados clássicos nas ciências humanas⁴⁰. Breves revisões desses trabalhos são apresentadas no Capítulo 1 desta dissertação.

1.3. Suicídio entre povos indígenas na América Latina

Em seguida, foi realizada uma revisão bibliográfica não sistemática sobre o tema do suicídio entre povos indígenas na América Latina, que é apresentada no Capítulo 2. Nesse capítulo, assinalo os temas mais recorrentes na bibliografia, posicionando-me criticamente diante das principais perspectivas metodológicas e teóricas que embasam os textos e atentando para as possíveis implicações – políticas, éticas e práticas – de seus posicionamentos teóricos. Indagar sobre nossos pressupostos e as possíveis reverberações de nossas escolhas teórico-metodológicas é fundamental, pois o estatuto concedido ao pensamento do outro tem efeitos concretos sobre a vida das pessoas, ainda mais quando estamos lidando com processos de adoecimento e cuidado, nos quais a diferença entre o remédio e o veneno não está dada de antemão⁴¹.

2. Participação observante em campo

Para realizar o trabalho de campo, busquei guiar-me por três imperativos que Albert (2015) propõe para o trabalho etnográfico:

Em primeiro lugar, evidentemente, fazer justiça de modo escrupuloso à imaginação conceitual de meus anfitriões; em seguida, levar em conta com todo o rigor o contexto sociopolítico, local e global, com o qual sua sociedade está confrontada; e, por fim, manter um olhar crítico sobre o quadro da pesquisa etnográfica em si. (p. 520)

Para isso, meu intuito era fundamentar a pesquisa de campo em um pacto etnográfico (ALBERT, 2015) com as famílias e pessoas hupd'ah, de forma que este trabalho e minha presença na comunidade atendessem a seus interesses. Partindo de uma postura que reconhece as comunidades e pessoas indígenas como agentes políticos e teóricos, “sujeitos de sua história e de sua imagem” (ALBERT, 2002, p. 8), pautei-me pelo método da “participação observante”, cujo fundamento é a implicação ética e política para com as pessoas e comunidades com quem

⁴⁰ Aqui, remeto às definições de Jorge Luis Borges: “Clássico é aquele livro que uma nação ou grupo de nações, ou o longo tempo, *decidiram* ler como se em suas páginas tudo fosse deliberado, fatal, profundo como o cosmo e capaz de interpretações sem término” (BORGES, 1999, p. 168, grifos meus) e Ítalo Calvino: “Os clássicos são livros que, quanto mais pensamos conhecer por ouvir dizer, quando são lidos de fato mais se revelam novos, inesperados, inéditos.” (CALVINO, 2002, p. 13)

⁴¹ Aqui, remeto às discussões de Stengers sobre o caráter de *pharmakon* dos conceitos: a depender do contexto e da dosagem, podem ser tanto remédio quanto veneno. Essa instabilidade e incertitude inerente aos conceitos demanda uma atenção cuidadosa e hesitante por parte daqueles que os mobilizam (STENGERS, 2011, 2015).

se trabalha. A saber, aqui se considera que o engajamento político na comunidade e o vínculo estabelecido com as pessoas são imprescindíveis e anteriores ao desenvolvimento de uma pesquisa rigorosa e que efetivamente esteja a serviço da comunidade. Para isso, além da pesquisa ser fruto de um engajamento local, é preciso manter um olhar cuidadoso para as implicações políticas das situações relatadas na pesquisa e para as formas de analisá-las, bem como da própria presença em campo (dado que o trabalho de campo implica em afetar meus interlocutores e ser afetada por estes, transformando-nos uns aos outros).

O método da participação observante foi elaborado por Bruce Albert a partir de uma problematização do método da observação participante. Nesse último, a participação frequentemente acaba sendo apenas um meio para realizar os interesses do pesquisador – se participa *para* observar (o que, além de todas as questões éticas implicadas, faz com que a participação ofereça possibilidades bastante limitadas de aprendizado). Tendo isso em vista, busquei conjugar essas propostas de Albert a algumas proposições de Jeanne Favret-Saada (2005), antropóloga que também é crítica ao método da observação participante.

Saada propõe “fazer da ‘participação’ um instrumento de conhecimento” (*Ibidem*, p. 157), de forma que *deixar-se afetar* pelo outro passa a ser um dispositivo metodológico. O afeto, aqui, não é aquilo que escapa à razão, mas aquilo que escapa à representação (GOLDMAN, 2005). Assim, deixar-se afetar não implica em “acreditar” no que o outro “acredita” ou colocar-se no lugar do outro, mas requer fazer-se disponível a campos de comunicação não intencional e não verbal e implica conceder um estatuto epistemológico a essas formas de comunicação⁴². Se, por um lado, deixar-se afetar “não implica identificar-se com os pontos de vista nativos⁴³, por outro, não implica em aproveitar-se da experiência de campo para “exercitar o próprio narcisismo”. Deixar-se afetar supõe, todavia, que se assuma o “risco de ver seu projeto de conhecimento se desfazer” (FAVRET-SAADA, 2005, p. 160). Além disso, reconhecer que se deixar afetar é uma dimensão central do trabalho de campo permite respeitar as diferentes temporalidades que constituem uma operação de conhecimento: o tempo de ser afetado, quando o que se vive ainda não pode ser narrado; o tempo de narrar, quando ainda não se compreende a experiência e o tempo de compreender, que é quando pode

⁴² No entanto, participar e ser afetada não deve ser confundido com uma operação de conhecimento por empatia. Participar sendo afetada “abre uma comunicação específica com os nativos: uma comunicação sempre involuntária e desprovida de intencionalidade, que pode ser verbal ou não. [...] Quando essa comunicação não é verbal, o que então é comunicado e como? Trata-se justamente da comunicação imediata que o termo *einfihlung* evoca. Apesar disso, o que me é comunicado é somente a intensidade que está afetando o outro (em termos técnicos, falar-se-ia de um *quantum* de afeto ou de uma carga energética). As imagens que, para ele [o outro] e somente para ele, são associadas a essa intensidade escapam a esse tipo de comunicação.” (FAVRET-SAADA, 2005, p. 159)

⁴³ Quando escrevo “nativo”, refiro-me tanto a profissionais de saúde quanto a pessoas hupd’äh.

ocorrer a análise. Mesmo que não haja tempo o suficiente para respeitar essas temporalidades (como num mestrado, por exemplo), tê-las como horizonte já ajuda bastante.

*

Viajei a São Gabriel da Cachoeira em julho e agosto de 2019 para realizar a consulta prévia aos hupd'äh e para apresentar o projeto de pesquisa ao DSEI-ARN, às associações locais, às lideranças e aos conselheiros de saúde, bem como para me informar sobre os preparativos necessários ao trabalho de campo. Como a pesquisa fora aceita pela comunidade, pelas associações e, posteriormente, pela FUNAI (cf. Anexos 3-5), pretendia fazer o trabalho de campo entre março e agosto de 2020, passando a maior parte do tempo na comunidade Hupd'äh Taracuí-Igarapé, no rio Tiquié, e algumas semanas na cidade de São Gabriel da Cachoeira.

Com a pandemia de COVID-19, não pude realizar o trabalho de campo planejado. Assim, passei a pensar e escrever a partir das experiências e conversas que aconteceram na visita à São Gabriel em 2019, as quais tinha registrado em meu caderno de campo. Apesar de todas as pessoas com quem conversei em 2019 estarem cientes de minha pesquisa, eu não havia coletado termos de consentimento livre e esclarecido, pois considerava que aquela era apenas uma viagem para preparar o campo que seria feito no ano seguinte. Por isso, não cito nominalmente nenhuma das pessoas com quem conversei em 2019, referindo-me às conversas apenas de forma genérica.

Com a vacinação e a diminuição dos casos de COVID-19 no Brasil, em março e abril de 2022, voltei à cidade de São Gabriel da Cachoeira. Durante minha estada, discuti sobre o que havia escrito com amigos hupd'äh que estavam na cidade, com quem também fiz entrevistas não estruturadas para dar continuidade ao texto. As entrevistas foram feitas em português ou em hupd'äh. As entrevistas em hupd'äh foram traduzidas para o português por Américo Socot. O áudio de todas as entrevistas foi gravado com o consentimento dos entrevistados (cf. TCLE no Anexo 2). Todas as entrevistas em português e as traduções das entrevistas em hupd'äh foram posteriormente transcritas por mim.

3. Análise hermenêutico-fenomenológica da experiência de campo

Já em relação à reflexão sobre a experiência de campo, vali-me do método hermenêutico-fenomenológico, à medida que realizei uma interpretação pessoal das diferentes formas das pessoas hupd'äh e profissionais de saúde indígena abordarem o suicídio – tendo em vista seus aspectos fenomenológicos, éticos, ontoepistemológicos, antropológicos e políticos – em diálogo com a bibliografia revisada.

O método fenomenológico busca compreender o sentido das “coisas que se mostram” e define-se pelo estudo do fenômeno tal qual surge à consciência, pressupondo uma inseparabilidade entre sujeito e objeto. Se a consciência é sempre consciência de “algo” (o que caracteriza o conceito de “intencionalidade” na fenomenologia), faz-se necessário analisá-la a partir da experiência vivida. Assim, busca-se superar a utilização de paradigmas anteriores à experiência vivida para abrir caminho à descrição pela maneira da aparição do fenômeno. Acredito que o uso dessa metodologia seja pertinente para descrever com rigor as problemáticas implicadas nos casos de suicídio dos jovens hupd’äh e nas práticas de cuidado mobilizadas pelos profissionais de saúde, pois permite abarcar a complexidade da situação de forma que tais casos não estejam de antemão encaixados em algum paradigma teórico específico.

O método hermenêutico, por sua vez, implica na posição epistemológica de que não existem leituras neutras de um texto. Toda interpretação advém de um posicionamento e de uma intencionalidade singular do leitor, que surge por meio de sua inquietação particular e do lugar que ocupa socialmente. Nesse caso, minha leitura sobre o campo esteve marcada pela maneira com que fui afetada e afetei meus interlocutores em campo e como isso se articula a meu percurso profissional e com meu modo de ser⁴⁴. A metodologia fenomenológico-hermenêutica, assim, parte da postura fenomenológica em sua aplicação em contextos de leitura ou escuta interpretativos, sendo aqui utilizado fundamentalmente em sua perspectiva dialógica (GADAMER, 2014), à medida que, abertos ao sentido daquilo que é dito ou escrito, inevitavelmente estamos também ressignificando-o.

A análise fenomenológico-hermenêutica da experiência de campo, em diálogo com a bibliografia que trata do suicídio entre povos indígenas na América Latina e com a literatura etnológica sobre os povos falantes de línguas Naduhupy, possibilita discutir o manejo dos casos de “suicídio” de pessoas hupd’äh pelo DSEI-ARN com relativa complexidade. No entanto, de um ponto de vista metapsicológico, a discussão provavelmente deixará a desejar.

4. E a psicanálise?

Ao longo do processo de pesquisa, busquei ter em vista que a metodologia e o recorte escolhidos eram provisórios e precários, pois, se tudo corresse bem, seriam reconstruídos a

⁴⁴ Assim, ressalto que não considero possível nem profícuo adotar uma postura de neutralidade analítica. Não considero possível porque meus posicionamentos ético-políticos são indissociáveis de minha atuação profissional e pesquisa. Não considero profícuo, pois parto do pressuposto clínico de que uma disponibilidade dialógica efetiva está fundada por uma afetação sensível (SAFRA, 2004). Além disso, penso que uma boa intervenção clínica é aquela em que se consegue manejar a situação a partir do mundo vivido e do idioma pessoal (SAFRA, 2004) do sujeito.

partir dos encontros que ocorressem ao longo do trabalho de campo⁴⁵. Havia delimitado o objeto de pesquisa de forma ampla e ambígua, pois me parecia que o definir como “suicídio” e como objeto do campo da “saúde mental” ajudava tanto quanto atrapalhava a pensar sobre os fenômenos estudados. Tampouco dispunha de dispositivos clínicos já elaborados, pois a indefinição a respeito da qualidade das “mortes autoprovocadas” colocava em questão a própria pertinência de muitos dispositivos clínicos nesse contexto. Minha aposta era que o método, o objeto de pesquisa e, quiçá, alguns dispositivos clínicos se construíssem ao longo do campo a partir dos encontros e desencontros vividos.

Dessa forma, o próprio método foi aparecendo como um dos objetos de investigação desta pesquisa. Encarar o método como objeto demandou sustentar uma postura de constante estranhamento em relação às minhas próprias análises e impressões. Além disso, lançou-me a um lugar de simultânea suspensão e enraizamento. Por um lado, reconhecia que minha formação teve um viés fortemente psicanalítico, de forma que, querendo ou não, minhas reflexões estariam informadas por esse referencial teórico. Por outro lado, buscava um olhar distanciado em relação às metodologias e aos conceitos usualmente empregados nas investigações psicanalíticas, pois o risco de tais metodologias e conceitos reiterarem desmentidos e fechamentos às alteridades me parecia grande demais. Contudo, paradoxalmente, ao tentar estranhar as metodologias e os conceitos psicanalíticos que tinha aprendido até então, sentia-me mais próxima daquilo que me parecia ser uma postura propriamente psicanalítica: não se esquecer de que o Real é aquilo que não cessa de me escapar e atentar para *algo* que se comunica das mais inusitadas formas e que não necessariamente precisa ser compreendido e/ou interpretado, mas sim trazido para um campo relacional.

Esta escolha de adotar uma postura de constante estranhamento em relação aos fundamentos ontoepistemológicos que embasavam minhas compreensões partiu dos seguintes pressupostos:

- i) O “objeto” de pesquisa é indissociável do pesquisador, pois este é afetado pelos sujeitos com quem trabalha e só formula suas questões a partir de um lugar contextual;
- ii) As alteridades não habitam apenas o outro ou o “objeto” de pesquisa, mas o próprio pesquisador. Se partimos desse pressuposto, não é possível sustentar-nos na ideia

⁴⁵ Ironicamente, tudo correu bem, mas não do jeito que eu esperava: com a pandemia de COVID-19, o recorte e a metodologia sofreram importantes transformações. Além disso, a impossibilidade de ir a campo quando tudo já estava preparado trouxe uma forte sensação de *quase* poder tocar outras imagens e compreensões a respeito daqueles acontecimentos, sem nunca o conseguir. Novamente e ainda, tão perto, tão longe.

iluminista que opõe uma “suposta transparência do sujeito para si mesmo à opacidade do mundo dos outros” (GOLDMAN, 2005, p. 150). Sabemos que, nas psicanálises, tal questão é inaugural e amplamente discutida. No entanto, escolhi não partir de um arcabouço psicanalítico para evitar alguns riscos, que discutirei adiante;

- iii) Há no mundo uma infinidade de sistemas terapêuticos eficazes, que não são redutíveis à psicanálise e são verdadeiros sistemas conceituais – e não meras crenças (NATHAN, 2012);
- iv) As psicologias e a psicanálise ainda não se desvencilharam do projeto psiquiátrico gestado no século XIX (DELEUZE; GUATARRI, 1976; FOUCAULT, 2004) e, por isso, têm uma vocação colonizadora para a qual precisamos estar sempre alertas⁴⁶;
- v) Há múltiplas ontologias, múltiplos mundos vividos que não remetem a um único Real, de forma que a posição de sujeito e a agência política não são exclusividade daqueles que consideramos humanos (dentre muitos outros, ver CUSICANQUI, 2018; DE LA CADENA; BLASER, 2018; KOPENAWA; ALBERT, 2014; LIMA, 2005);
- vi) É possível construir comunidades de sentido, tecidas pela afinidade de gestos (CUSICANQUI, 2018, p. 72, 151)⁴⁷ ou comunidades de destino (BOSI, 2003). Mesmo considerando diferentes referentes linguísticos e ontológicos, o que requer atentar para uma série de equívocos tradutivos, é possível reconhecer que os diferentes mundos se comunicam e interferem um nos outros – por meio de palavras, sons, intensidades, imagens, cheiros, movimentos, afetos, gestos, silêncios etc. –, o que possibilita que nos afetemos uns aos outros, relacionemo-nos e construamos mundos vividos compartilhados.

⁴⁶ Muitas abordagens e instituições psicanalíticas, por exemplo, desenvolveram-se na direção oposta ao potencial crítico das propostas freudianas (cf. SÁEZ, 2004). Ao mesmo tempo, muitas abordagens acabaram por maximizar aspectos moralizantes e normatizadores da própria obra freudiana, de forma que o analista passa a encarnar uma autoridade moral de Pai, Juiz, Família e Lei e o processo analítico se torna mais um dispositivo de subjetivação capitalista (cf. DELEUZE; GUATARRI, 1976).

⁴⁷ Silvia Cusicanqui (2018) defende a possibilidade de criar tecidos intermediários entre os espaços-tempos multi-temporais e heterogêneos que constituem nosso planeta, de tecer zonas de contato em meio às inúmeras brechas epistêmicas, linguagens mutuamente ininteligíveis e comunicações equívocas. Para caminhar pelos múltiplos circuitos de memória inscritos nas paisagens e em nossos corpos, a socióloga propõe não buscar sínteses, mas trabalhar a partir das e nas contradições (*Ibidem*, p. 83) como num pano tecido por fios distintos. As comunidades de sentido que se constituem em zonas intermediárias não precisam ser pacíficas nem unificadas, tampouco constituir uma identidade. Também não se fundamentam necessariamente em pactos, pois há coisas que não se pode pactuar nem conciliar ou reparar. O fundamental é que tais comunidades se orientem por uma bússola ética, que é o sentido de planetariedade e o reconhecimento das diferenças (*Ibidem*, p. 80).

O estabelecimento de tais pressupostos, por sua vez, foi motivado por uma tentativa de minimizar alguns riscos inerentes à produção de conhecimento e, mais especificamente, à pesquisa realizada em um campo intercultural atravessado por processos colonizatórios. A saber, busquei evitar a postura arrogante de buscar explicar para o outro aquilo que ele supostamente não sabe sobre si mesmo. Assim, busquei contornar a armadilha que consiste em buscar uma teoria ou um método que seria excepcional, que seria capaz de explicar determinado fenômeno melhor do que todos os outros métodos e teorias (STENGERS, 2011). Tais reflexões me colocaram uma série de questões: por que será que nós, psicólogos e psicanalistas, temos tanta dificuldade em levar o outro realmente a sério, quando isso implica conferir um estatuto ontológico ao outro, e não apenas simbólico ou imaginário? Por que é tão difícil de conceber que outros regimes de cuidado possam operar em níveis que não se reduzem à eficácia simbólica? O que faz alguns pensarem que a psicanálise teria qualquer prioridade ou precedência na compreensão dos fenômenos? Será que, em certos momentos, não recorreremos a um “arsenal” metapsicológico para abafar a incerteza e angústia que sentimos frente ao desconhecido?

Não obstante, também seria possível defender essas escolhas dentro de um paradigma psicanalítico, dado que o próprio Freud (1912/1987) já propunha que a teoria e o método psicanalíticos devem ser construídos a partir da prática clínica, de forma que o método responda ao objeto e não o anteceda. Bion (1994), que escreveu sobre como atitudes arrogantes podem embotar a escuta e a elaboração do pensamento, também já falava sobre os riscos de se usar a teoria como anteparo para a escuta clínica, dado que, quando o clínico escuta o outro apenas a partir das próprias “crenças” teóricas, só é capaz de encontrar aquilo que buscava. Além disso, essas questões parecem estar em sintonia com as discussões sobre a importância da “capacidade negativa do analista” (BION, 2006), que é justamente a capacidade de sustentar um estado de dúvida, de não saber, sem buscar atribuir significados apressadamente ao que o paciente traz.

Antes de prosseguirmos, é importante desenvolver melhor alguns desses pontos.

Apesar de considerar fundamental levar a sério a “opacidade essencial do sujeito frente a si mesmo” (FAVRET-SAADA 2005, p. 161), não tomo a metapsicologia como ponto de partida, pois acho que fazer isso seria encontrar respostas antes de me abrir para perguntas que só podem emergir a partir do encontro com o outro. Em algumas conversas que tive com psicanalistas sobre as possibilidades de clínicas interculturais, não havia espaço nem tempo suficientes para estranhar certos conceitos e postulados metapsicológicos. Nessas conversas, parecia-me que certos conceitos *psi* acabavam servindo como “palavras mágicas” (CUSICANQUI, 2018, p. 41), que acalmam nossas inquietudes justamente porque passam ao

largo de questões que abalam nossos pressupostos. Naqueles momentos, a metapsicologia aparecia como um lugar de certezas, como algo dado que servia para explicar os fenômenos que se desvelam e não, justamente, como um arcabouço conceitual construído para nos ajudar a lidar com aquilo que incessantemente escapa e surpreende-nos, que é estranho e inquietantemente familiar – aquilo que faz com que o encontro com a alteridade não seja apenas um encontro com o outro, mas com o outro que habita em si, se consideramos que o eu não é senhor da própria casa (FREUD, 1917b/1987).

Goldman, ao discutir o trabalho de Favret-Saada sobre feitiçaria no Bocage, apresenta essas questões de forma bastante ilustrativa:

Na verdade, conta a autora, os afetos suscitados no campo, “a despossessão e a perda de controle de si, a aceitação do desejo desconhecido do outro, o reconhecimento de uma opacidade constitutiva da comunicação humana”, tudo isso que era “insuportável para os etnólogos”, era “banal para os psicanalistas”. Por outro lado, bastou que a autora sustentasse que a feitiçaria – ou antes, o desenfeitiçamento – constitui uma forma de terapia que nada deve à psicanálise, para que o cientificismo que os analistas sem dúvida compartilham com os etnólogos impedisse que a acolhida do trabalho de Favret-Saada fosse muito longe. De fato, ela sugere que não se trata, no desenfeitiçamento, nem de uma forma primitiva de lidar com aquilo que só a ciência realmente conhece, nem de uma simples modulação cultural de uma prática universal. (2005, p. 151)

Parece que, nesses casos, o postulado da universalidade dos processos psíquicos serve muito bem a uma atitude defensiva, em que se recorre a conceitos metapsicológicos precipitadamente para dar contorno ao inusitado apresentado pelo outro⁴⁸. Além de embotar a escuta clínica, tal postura é arrogante e colonialista, pois a desqualificação da palavra nativa serve para promover a do clínico ou pesquisador. Assim, pensando com Favret-Saada (2015), essa defesa da universalidade, paradoxalmente, acaba por (re)produzir grandes divisões entre “nós” e “eles”, pois leva à presunção de que se poderia explicar as “crenças” ou “construções culturais” dos outros a partir das próprias concepções, como se estas não fossem elas mesmas localizadas histórica e culturalmente.

⁴⁸ Tais questões desdobram-se em outras, bastante polêmicas. Há clínica psicanalítica possível se não partimos do postulado da universalidade do inconsciente? Será que, no contexto pesquisado, recorrer precipitadamente à noção de inconsciente seria um jeito de se defender da precariedade do encontro com a alteridade? Ou poderia ser justamente um modo de reconhecê-la e ampliar as possibilidades de diálogo? Faria sentido, parafraseando Wagner (2012), inventar um inconsciente para pessoas que não se pensam nesses termos? Quais efeitos teria essa invenção? E seria ela necessária? Será que essa discussão sobre a universalidade do inconsciente é realmente relevante para pensar propedêuticas com os Hupd’äh? Ou será que é uma questão secundária e, talvez, não importe tanto como chamamos o desconhecido (ou assombroso, estranho, fascinante...), mas sim as maneiras como certos dispositivos de cuidado operam e seus efeitos?

Nesse sentido, reduzir outros sistemas terapêuticos à eficácia simbólica, como se apenas a psicanálise acessasse o âmago ou a profundidade dos fenômenos, é uma postura similar à do “antropólogo que vai a campo apenas para verificar que ele é quem detém a verdade” e que se vale de uma série de procedimentos analíticos para se proteger “contra qualquer contaminação pelo seu objeto” (*Ibidem*, p. 157). Na esteira de Nathan (2012), pergunto-me se, nessas situações, recorrer precipitadamente a conceitos metapsicológicos (relegando as análises alheias à condição de metáfora) e à ideia de eficácia simbólica não seria uma maneira de evitar se expor aos riscos inerentes ao pensar e ao encontro com o outro, de forma que as discussões passam a circular apenas em um grupo autovalidado de “*experts*” que estariam mais habilitados do que os outros a não se deixar enganar por crenças:

Aqueles que 'acreditam' têm acesso apenas ao símbolo, enquanto aqueles que 'pensam' teriam acesso à coisa simbolizada, ao próprio ser da coisa. [...] Asseguro-vos, é essa noção de “símbolo” que nos impede de entender as terapias daqueles que não são *experts* [*non-savants*] como verdadeiros pensamentos técnicos. (*Ibidem*, p. 49)

Se, ao contrário, reconhecemos que os sistemas terapêuticos indígenas são constituídos por “técnicas articuladas em torno de verdadeiros pensamentos, complexos, sutis e, acima de tudo, socialmente fecundos – quero dizer: cuja função é produzir intrincamentos profundos de vínculos entre as pessoas” (*Ibidem*, p. 113), somos levados a concluir que psicólogos e psicanalistas “creem” tanto quanto cuidadores indígenas e estes pensam tanto quanto aqueles. Dizendo de outra maneira, percebemos que as psicologias e psicanálise também são sistemas terapêuticos nativos, cultural e historicamente localizados. Com isso, não precisamos mais perder tempo discutindo sobre a “quantidade” de verdade presente nas ideias terapêuticas dos outros e podemos de fato nos debruçar sobre os (“seus” e “nossos”) sistemas terapêuticos, investigando como se contaminam uns aos outros, suas maneiras de operar e os efeitos concretos que produzem. Assim, Nathan propõe “uma psicopatologia que se arrisque, que se engaje na descrição mais fina possível dos terapeutas e das técnicas terapêuticas, e não dos doentes” (*Ibidem*, p. 27).

Dessa forma, para escutar com cuidado o que os Hupd’äh e os profissionais de saúde indígena podem ensinar a nós, psicólogos e psicanalistas, proponho colocar as psicanálises como mais algumas das vozes que compõem a dissertação e não como ponto de partida para a análise. A saber, alguns psicanalistas e suas proposições teóricas entrarão no texto como interlocutores, assim como as pessoas hupd’äh e os profissionais de saúde do DSEI-ARN.

PARTE 1

*Não existe nada mais misterioso do que o suicídio.
[...] Quando pretendo explicar as razões de um
suicídio qualquer, tenho sempre a impressão de estar
cometendo um sacrilégio. Pois só o suicida poderia
tê-las conhecido e teria condições de compreendê-las.
Eu não digo: de torná-las compreensíveis; na maioria
das vezes elas são variadas e inextrincáveis, e fora do
alcance de um terceiro.
Henry de Motherlant (apud MINOIS, 2018)*

CAPÍTULO 1

Estudos clássicos sobre o suicídio

Neste capítulo, apresento algumas discussões sobre o suicídio que se tornaram clássicas para as ciências humanas. São apresentações breves, cujo propósito é ajudar a cartografar certos pressupostos que têm orientado as pesquisas sobre suicídio entre povos indígenas nas terras baixas sul-americanas nos diferentes campos disciplinares. Em ordem cronológica, apresento trabalhos de Karl Marx, Émile Durkheim, Sigmund Freud, Bronislaw Malinowsky, Georges Devereux e Edwin Shneidman. Estes são considerados por muitos como os “pais”, respectivamente, do socialismo científico, da sociologia, da etnografia, da psicanálise, da etnopsiquiatria e da suicidologia.

1. Marx: o suicídio como sintoma de uma sociedade doente

Em 1846, Karl Marx escreve o ensaio “Peuchet: sobre o suicídio” (2006), em que reúne e comenta trechos extraídos das memórias de Jacques Peuchet, arquivista da Prefeitura de Polícia de Paris que escreve a respeito de casos de suicídios registrados em seu departamento. Na primeira parte do ensaio, Marx dialoga com as análises de Peuchet acerca do suicídio, o qual relaciona, dentre outros fatores, à opressão e reificação das mulheres, à miséria, a situações de crise econômica e social e a situações de profunda humilhação. Na segunda parte do ensaio, o autor apresenta alguns dos casos relatados por Peuchet, que ajudam a ilustrar seus argumentos.

Apesar de serem mediados por relações de classe, aponta Marx, o suicídio é um fenômeno que não se restringe a uma classe social específica⁴⁹. É, antes, expressão de que toda a sociedade europeia está doente: a “classificação das diferentes causas do suicídio deveria ser a classificação dos próprios defeitos de nossa sociedade” (*Ibidem*, p. 44). Ou seja, as taxas de suicídio são sintoma de uma sociedade adoecida, de forma que apenas uma transformação

⁴⁹ “O número anual dos suicídios, aquele que entre nós é tido como uma média normal e periódica, deve ser considerado um sintoma da organização deficiente de nossa sociedade; pois, na época da paralisação e das crises da indústria, em temporadas de encarecimento dos meios de vida e de invernos rigorosos, esse sintoma é sempre mais evidente e assume um caráter epidêmico. [...] Embora a miséria seja a maior causa do suicídio, encontramos em todas as classes, tanto entre os ricos ociosos como entre os artistas e os políticos. *A diversidade das suas causas parece escapar à censura uniforme e insensível dos moralistas.*” (*Ibidem*, p. 24, grifos meus)

social radical seria capaz de reduzir as taxas de suicídio⁵⁰. Ironicamente, as mesmas instituições de uma sociedade adoecida, que mata, violenta e fere a dignidade humana, são aquelas que censuram de forma moralista as mortes autoprovocadas, fazendo “do suicídio um ato de covardia, um crime contra as leis, a sociedade e a honra” (*Ibidem*, p. 26)⁵¹. Contrapondo-se a argumentos que atribuem os suicídios a atos antinaturais, Marx escreve que “o suicídio não é, de modo algum, antinatural, pois diariamente somos suas testemunhas. [...] Ao contrário, está na natureza de nossa sociedade gerar muitos suicídios, ao passo que os berberes e os tártaros não se suicidam.” (*Ibidem*, p. 25). Criticando análises moralistas a respeito dos suicídios, como aquelas que os atribuem à falta de coragem, o autor afirma:

[...] nada prova que ela [a coragem] necessariamente falte quando se tira a própria vida e em meio às trevas. Não é com insultos aos mortos que se enfrenta uma questão tão controversa. Para saber se o motivo que determina o indivíduo a se matar é leviano ou não, não se pode pretender medir a sensibilidade dos homens usando-se uma única e mesma medida; não se pode concluir pela igualdade das sensações, tampouco pela igualdade dos caracteres e dos temperamentos; o mesmo acontecimento provoca um sentimento imperceptível em alguns e uma dor violenta em outros. (*Ibidem*, p. 25)

2. Durkheim: a relação do suicídio com a qualidade da integração social

Émile Durkheim (1897/2000), ao analisar as diferenças entre as taxas de suicídio entre protestantes e católicos na Europa central, propõe que a maior incidência de suicídio entre os protestantes em relação aos católicos poderia ser explicada pela menor integração social dos primeiros em relação aos segundos. Nesse movimento analítico, busca distinguir a sociologia da ciência política, da psicologia e da filosofia.

O autor aponta que, se diversos acontecimentos da vida podem servir de pretexto ao suicídio, nenhum deles configura uma causa específica, o que torna necessário um

⁵⁰ Nas palavras do autor: “Descobri que, sem uma reforma total da ordem social de nosso tempo, todas as tentativas de mudança seriam inúteis” (*Ibidem*, p. 28); “[...] o suicídio não é mais do que um entre os mil e um sintomas da luta social geral, sempre percebida em fatos recentes, da qual tantos combatentes se retiram porque estão cansados de serem contados entre as vítimas ou porque se insurgem contra a ideia de assumir um lugar honroso entre os carrascos.” (*Ibidem*, p. 29, grifos do autor)

⁵¹ Marx escreve: “Como se explica que, apesar de tantos anátemas, o homem se mate? É que o sangue não corre do mesmo modo nas veias de gente desesperada e nas veias dos seres frios, que se dão o lazer de proferir todo esse palavrório estéril. *O Homem parece um mistério para o Homem; sabe-se apenas censurá-lo, mas não se o conhece.* Quando se veem a forma leviana com que as instituições, sob cujo domínio a Europa vive, dispõem do sangue e da vida dos povos, [...] quando se vê a quantidade incrível de classes que, por todos os lados, são abandonadas na miséria, e os párias sociais, que são golpeados com um desprezo brutal e preventivo, talvez para dispensar-se do incômodo de ter que arrancá-los de sua sujeira; quando se vê tudo isso, então não se entende com que direito se poderia exigir do indivíduo que ele preserve em si mesmo uma existência que é espezinhada por nossos hábitos mais corriqueiros, nossos preconceitos, nossas leis e nossos costumes em geral.” (*Ibidem*, p. 26-27, grifos do autor)

deslocamento das explicações individuais e psicológicas para explicações sociológicas: o suicídio é um fato social⁵² que, portanto, deve ser explicado a partir de outros fatos sociais. A saber, não é suficiente nem profícuo buscar as motivações e intenções individuais que levam ao suicídio, mas é preciso compreender quais fatores sociais engendram esse tipo de morte, analisando de que forma tendências suicidas individuais originam-se de tendências coletivas. Com isso, o autor inaugura uma vertente de análise sociológica do suicídio, buscando estabelecer leis universais para o fenômeno, inferidas a partir de dados estatísticos e fatores extraindividuais.

O suicídio, portanto, resultaria de perturbações na relação do indivíduo com a sociedade em que está inserido: quanto mais bem integrado for o indivíduo a seu grupo social, menos probabilidade ele tem de suicidar-se. Assim, Durkheim classifica o suicídio como patologia social e distingue quatro categorias de suicídio a partir de diferentes modalidades da relação indivíduo-sociedade: suicídio altruísta, resultado de uma grande integração do indivíduo com a sociedade; suicídio anômico, relacionado à falta de integração social (levando a uma incapacidade de o grupo assegurar as necessidades básicas do indivíduo); suicídio egoísta, relacionado à falta de regulação social (que propiciaria um comportamento individualista e negligente do indivíduo para com o grupo); e suicídio fatalista, relacionado a uma excessiva regulação social. O suicídio anômico e o egoísta seriam característicos de sociedades “modernas”, reguladas por uma solidariedade orgânica e compostas por indivíduos interdependentes. O altruísta, por sua vez, seria próprio das sociedades “primitivas”, reguladas por uma solidariedade mecânica e caracterizadas por uma ausência de individualização das tarefas produtivas⁵³.

3. Freud: a determinação inconsciente do suicídio

⁵² Durkheim (1895/2002, p. 11) define o fato social como uma força cuja existência não apenas independe dos indivíduos que constituem uma sociedade, como também sobrepuja e determina suas ações: “é fato social toda maneira de agir, fixa ou não, suscetível de exercer sobre o indivíduo uma coerção exterior; ou, ainda, que é geral ao conjunto de uma sociedade dada e, ao mesmo tempo, possui existência própria, independente das manifestações individuais que possa ter”.

⁵³ A solidariedade social é definida por Durkheim (1893/1999) como o fator que garante coesão social em um determinado período. O principal fator que garantiria que os indivíduos se percebessem como pertencentes a um mesmo grupo social seria o trabalho. A solidariedade mecânica seria própria das sociedades “pré-capitalistas”. Como estas estariam organizadas a partir de uma “rudimentar” divisão do trabalho (na qual as pessoas exerceriam as mesmas tarefas e, portanto, teriam maior independência umas das outras), sua coesão social estaria fundamentada na força das tradições, das crenças, dos hábitos e da moral. Já a solidariedade orgânica seria característica das sociedades capitalistas, nas quais o principal fator de coesão social estaria fundamentado na divisão do trabalho, que criaria a interdependência entre os indivíduos.

Sigmund Freud discute sobre o suicídio em diferentes momentos de sua obra, oferecendo compreensões diversas a respeito do fenômeno. A análise dos fenômenos autodestrutivos observados na clínica e na vida cotidiana trouxe impasses às construções metapsicológicas, catalisando importantes reformulações na teoria freudiana. Em um primeiro momento, o psicanalista chama a atenção para as motivações inconscientes dos processos autodestrutivos (1901/1987). Em um segundo momento, buscando compreender como o sujeito pode ser capaz de sobrepujar as pulsões de autoconservação (1910/2019), Freud compreende os atos autodestrutivos como deslocamentos de impulsos destrutivos inicialmente dirigidos a objetos amados. A análise dos processos melancólicos ajuda-o a sedimentar o entendimento de que os atos autodestrutivos originam-se de um sadismo deslocado para o eu (1917a/1987). Em um terceiro momento, buscando entender por que o sujeito repete atos que lhe causam desprazer e sofrimento, o psicanalista propõe que os atos autodestrutivos seriam originados não apenas por um masoquismo secundário (um sadismo deslocado), mas também por um masoquismo primário. Vejamos.

Em “Sobre a psicopatologia da vida cotidiana” (1901/1987), o psicanalista defende que, além dos suicídios intencionais conscientes, há atos autodestrutivos semi-intencionais, ou seja, cuja intenção é inconsciente. Tais atos frequentemente manifestam-se “disfarçados” como acidentes casuais – muitos ferimentos aparentemente acidentais são, na verdade, autoinfligidos⁵⁴. Tais acidentes casuais, assim, são um tipo de ato falho: são expressões manifestas de tendências autodestrutivas inconscientes, presentes em um número significativamente maior de pessoas do que aquelas que as expressam abertamente. Dizendo de outra maneira, os ferimentos autoinfligidos que aparentam ser acidentais são uma formação de compromisso entre pulsões de autodestruição e forças que a elas se opõem⁵⁵. Freud afirma que mesmo os ferimentos conscientemente autoinfligidos (que podem resultar em morte) são precedidos por um longo período em que os impulsos autodestrutivos estiveram inconscientes,

⁵⁴ Escreve Freud: “Sabe-se que, nos casos mais graves de psiconeuroses, os ferimentos auto-infligidos ocasionalmente aparecem como sintomas patológicos e que, nesses casos, nunca se pode excluir o suicídio como um possível desfecho do conflito psíquico. Sei agora, e posso provar com exemplos convincentes, que muitos ferimentos aparentemente acidentais são, na realidade, lesões auto-infligidas. Acontece que uma tendência à autopunição, que está constantemente à espreita e comumente se expressa na auto-censura ou contribui para a formação do sintoma, tira hábil partido de uma situação externa oferecida pelo acaso, ou contribui para sua criação até que se dê o efeito lesivo desejado.” (FREUD, 1901/1987, p. 161)

⁵⁵ Como veremos adiante, nesse momento de sua obra (conhecido como Primeira Tópica), Freud se orienta por uma teoria do aparelho psíquico que postula que o psiquismo se alicerça na tensão entre duas forças ou energias psíquicas: as pulsões de autoconservação (ou pulsões do ego) e as pulsões sexuais (ou pulsões do objeto). As primeiras têm a função de proteger e satisfazer as necessidades do ego, enquanto que as segundas buscam ligação sexual com outros.

“à espera” de uma ocasião propícia (como a morte de um ente querido, uma desilusão amorosa, uma briga com os pais) para sobrepujar as forças de autoconservação que as suprimiam⁵⁶.

Em 1910, são publicadas as atas, redigidas por Otto Rank, de duas reuniões sobre o suicídio realizadas pela Sociedade das Quartas-Feiras no Instituto Psicanalítico de Viena (FRIEDMAN, 2019; COLABONE; PRADO, 2019). Tais atas são acompanhadas por comentários de Freud, os quais, apesar de breves, apresentam uma questão fundamental para suas investigações posteriores a respeito do suicídio:

Acima de tudo, queríamos saber como é possível superar a pulsão de vida, extraordinariamente forte, e se isso só pode acontecer com a ajuda de uma libido decepcionada ou se há renúncia do eu em afirmá-la por motivos que lhe são próprios. (FREUD, 1910/2019, p. 282)

Freud conclui que, para responder a essa questão, seria necessário compreender com mais profundidade os estados melancólicos, comparando-os com os afetos do luto. O psicanalista intui que o estudo clínico dos destinos da libido nos estados melancólicos permitiria resolver o enigma de como, no suicídio, o sujeito consegue sobrepujar a pulsão de autoconservação.

Em “Luto e melancolia” (1917a/1987), Freud responde a essa questão, propondo que o sujeito só é capaz de subjugar a pulsão de autoconservação quando trata a si mesmo como um objeto contra o qual dirige sua hostilidade. A partir do estudo da melancolia, o psicanalista infere que os atos autodestrutivos característicos dos melancólicos são manifestações de impulsos inconscientes de destruir um objeto amado-odiado que foi internalizado pelo ego via identificação narcísica⁵⁷. Estando o ego identificado com o objeto amado-odiado, a perda objetual é também uma perda narcísica, e a hostilidade dirigida ao eu é também uma hostilidade dirigida ao objeto perdido. Quanto menos a hostilidade em relação ao objeto amado-odiado é exteriorizada, mais essa hostilidade se volta contra o próprio ego. Os atos autodestrutivos são, portanto, atos sádicos deslocados – o sadismo se dirige ao objeto devorado pelo ego ou ao ego como objeto. Assim, ao mesmo tempo em que o sujeito sofre com as autoagressões, obtém delas uma satisfação sádica.

⁵⁶ Nas palavras do autor: “Mesmo a intenção consciente de cometer suicídio escolhe sua época, seus meios e sua oportunidade; e é perfeitamente consonante com isso que a intenção inconsciente aguarde uma ocasião que possa tomar a seu encargo parte da causação e que, ao requisitar as forças defensivas do sujeito, liberte a intenção da pressão destas.” (FREUD, 1901/1987, p. 163)

⁵⁷ Nesse momento de sua obra, Freud considera que a identificação é “a primeira forma pela qual o ego escolhe um ‘objeto’” e toma a fase oral como o protótipo da identificação – assim como os filhos identificam-se com o pai ao devorá-lo em “Totem e tabu” (FREUD, 1913/1987), o ego identifica-se com o objeto ao incorporá-lo/devorá-lo.

Freud já aventara em outros momentos de sua obra (cf. FREUD, 1905/1987; 1909/1987; 1913/1987) que os pensamentos suicidas do sujeito neurótico são “impulsos assassinos contra outros, que ele volta contra si mesmo” (FREUD, 1917a/1987, p. 257). O que a análise da melancolia traz de novidade é elucidar *como* isso acontece:

A análise da melancolia mostra agora que o ego só pode se matar se, devido ao retorno da catexia objetal, puder tratar a si mesmo como um objeto – se for capaz de dirigir contra si mesmo a hostilidade relacionada a um objeto, e que representa a reação original do ego para com objetos do mundo externo. Assim, na regressão desde a escolha objetal narcisista, é verdade que nos livramos do objeto; ele, não obstante, se revelou mais poderoso do que o próprio ego. Nas duas situações opostas, de paixão intensa e de suicídio, o ego é dominado pelo objeto, embora de maneiras totalmente diferentes. (*Ibidem*, p. 257)

Tais pontos são mais facilmente compreendidos quando se compara os estados melancólicos com os estados de luto⁵⁸. A melancolia é um processo de luto – estado afetivo que sucede a perda de um objeto investido libidinalmente – cuja elaboração foi transtornada pelo atravessamento de uma violenta ambivalência em relação ao objeto perdido⁵⁹. Enquanto no luto não patológico a catexia objetal aniquilada é substituída por nova catexia objetal, na melancolia, a libido livre é retirada para o ego e estabelece uma identificação do ego com o objeto⁶⁰. Assim,

⁵⁸ Tanto o luto quanto a melancolia são definidos como estados afetivos que decorrem da perda de um objeto investido libidinalmente – objeto este que pode ser um ente amado ou uma abstração (como uma ideologia, um projeto, uma posição social etc.). A diferença entre os dois estados reside na maneira com que a ambivalência (sentimento de amor e ódio em relação a um mesmo objeto) interfere na destinação dos afetos suscitados pela perda objetal. No luto, o desligamento libidinal do objeto perdido ocorre de forma gradual; as novas experiências do sujeito vão evocando lembranças e expectativas em relação ao objeto perdido e vão dando realidade ao fato de que este não existe mais. Inicialmente, o sujeito experimenta um esvaziamento do mundo e fica absorvido em um trabalho de elaboração da perda. Pouco a pouco, sua libido vai se desligando do objeto perdido e se ligando a objetos substitutivos. Na melancolia, a ambivalência em relação ao objeto perdido dificulta que a libido se desligue deste e se ligue a objetos substitutivos – em vez de se ligar a novos objetos, a libido livre é retirada para o ego e estabelece uma identificação do ego com o objeto. Com isso, o ego evita renunciar à relação amorosa. No entanto, tal substituição do amor objetal pela identificação implica que a perda do objeto seja subtraída da consciência. Por isso, o sujeito melancólico sofre sem saber exatamente *o que* lhe falta. Mesmo que saiba quem ou qual abstração perdeu, o sujeito tem a sensação vertiginosa de ter perdido *algo* que não sabe dizer o que é ou onde está. Essa falta estranha, junto com o ódio ao objeto que se volta contra o ego, origina um “estado esmagado de melancolia” (FREUD, 1917a/1987, p. 254), caracterizado por um esvaziamento do ego.

⁵⁹ A perda de um objeto amado pode reforçar a ambivalência já existente ou instaurá-la: “Na melancolia, as ocasiões que dão margem à doença vão, em sua maior parte, além do caso nítido de uma perda por morte, incluindo as situações de desconsideração, desprezo ou desapontamento, que podem trazer para a relação sentimentos opostos de amor e ódio, ou reforçar uma ambivalência já existente” (*Ibidem*, p. 256). Segundo Freud, a ambivalência “ou é constitucional, isto é, um elemento de toda relação amorosa formada por esse ego particular, ou provém precisamente daquelas experiências que envolveram a ameaça da perda do objeto” (*Ibidem*, p. 261).

⁶⁰ Escreve Freud: “A catexia objetal provou ter pouco poder de resistência e foi liquidada. Mas a libido livre não foi deslocada para outro objeto; foi retirada para o ego. Ali, contudo, não foi empregada de maneira não especificada, mas serviu para estabelecer uma *identificação* do ego com o objeto abandonado. Assim a sombra do objeto caiu sobre o ego e este pôde, daí por diante, ser julgado por um agente especial, como se fosse um objeto, o objeto abandonado. Dessa forma, uma perda objetal se transformou numa perda do ego, e o conflito entre o ego e a pessoa amada, numa separação entre a atividade crítica do ego e o ego enquanto alterado pela identificação” (*Ibidem*, p. 254-255, grifos do autor).

na melancolia, o ódio em relação ao objeto amado é deslocado, voltando-se para objeto internalizado no ego por meio da identificação narcísica, fazendo com que o sujeito sintá-se desvalorizado, esvaziado, indigno de estima, incapaz, moralmente condenável e merecedor de punições. No entanto, essas recriminações que o sujeito melancólico dirige a si mesmo são, na verdade, recriminações dirigidas ao objeto perdido, com o qual o ego está identificado. O conflito ambivalente entre o ego e a pessoa amada se transforma, assim, em uma divisão do ego – uma parte do ego coloca-se contra a outra, julgando-a criticamente, tomando-a como um objeto contra o qual dirige seu sadismo⁶¹. Ou seja, além de proporcionar uma satisfação sádica ao sujeito, tal “autotortura” é um caminho indireto para vingar-se do objeto amado sem expressar abertamente sua hostilidade para com ele. Para Freud, a resposta ao enigma de como o ego pode suicidar-se – ou seja, consentir em sua própria destruição – reside, justamente, nesse sadismo:

Se o amor pelo objeto – um amor que não pode ser renunciado, embora o próprio objeto o seja – se refugiar na identificação narcísica, então o ódio entra em ação nesse objeto substitutivo, dele abusando, degradando-o, fazendo-o sofrer e tirando satisfação sádica de seu sofrimento. [...] A catexia erótica do melancólico no tocante a seu objeto sofreu assim uma dupla vicissitude: parte dela retrocedeu à identificação, mas a outra parte, sob a influência do conflito devido à ‘ambivalência’, foi levada de volta à etapa de sadismo que se acha mais próxima do conflito. (*Ibidem*, p. 256-257)

Análises e observações posteriores a respeito do suicídio são encontradas nos textos “O ego e o id” (1923/1987) e “O problema econômico do masoquismo” (1924/1987)⁶². Para compreender tais análises, é importante ter em vista a virada metapsicológica marcada pela publicação de “Além do princípio de prazer” (1920/1987), texto que propõe alterações nos

⁶¹ Nas palavras do autor: “[...] tudo que tem que ver com essas lutas devidas à ambivalência permanece retirado da consciência, até que o resultado característico da melancolia se fixe. Isso, como sabemos, consiste no abandono, por fim, do objeto pela catexia libidinal ameaçada, só que, porém, para recuar ao local do ego de onde tinha provindo. Dessa forma, refugiando-se no ego, o amor escapa à extinção. Após essa regressão da libido, o processo pode tornar-se consciente, sendo representado à consciência como um conflito entre uma parte do ego e o agente crítico” (*Ibidem*, p. 262).

⁶² Vale notar que Freud também faz observações a respeito do suicídio nos artigos “A psicogênese de um caso de homossexualismo numa mulher” (1920/1987) e “Psicanálise e telepatia” (1941[1920]/1987). No primeiro artigo, o psicanalista interpreta a tentativa de suicídio de uma jovem como a realização de uma autopunição (que seria uma punição indireta a outrem, um gesto de vingança) e a realização de um desejo. A jovem se jogara nos trilhos do bonde após o pai ter lhe dirigido um olhar enfurecido ao surpreendê-la passeando com a mulher por quem estava enamorada. Tal situação ocasionou uma discussão entre a jovem e sua amiga, que decidiu pôr fim à relação. A jovem interpretou sua tentativa de suicídio como um ato de desespero diante da perda da mulher que amava e da reprovação de seu pai. Freud, desprezando a interpretação da paciente, considera plausível interpretar o ato da jovem como a realização do desejo de ter um filho do pai (em alemão, “*niederkommen*”, pode significar tanto “cair” [nos trilhos do bonde] quanto “parir”) e como a realização do desejo de vingar-se dos pais, punindo-os por impedir seu amor (com a moça pela qual estava apaixonada e com o próprio pai) (cf. 1920/1987, p. 201-202). No segundo artigo, Freud apresenta alguns casos nos quais também aponta o desejo de vingança como um dos determinantes de tentativas de suicídio (cf. 1941[1920]/1987, p. 223-233).

fundamentos da teoria psicanalítica. Nesse artigo, observando que muitos pacientes apresentavam uma *compulsão à repetição* de experiências que lhe traziam desprazer⁶³, Freud conjectura sobre a possível existência de uma pulsão de morte: a tendência, presente em todos os seres vivos, de retornar a um estado inanimado; um impulso de anular toda e qualquer tensão, restabelecendo um estado de inércia. Com isso, as formulações de Freud deixam de girar em torno do eixo delineado pela tensão entre pulsões sexuais (pulsões do objeto) e pulsões de autoconservação (pulsões do eu) – reguladas pelo princípio de prazer – e passam a girar em torno do eixo delineado pela tensão entre pulsões de vida (*Eros*, que abarca tanto as pulsões de autoconservação quanto as pulsões sexuais) e pulsões de morte (posteriormente denominadas de *Thánatos*). Se a pulsão de morte é a tendência de toda vida orgânica de voltar ao estado inanimado, a pulsão de vida é a tendência de os seres vivos ligarem-se uns aos outros, ampliando e dando continuidade à vida. A pulsão de morte pode ter diferentes destinos: fundir-se à pulsão de vida, tornando-se “inofensiva”; ser desviada para o exterior como agressividade ou continuar seu trabalho interno no sujeito (1923/1987, p. 66).

Tal reformulação da teoria das pulsões engendra mudanças no modelo de aparelho psíquico, que serão sistematizadas alguns anos depois no artigo “O ego e o id” (1923/1987), divisor de águas entre a Primeira e a Segunda Tópica freudianas. Nesse texto, Freud substitui o modelo topográfico – que divide o aparelho psíquico em três instâncias com funções distintas (Inconsciente, Pré-consciente e Consciente) – pelo modelo estrutural – que divide o aparelho psíquico em três estruturas dinâmicas que interagem entre si (id, ego e superego). A introdução dos conceitos de pulsão de morte e superego dão novos matizes às análises freudianas a respeito do suicídio, uma vez que Freud passa a levantar a hipótese da existência de um masoquismo primário e não apenas secundário⁶⁴.

O superego é uma instância crítica que vincula o sujeito aos valores da sociedade e age como uma consciência moral, orientando o sujeito na vida coletiva e inibindo impulsos do id que sejam contrários aos valores estabelecidos em uma cultura. Ao mesmo tempo, as exigências e condenações do superego engendram no ego sentimentos de inferioridade e culpa. Para Freud, o superego é um resíduo das primeiras escolhas objetais do id e, ao mesmo tempo, uma formação reativa contra estas, pois é herdeiro do complexo de Édipo⁶⁵. Assim, ao mesmo tempo

⁶³ No que o reconhecimento de tal compulsão à repetição de experiências que provocam desprazer e sofrimento coloca questões ao princípio de prazer tal como foi postulado por Freud em seu primeiro modelo do aparelho psíquico.

⁶⁴ Como vimos, em seus escritos anteriores, Freud considerava que o masoquismo era sempre secundário – considerava que a autoagressão derivava de um sadismo anterior, deslocado em direção ao sujeito.

⁶⁵ Escreve Freud: “O superego, contudo, não é simplesmente um resíduo das primitivas escolhas objetais do id; ele também representa uma formação reativa enérgica contra essas escolhas. A sua relação com o ego não se

em que o superego é um representante do mundo externo – uma consciência moral regulada por valores, proibições e prescrições e figuras de autoridade internalizadas – também é expressão de fortes impulsos e vicissitudes libidinais do id (FREUD, 1923/1987, p. 47-49)⁶⁶.

Já o ego é descrito como uma “pobre criatura” fronteira e dependente, a qual, além de lidar com as exigências e ameaças vindas da libido do id e do mundo externo, tem de lidar com as ameaças e exigências vindas do superego (*Ibidem*, p. 68). Submisso a esses “três senhores”, o ego busca agradar a todos e mediar as relações entre eles. A identificação, a sublimação e a formação de sintomas são algumas das formas de mediação empregadas pelo ego. Por meio do trabalho de identificação e sublimação, o ego ajuda que as pulsões de morte do id obtenham controle sobre a libido, mas, com isso, expõe-se ao “risco de tornar-se objeto dos instintos de morte e de ele próprio perecer. A fim de poder ajudar desta maneira, ele teve que acumular libido dentro de si; torna-se assim o representante de Eros e, doravante, quer viver e ser amado” (*Ibidem*, p. 69). Tal luta contra a libido promove uma des fusão das pulsões de morte e de vida e uma subsequente liberação das pulsões de morte no superego. Com isso, o ego expõe-se aos maus tratos do superego:

Sofrendo sob os ataques do superego e talvez até mesmo a eles sucumbindo, o ego se defronta com uma sorte semelhante à dos protistas que são destruídos pelos produtos da decomposição que eles próprios criaram. Do ponto de vista econômico, a moralidade que funciona no superego parece ser um produto de decomposição semelhante. (*Ibidem*, p. 69)

Dizendo de outra maneira, para que os impulsos agressivos não se dirijam descomedidamente ao mundo externo, o ego faz um trabalho de sublimação, que resulta em uma des fusão pulsional: as pulsões de morte que estavam fusionadas às pulsões eróticas delas se desligam e são liberadas no superego. Na melancolia, esse processo de des fusão é hiperbolizado, fazendo com que o superego torne-se excessivamente forte e dirija sua ira contra

exaure com o preceito: ‘Você deveria ser assim (como o seu pai)’. Ela também compreende a proibição: ‘Você não pode ser assim (como o seu pai), isto é, você não pode fazer tudo o que ele faz; certas coisas são prerrogativas dele.’ Esse aspecto duplo do ideal de ego deriva do fato de que o ideal do ego tem a missão de reprimir o complexo de Édipo; em verdade é a esse evento revolucionário que ele deve a sua existência” (*Ibidem*, p. 47).

⁶⁶ Freud afirma “que o ego é formado, em grande parte, a partir de identificações que tomam o lugar de catexias abandonadas pelo id; que a primeira dessas identificações sempre se comporta como uma instância especial no ego e dele se mantém à parte sob a forma de um superego: enquanto que, posteriormente, à medida que fica mais forte, o ego pode tornar-se mais resistente às influências de tais identificações. O superego deve sua posição especial no ego, ou em relação ao ego, a um fator que deve ser considerado sob dois aspectos: por um lado, ele foi a primeira identificação, uma identificação que se efetuou quando o ego ainda era fraco; por outro, é o herdeiro do complexo de Édipo e, assim, introduziu os objetos mais significativos no ego. [...] Ele constitui uma lembrança da antiga fraqueza e dependência do ego, e o ego maduro permanece sujeito à sua dominação. Tal como a criança esteve um dia sob a compulsão de obedecer aos pais, assim o ego se submete ao imperativo categórico do seu superego” (*Ibidem*, p. 61).

o ego com violência: o sadismo entrincheira-se no superego e volta-se contra o ego, de forma que o superego passa a ser conduzido pela pulsão de morte, podendo impulsionar o ego à autodestruição (*Ibidem*, p. 65-66). Com a defusão pulsional, a agressividade que não pôde ser direcionada para o exterior “de carona” com as pulsões eróticas volta-se contra o ego – “quanto mais um homem controla a sua agressividade para com o exterior, mais severo – isto é, agressivo – ele se torna em seu ideal de ego” (*Ibidem*, p. 66)⁶⁷. As agressões do superego podem levar o ego a abandonar sua catexia libidinal narcísica: “o próprio ego se abandona porque se sente odiado e perseguido pelo superego, ao invés de amado. Para o ego, portanto, viver significa o mesmo que ser amado – ser amado pelo superego, que aqui, mais uma vez, aparece como representante do id” (*Ibidem*, p. 70).

Nesse artigo, temos uma descrição minuciosa de como opera o masoquismo secundário. Freud escreve que seria possível “representar o id como se achando sob o domínio dos silenciosos mas poderosos instintos de morte” (*Ibidem*, p. 71), mas ainda hesita em relacionar tendências autodestrutivas não apenas a um sadismo deslocado, mas também a um masoquismo primário. Tal ponto é tratado com mais assertividade no artigo “O problema econômico do masoquismo” (1924/1987)⁶⁸, em que, a partir da compreensão de que “jamais temos de lidar com instintos de vida puros ou instintos de morte puros, mas apenas com misturas deles, em quantidades diferentes” (*Ibidem*, p. 182), o psicanalista explica o masoquismo primário a partir de processos de fusão e defusão das pulsões de morte e de vida⁶⁹:

[...] pode-se dizer que o instinto de morte operante no organismo – sadismo primário – é idêntico ao masoquismo. Após sua parte principal ter sido transposta para fora, para os objetos, dentro resta um resíduo: seu masoquismo erógeno propriamente dito que, por um lado, se tornou componente da libido e, por outro, ainda tem o eu (*self*) como seu objeto. Esse masoquismo seria assim prova e remanescente da fase de desenvolvimento em que a coalescência (tão importante para a vida) entre o instinto de morte e Eros se

⁶⁷ Ou seja, a virulência e severidade da atitude do superego para com o ego são diretamente proporcionais à intensidade dos impulsos agressivos que atravessam o ego: “Seguindo nosso ponto de vista sobre o sadismo, diríamos que o componente destrutivo entrincheirou-se no superego e voltou-se contra o ego. O que está influenciando agora o superego é, por assim dizer, uma cultura pura do instinto de morte e, de fato, ela com bastante frequência obtém êxito em impulsionar o ego à morte, se aquele não afasta o seu tirano a tempo, através da mudança para a mania” (*Ibidem*, p. 65-66).

⁶⁸ O problema econômico ao qual o título se refere é o fato de que o masoquismo é incompreensível se presumimos que a vida mental é governada pelo princípio de prazer, cuja finalidade é justamente evitar o desprazer. Tal questão leva Freud a diferenciar três princípios distintos e conflitantes que regulam a vida mental: o princípio de prazer, que representa as exigências da libido; o princípio de realidade, que representa a influência do mundo externo e possibilita uma aquiescência temporária ao desprazer; e o princípio de constância ou de Nirvana, que representa a pulsão de morte e expressa uma tendência no sentido da estabilidade (cf. FREUD, 1924/1987, p. 177-179).

⁶⁹ Como vimos, a pulsão de morte percorre três caminhos distintos: uma parte do “instinto destruidor” é tornada inócua pela libido, que a desvia no sentido de objetos do mundo externo; outra parte é colocada a serviço da função sexual, originando o sadismo; e outra parte permanece dentro do organismo e lá fica libidinalmente presa, formando o masoquismo primário (*Ibidem*, p. 181).

efetuou. Não ficaremos surpresos em escutar que, em certas circunstâncias, o sadismo, ou instinto de destruição, antes dirigido para fora, projetado, pode ser mais uma vez introjetado, voltado para dentro, regredindo assim à sua situação anterior. Se tal acontece, produz-se um masoquismo secundário, que é acrescentado ao masoquismo original. (*Ibidem*, p. 182)

Para Freud, tais processos de fusão e des fusão pulsional – engendrados pela supressão cultural das tendências destrutivas do sujeito⁷⁰ – não apenas ajudam a compreender por que os sujeitos sentem prazer em experiências desprazerosas e vice-versa, mas também explicam por que mesmo impulsos destrutivos que jamais foram transpostos para o exterior têm um componente erótico: há uma tendência à autodestruição imanente ao sujeito (que não é apenas um sadismo deslocado, ou seja, um desejo de destruir o outro voltado para o eu), a qual, ao mesmo tempo em que é fonte de sofrimento, é fonte de satisfação libidinal (*Ibidem*, p. 188). Isso quer dizer, por exemplo, que o sujeito também encontra prazer nos atos suicidas, uma vez que estes atendem aos objetivos do princípio de constância de eliminar toda e qualquer tensão.

4. Malinowsky: o suicídio como meio de restaurar o equilíbrio social

Em “*Crime and custom in savage society*”, Bronislaw Malinowsky (1949) busca matizar uma polarização característica da antropologia da época, que ora descrevia os povos “não ocidentais” como sociedades anárquicas, ora como sociedades em que haveria uma hipertrofia da lei. Nesse sentido, o antropólogo se pergunta sobre como ocorre a observância das regras entre os trobriandeses do noroeste da Melanésia. Em um dos capítulos, o autor propõe que, como não haveria métodos institucionalizados para administrar a justiça, o suicídio e a feitiçaria seriam meios de restaurar o equilíbrio social e canalizar sentimentos individuais de opressão e injustiça, considerando que ambos seriam:

[...] meios para manter os indígenas na estrita observância da lei, meios de impedir as pessoas de comportar-se de forma extrema e inusitada. Ambos são influências conservadoras pronunciadas e, como tais, são fortes apoios da lei e da ordem. (*Ibidem*, p. 98)

⁷⁰ Freud escreve: “A volta do sadismo contra o eu (self) ocorre regularmente onde uma supressão cultural dos instintos impede que grande parte dos componentes instintuais destrutivos do indivíduo seja exercida na vida. Podemos supor que essa parte do instinto destrutivo que se retirou aparece no ego como uma intensificação do masoquismo. Os fenômenos da consciência, contudo, levam-nos a inferir que a destrutividade que retorna do mundo externo é também assumida pelo superego, sem qualquer transformação desse tipo, e aumenta seu sadismo contra o ego. O sadismo do superego e o masoquismo do ego suplementam-se mutuamente e se unem para produzir os mesmos efeitos. Só assim, penso eu, podemos compreender como a supressão de um instinto pode, com frequência ou muito geralmente, resultar em um sentimento de culpa, e como a consciência de uma pessoa se torna mais severa e mais sensível, quanto mais se abstém da agressão contra os outros” (*Ibidem*, p. 187).

A saber, o autor considera que a feitiçaria agiria como uma força legal, sendo usada para garantir o cumprimento das regras previstas pela “lei tribal” e prevenindo o uso da violência. Assim, a feitiçaria seria uma força eminentemente conservadora, que garantiria a manutenção do *status quo*⁷¹. O suicídio, por sua vez, não seria uma instituição puramente jurídica e teria aspectos legais distintos da feitiçaria, dado que não seria uma maneira de “administrar a justiça”, mas ofereceria àqueles que foram acusados de algum crime uma maneira de escapar a suas obrigações ou expiar seus crimes; ofereceria àqueles que se sentiram ofendidos vingar-se ou protestar frente a uma situação ultrajante⁷².

5. Devereux: as teorias etiológicas mohave sobre o suicídio

No livro “*Mohave ethnopsychiatry and suicide: the psychiatric knowledge and the psychic disturbances of an indian tribe*”, Georges Devereux (1961) investiga as teorias etiológicas mohave sobre os suicídios. Além de observar que “[...] certas ocorrências e atividades vistas pelos Mohave (povo nativo da região do Rio Colorado, nos EUA) como suicídios [por exemplo, bebês natimortos e eventos em que, de um ponto de vista biomédico, a pessoa não morre nem fica doente] não são suicídios no sentido moderno, científico da palavra” (*Ibidem*, p. 290), o etnopsiquiatra nota que todas as mortes eram interpretadas por seus interlocutores como suicídios ou assassinatos⁷³. Para o autor, explicar a origem da morte em termos de assassinato ou suicídio consiste em uma defesa psíquica contra a desagradável constatação de que o “homem” é mortal⁷⁴. Tal defesa seria mobilizada nas mais diversas culturas, inclusive na ocidental: “de acordo com a teoria freudiana do instinto de morte, a morte prototípica é o suicídio, enquanto que, de acordo com muitas mitologias, a morte é trazida à

⁷¹ Tendo isso em vista, o antropólogo fala dos efeitos nefastos da perseguição à feitiçaria empreendida por missionários e agentes do Estado colonial: se a feitiçaria é o principal instrumento para a manutenção da lei e da ordem nestas sociedades, sua proibição/perseguição leva à “anarquia e atrofia moral e, a longo termo, à extinção da cultura e da raça” (*Ibidem*, p. 93).

⁷² Nas palavras do autor: “Dois motivos devem ser registrados na psicologia do suicídio: primeiro, há sempre algum pecado, crime ou roubo passional a expiar, seja uma violação de regras exogâmicas, seja um adultério, seja uma injúria injusta ou uma tentativa de escapar das próprias obrigações; em segundo lugar, há um protesto contra aqueles que trouxeram à luz esta transgressão, insultaram o culpado em público, forçaram-no a viver uma situação insuportável. Às vezes, um desses dois motivos pode ser mais proeminente que o outro, mas via de regra há uma mistura de ambos em proporções iguais” (*Ibidem*, p. 97).

⁷³ Segundo o autor, a morte prototípica entre os mohave é um suicídio vicário, ou seja, um assassinato outorgado pela própria vítima. Conta um mito Mohave que, no início dos tempos, a morte foi criada pelo demiurgo Mataviliye, que decidiu morrer para que o mundo não ficasse populoso demais. Assim, Mataviliye fez com que fosse morto pelo feitiço de outrem. A morte inaugural e ambígua de Mataviliye (que pode ser vista tanto como assassinato quanto como suicídio) vem se replicando desde então, de forma que toda morte “por causas naturais” deriva, na verdade, de impulsos suicidas ou de assassinatos.

⁷⁴ Escreve Devereux: “A tentativa de fazer o inevitável aparecer como um produto de nossa própria vontade é, assim, uma defesa megalomaniaca contra a realização da inevitável mortalidade do homem” (*Ibidem*, p. 288). “É desnecessário dizer que a teoria Mohave do suicídio é apenas mais uma variação cultural da grande relutância humana, ou até mesmo incapacidade básica, de acreditar em sua própria morte e permanente fim” (*Ibidem*, p. 303).

existência através de um assassinato ou seu equivalente” (*Ibidem*, p. 288). Tendo isso em vista, o autor descreve inúmeros “tipos” de suicídio que ocorriam entre os mohave⁷⁵, dentre os quais discutirei aqueles que trazem questões pertinentes a esta dissertação: os suicídios por amor; os suicídios relacionados à aculturação; e os suicídios culturalmente previstos na sociedade mohave, a saber, suicídio por enlutamento, suicídio vicário e suicídio fúnebre.

Para o autor, o contato com não indígenas teria afetado a forma como os Mohave relacionavam-se amorosamente, o que teria contribuído para o aumento da taxa de “suicídios por amor” (*Ibidem*, p. 104). Tais suicídios, que ocorriam logo após conflitos ou decepções amorosas, decorreriam de um maior isolamento do sujeito em relação ao grupo, que favoreceria uma catexia altamente individualizada no objeto. As mudanças nos relacionamentos amorosos, assim, seriam expressão de transformações estruturais na sociedade mohave: segundo Devereux, a ancoragem principal do indivíduo mohave deixara de ser comunitária; as pessoas, cada vez mais, ancoravam-se em relações subjetivas com um número limitado de pessoas emocional e materialmente significativas. Com isso, quanto mais investidos eram os vínculos com pessoas específicas, mais brutal era sua perda, fazendo com que o impacto da rejeição ou separação de uma pessoa emocionalmente significativa passasse a ter a mesma intensidade que uma rejeição por toda a sociedade. Assim, afirma o autor, se antes do contato mais ostensivo com os não indígenas os Mohave apenas se suicidavam quando seus laços com a sociedade como um todo estivessem prejudicados, a partir dos anos 1930, as pessoas mohave passaram a se suicidar quando os laços com apenas uma pessoa se rompiam (*Ibidem*, p. 294)⁷⁶.

Além das mudanças nos relacionamentos amorosos, Devereux relaciona os suicídios a outras mudanças socioculturais entre os Mohave, observando que ondas de suicídio passaram a acontecer quando diversos grupos indígenas foram violentamente confinados em reservas pelos colonos e lhes foi negado o acesso a seus meios tradicionais de dirigir sua agressividade contra estrangeiros (o que teria feito com que passassem a dirigir essa agressividade contra si mesmos). Além disso, o etnopsiquiatra aponta que novas dinâmicas interpessoais surgiram sem

⁷⁵ O autor discrimina “tipos” diferentes de suicídio entre os mohave, mas aponta aspectos comuns a todos eles: 1) o suicídio resulta de uma agressão que, em um primeiro momento, é dirigida aos outros e, em seguida, dirigida contra si mesmo (*Ibidem*, p. 39); 2) pessoas enraivecidas e frustradas tendem a identificar-se com pessoas que se mataram, principalmente se a pessoa que morreu por suicídio era um parente, amigo próximo ou estava em situação semelhante à da pessoa. Esse fator é atribuído por Devereux como o responsável pelos suicídios que acontecem em *cluster* (*Ibidem*, p. 470); 3) os Mohave parecem ver o suicídio como um meio para um fim, mais do que uma ação autocontida. Aparentemente, os “suicidas” Mohave buscam algo melhor do que a vida atual, mais do que buscam escapar de um sofrimento atual (*Ibidem*, p. 296).

⁷⁶ Isso ficaria evidente, pois, como lhe disse um interlocutor, antes as pessoas não se apaixonavam: “Como disse um informante instruído: 'Hoje em dia as pessoas cometem suicídio quando se decepcionam no amor. Nos tempos aborígenes, as pessoas, via de regra, não se apaixonavam tão intensamente; eles tinham muitos outros interesses na vida’” (*Ibidem*, p. 321).

que houvesse defesas psíquicas culturalmente instituídas para lidar com elas⁷⁷. A todas essas dificuldades, somava-se a impossibilidade de viver o lazer, que outrora era vivido nas festas, guerras e outras atividades grupais. Além disso, Devereux argumenta que a colonização teria operado uma espécie de revolução copernicana no mundo mohave, provocando uma mudança brutal de tamanho e centro de gravidade. Quanto maior e mais desconhecido o mundo ficava, mais estreito ficava o lugar dos mohave nele (*Ibidem*, p. 320). Os mohave passavam a ser vistos e ver a si mesmos como pobres e inferiores em relação aos brancos e constatavam que o mundo em que doravante viviam estava absolutamente fora de seu controle:

[...] não mais no controle de seu próprio destino, [os Mohave] começaram a se sentir menos responsáveis por ele e começaram a buscar fugas onde antes buscavam compromissos e responsabilidades dentro de seu 'universo', que controlavam como o principal poder militar e modelo cultural de sua subárea cultural. (*Ibidem*, p. 318)

Além dos suicídios relacionados aos impactos da colonização, Devereux descreve tipos de suicídio que seriam culturalmente previstos na sociedade mohave: suicídio por enlutamento, suicídio vicário e suicídio fúnebre. Seus interlocutores atribuíam a responsabilidade de tais mortes a assassinos: mortos, estrangeiros, seres “alienígenas” e feiticeiros eram considerados assassinos em potencial, pois tentavam seduzir os vivos para seu mundo. Segundo o autor, os suicídios por enlutamento, vicário e fúnebre seriam formas de lidar com a hostilidade inconsciente suscitada pela morte de um ente amado.

Nos casos de suicídio por enlutamento, esta imbricação de suicídio e assassinato estaria perfeitamente de acordo com a teoria psicanalítica sobre os mecanismos psíquicos básicos de luto descritos por Freud (1915) em “Luto e melancolia” (*Ibidem*, p. 328). Nesses casos, seus interlocutores relatavam que as mortes eram causadas por um parente morto, que chamava a pessoa para seu mundo por saudades ou ressentimento. Devereux defende que tal interpretação seria um “caminho institucionalizado” na cultura mohave para, inconscientemente, projetar nos mortos a própria agressividade e ressentimento. Assim, o medo dos mortos relatado pelos Mohave decorreria da repressão do componente agressivo da ambivalência inconsciente vivida pelas pessoas diante da perda de entes amados.

O autor defende essa ideia afirmando que 1) os Mohave tendem a interpretar qualquer morte como um ato voluntário (tendem a compreender mortes “por causas naturais” como

⁷⁷ Assim, por exemplo, frente a conflitos supostamente banais – como situações em que os pais ou professores repreendiam (*tacked*) os jovens – estes não encontrariam meios culturais para lidar com as reprimendas. Devereux afirma que a intolerância dos jovens Mohave frente a reprimendas (*tacking*) se deveria ao fato de a reprimenda ter um caráter anal, enquanto que a analidade não faria parte do sistema de valores Mohave (*Ibidem*, p. 474).

suicídios), de forma que, para os vivos, a morte de alguém próximo é experimentada como uma deserção ou abandono; e 2) depois de morrer, aquele que era fonte de amor se torna um ser extremamente perigoso e parasitário para os vivos, que tende a violar padrões éticos básicos – pode inclusive atrair os vivos para seu mundo, provocando novas mortes por suicídio. Para Devereux, tais aspectos expressariam defesas paranoicas à ansiedade e ao ressentimento gerados pela morte de um ente querido, ou seja, indicariam que os Mohave atribuem aos mortos as próprias reações de luto e a própria relutância em romper os antigos vínculos e hábitos (*Ibidem*, p. 176); e que os Mohave outorgam aos mortos a própria agressividade e a realização de desejos inibidos em sua cultura⁷⁸.

Além dos suicídios cujo responsável é um parente morto, há os suicídios que Devereux denomina “vicários”, em que os assassinos são feiticeiros. Nesses casos, a vítima que morre por feitiço suicida-se, pois coopera com o feiticeiro ao apaixonar-se por ele e, assim, deixar-se morrer. Para o autor, esta seria uma maneira propriamente mohave de lidar com um conflito humano universal: a tensão entre o instinto de autopreservação e os impulsos autodestrutivos gerados pela frustração de necessidades libidinais⁷⁹. Os impulsos autodestrutivos, afirma Devereux, ocorrem quando uma agressão direcionada a um objeto externo que frustrou necessidades libidinais do sujeito é inibida ou frustrada e volta-se contra o próprio sujeito como uma força “alienígena”. Assim, todos os suicídios implicariam uma dissociação do ego: uma parte seria a vítima, e outra, o assassino. O suicídio vicário seria uma das formas de o sujeito defender-se da enorme angústia decorrente dessa dissociação: ao levar outra pessoa a ocupar o lugar de assassino, o sujeito mantém sua unidade psíquica como vítima. Assim, a vítima do feiticeiro, tão apaixonada por seu assassino que deixa de se relacionar com os vivos e passa a

⁷⁸ Nas palavras do autor: “[...] as ansiedades de separação e a depressão do luto do próprio enlutado são, por assim dizer, atribuídas e projetadas sobre os mortos, de modo que, por meio de uma manobra paranóica típica, o enlutado parece dizer: ‘Não me sinto mais preso a você e apenas procuro te esquecer; é você que anseia por mim e tenta me atrair para a terra dos mortos’” (*Ibidem*, p. 187).

⁷⁹ Note que Devereux remete à primeira tópica freudiana. Este faz críticas ferrenhas à segunda tópica freudiana: “A *teoria psicanalítica* interpreta o suicídio de duas maneiras. A tendência mais recente é ver o suicídio como a implementação final de uma autoagressão instintiva primária, que pode, em teoria, existir mesmo na ausência de qualquer frustração (FREUD, 1922; MENNINGER, 1938). Seja essa teoria verdadeira ou falsa – e há razões para supor que seja falsa (FENICHEL, 1953) – simplesmente não é proveitosa no discurso antropológico, pois coloca a motivação última do suicídio totalmente fora do âmbito da cultura. Um antropólogo que aceitasse essa teoria poderia, no máximo, discutir apenas os fatores sociopsicológicos responsáveis pela *desinibição* deste suposto ‘instinto’. Em contraste, a teoria psicanalítica anterior do suicídio (FREUD, 1930 [1905]), que postula a sequência: necessidades libidinais – frustração – agressão dirigida a um objeto externo – frustração ou inibição dessa agressão – agressão dirigida a si mesmo, oferece um amplo alcance às interpretações antropológicas das verdadeiras motivações do suicídio. Embora esse fato não prove *necessariamente* a falsidade da teoria antropológicamente inexplorável do ‘instinto primário de morte’, um antropólogo pode defender sua preferência pela teoria anterior em bases heurísticas satisfatórias” (*Ibidem*, p. 295, grifos do autor).

depositar todos os seus afetos no feiticeiro, faria uma espécie de “identificação com o agressor”⁸⁰.

Para Devereux, o fenômeno do suicídio vicário demonstraria como crenças culturais institucionalizadas podem ser fortes o bastante para neutralizar o instinto de autopreservação (*Ibidem*, p. 378). A saber, o sistema de feitiçaria mohave faria com que impulsos suicidas inconscientes pudessem ser atualizados de uma maneira aprovada socialmente:

O ponto teórico geral a ser feito neste contexto é que as crenças culturalmente aceitas frequentemente servem para racionalizar e justificar impulsos inconscientes, tornando possível sua atualização em comportamento manifesto. Essa descoberta se aplica tanto à atuação de conflitos ou impulsos neuróticos ou psicóticos quanto ao reforço cultural ou à ativação de defesas contra tais conflitos ou impulsos. (*Ibidem*, p. 396)

Em muitos casos, o enlutado Mohave controla sua hostilidade inconsciente em relação ao morto projetando seus desejos de morte sobre um feiticeiro, que supostamente matou o falecido por feitiçaria. É um truísmo psicológico que uma acusação tão objetivamente irrealista seria feita apenas por alguém que se esforça em negar suas próprias hostilidades e o faz projetando-as em outra pessoa. (*Ibidem*, p. 447)

Segundo Devereux, os rituais fúnebres seriam outra forma institucionalizada de canalizar essa hostilidade inconsciente. Tais rituais seriam catárticos, servindo para dar contorno à crise social e à desorganização psíquica instauradas pela morte: ajudariam os Mohave a esquecer de seus mortos, pois permitiriam uma ab-reação do luto e da hostilidade inconscientes, facilitando um desligamento em relação ao morto (*Ibidem*, p. 190). Ao intensificar amplamente os comportamentos de luto durante o funeral, esses rituais promoveriam comportamentos regressivos, permitindo uma ab-reação instantânea e massiva do luto e de impulsos destrutivos e autodestrutivos (*Ibidem*, p. 452). Assim, o costume de queimar todos os pertences do morto (que, em sua maioria, também pertenciam aos enlutados), bem como o gesto frequente de se jogar na pira funerária, evidenciariam impulsos autoagressivos e masoquistas:

É psicologicamente necessário presumir que essa autoagressão e/ou autoempobrecimento ocorrem em resposta à suposta hostilidade e súbita possessividade do morto, cuja morte é – ao menos inconscientemente – aparentemente apreendida como uma agressão contra os vivos, que perdem não apenas um parente, mas também o uso de sua propriedade. (*Ibidem*, p. 447)

⁸⁰ A saber, aquele que morre por suicídio vicário inconscientemente equipararia seu assassino a seus pais: seus impulsos suicidas se fundamentariam em fantasias infantis relacionadas à percepção de mau/bom (tal qual o bebê que classifica a realidade de acordo com suas experiências de prazer e desprazer e precisa da mãe, seja ela boa ou terrível) (*Ibidem*, p. 374-375).

Diferentemente do suicídio por enlutamento e do suicídio vicário, o suicídio fúnebre mohave (em que a pessoa morre por se jogar na pira funerária de um parente) é descrito por Devereux como um gesto público e ritual, desprovido de motivação subjetiva: “o suicídio fúnebre é um ritual e não um ato impulsivo, e que é motivado principalmente por considerações escatológicas e expectativas sociais, e não por uma depressão aguda de luto” (*Ibidem*, p. 436). Ao mesmo tempo, considerando que, de um ponto de vista psicanalítico, os costumes fúnebres de diferentes culturas seriam, no limite, formas simbólicas de suicídio – seriam reações de luto que envolveriam uma identificação com alguém que está (ou que se fantasia estar) morto –, Devereux afirma:

De fato, quase todos os costumes fúnebres [...] simbolizam, de uma forma ou de outra, a morte total ou parcial dos enlutados e podem ser vistos como uma espécie de chantagem praticada pelos mortos sobre os vivos [...]. Assim, de modo geral, somos levados a concordar com a visão de Mauss (1925) de que o suicídio é, em um sentido social, a “prestação suprema” exigida dos vivos. À luz da crença Mohave, o suicídio é, portanto, simplesmente o meio mais rápido e dramático de alcançar a reunião dos vivos com os mortos e de prestar homenagem a eles.” (*Ibidem*, p. 465)

Em meio a longas discussões sobre os suicídios, as concepções de mundo e as particularidades da personalidade mohave, Devereux afirma não ter dados o suficiente para afirmar se os suicídios entre os mohave teriam um caráter predominantemente psicótico ou depressivo:

Em termos dessa concepção da personalidade Mohave, o suicida Mohave não parece ser uma pessoa que nega o mundo e procura destruí-lo destruindo a si mesmo, que percebe o mundo. Assim, tende-se a supor que o mecanismo psíquico subjacente ao ato suicida é uma depressão e não uma fantasia quase catatônica de destruição do mundo, implementada pelo suicídio. Por outro lado, os próprios Mohave parecem sentir que o suicídio é cometido principalmente por crianças muito pequenas e por pessoas que mostram certas tendências marcadamente regressivas e infantis. Portanto, não é totalmente impossível que pelo menos alguns suicídios, ou atos autodestrutivos, na sociedade Mohave, possam ser tentativas inconscientes de escapar de um verdadeiro surto psicótico. (*Ibidem*, p. 301)

6. Shneidman: o suicídio como tentativa de aplacar uma dor psíquica intolerável

Edwin Shneidman é conhecido como o fundador da suicidologia, disciplina que estuda o suicídio e sua prevenção. Além de pesquisar sobre suicídios “concluídos”⁸¹, a suicidologia visa elaborar intervenções clínicas e institucionais voltadas à prevenção do suicídio. De acordo com Leenaars (1999), a obra de Shneidman apresenta cinco enfoques complementares a respeito do suicídio: trabalhos baseados nas cartas de despedida deixados por pessoas que se suicidaram, trabalhos teóricos e conceituais, trabalhos sobre aspectos clínicos e comunitários, trabalhos discutindo questões administrativas e programáticas e trabalhos sobre autópsia psicológica e posvenção.

O psicólogo clínico norte-americano voltou sua atenção para a temática do suicídio em 1949. Na época, trabalhava em um hospital que acolhia veteranos de guerra, e foi solicitado a escrever cartas de condolência para viúvas de soldados que se haviam suicidado. Para escrever tais cartas, foi buscar mais informações sobre os soldados mortos na instituição legista da cidade e deparou-se com centenas de cartas deixadas por pessoas que se haviam suicidado. Por muitos anos, estudou com afinco as cartas de despedida, considerando-os caminhos privilegiados para a compreensão da mente de pessoas que morrem por suicídio, desde que colocadas em contexto (ou seja, desde que compreendidas a partir da vida e da personalidade da pessoa) (SHNEIDMAN, 1980a).

Além das pesquisas baseadas nas cartas de despedida, Shneidman fez uma ampla reflexão teórico-conceitual a respeito dos atos de suicídio. No livro “*Definition of suicide*” (1985), o autor defende uma definição eminentemente psicológica para o suicídio – o que não exclui aspectos socioculturais, filosóficos e biológicos⁸²:

Atualmente, no mundo ocidental, o suicídio é um ato consciente de aniquilamento autoinfligido, melhor entendido como um mal-estar multidimensional vivido por um indivíduo necessitado que define uma questão para a qual o suicídio é percebido como a melhor solução. (*Ibidem*, p. 271)

Shneidman esmiúça tal definição, explicando cada palavra empregada. Aponta, assim, que os sentidos e significados do evento suicida são necessariamente contextualizados

⁸¹ Shneidman propõe falar em suicídios concluídos (*completed suicides*) e em atos suicidas (*suicidal acts*) para evitar termos como “suicídios bem-sucedidos”, “tentativas de suicídio” e “ameaça de suicídio”. O autor aponta que palavras como “tentativa” e “ameaça” são frequentemente empregadas com uma forte conotação recriminatória, pejorativa e aviltante.

⁸² Se, por um lado, afirma Shneidman, o suicídio é um evento multifacetado no qual “estão presentes, em vários graus, elementos biológicos, culturais, sociológicos, interpessoais, intrapsíquicos, lógicos, conscientes, inconscientes e filosóficos”, por outro lado, “o elemento essencial de cada evento suicida é psicológico; ou seja, cada drama suicida ocorre na mente de um indivíduo único. O suicídio é intencional [*purposive*]. Seu objetivo é responder ou corrigir certas necessidades psicológicas” (*Ibidem*, p. 335).

histórica⁸³ e culturalmente. O autor alerta, por exemplo, para o erro de se presumir o suicídio como um fenômeno autoevidente em estudos transculturais⁸⁴. Além disso, o psicólogo explica que a afirmação de que o suicídio é um ato consciente não visa diminuir a importância das dinâmicas inconscientes subjacentes, mas sim ressaltar que, “por definição, o suicídio só pode ocorrer quando um indivíduo tem [...] alguma intenção consciente de terminar a sua vida” (*Ibidem*, p. 273). Para o autor, o sustentáculo da definição de suicídio é a palavra “autoinfligido”: “se o suicídio é alguma coisa, é uma *mort ius dese*, uma morte por si mesmo” (*Ibidem*, p. 275). Assim, o suicídio seria um ato conscientemente autoinfligido que provoca justamente a extinção da consciência (sendo uma extinção distinta de uma interrupção da consciência, a qual ocorreria, por exemplo, em estados como o sono e o coma). Shneidman observa que tal aniquilação da consciência não é vivida pelo sujeito, mas apenas provocada por ele, dado que um morto jamais poderia viver algo. Tal ponto leva o autor a refletir sobre os propósitos da pessoa que realiza o ato suicida.

Para o autor, apesar de o suicídio resultar em aniquilamento, é frequente que a pessoa que se suicida não busque o fim de si mesma, mas busque apenas dar fim ou escapar de um sentimento perturbador e insuportável. A pessoa que realiza o ato suicida, segundo Shneidman, vive um profundo mal-estar para o qual não encontra outra solução além do suicídio. Tendo isso em vista, o ato de “suicídio é melhor entendido não como um pecado, não como um crime, e certamente não como uma doença” (*Ibidem*, p. 277), mas sim como um estado de ser, um mal-estar. Aqui, o autor contrapõe-se à ideia de que a maior parte dos sujeitos que se suicidam teria necessariamente algum transtorno psiquiátrico, argumentando que aquilo que necessariamente subjaz a um ato suicida é um estado elevado de *perturbação* que atinge a maneira com que a pessoa se acostumou a estar no mundo⁸⁵.

⁸³ Escreve o autor: “Por exemplo, se fosse possível, não bastaria simplesmente comparar as taxas de suicídio na Roma pré-cristã com as taxas de suicídio na Roma atual. O significado deste ato para a pessoa que o fez e para as testemunhas contemporâneas é muito diferente daquele da Roma pré-cristã. Eu acredito que a definição de suicídio oferecida neste livro seria anacrônica e não seria aplicável sem modificações apropriadas até mesmo para suicídios tão recentes quanto aqueles que ocorreram no século XIX” (*Ibidem*, p. 272).

⁸⁴ Segundo Shneidman: “Há publicações de estudos sobre suicídios na África (BOHANNAN, 1960), em Hong Kong (YAP, 1958) e em outros lugares do mundo. Acredito que esta definição proposta é aplicável apenas ao mundo ocidental (que pode muito bem, em certas circunstâncias, incluir o Japão e outros países). Mas essa advertência precisa ser feita para que comparações transculturais não façam o erro de assumir que um suicídio é um suicídio” (*Ibidem*, p. 272).

⁸⁵ Escreve o autor: “A questão é que um indivíduo em seu estado normal ou modal de estar-no-mundo (o que significa estar em seu mundo costumeiro) nunca comete suicídio. Uma perturbação elevada é o gatilho, o *sine qua non*, o componente onipresente do ato suicida” (*Ibidem*, p. 299-300). Dessa forma, para avaliar os riscos que uma pessoa tem em suicidar-se, Shneidman propõe analisar dois *continuum*: a letalidade (o quão orientado para a morte o indivíduo está) e a perturbação (o quão desorganizado e atormentado o indivíduo está). Na clínica, o autor sugere que, em vez de centrar-se diretamente na letalidade, é mais eficaz buscar, em um primeiro momento, ajudar a pessoa a reduzir o nível de perturbação, o que, por conseguinte, reduzirá o nível de letalidade. Isso requer que o manejo clínico não se limite a intervenções no consultório, mas inclua intervenções ambientais, que provoquem

Tal perturbação coincide com uma situação na qual necessidades fundamentais do sujeito não estão sendo satisfeitas⁸⁶. O ato suicida, nessa perspectiva, é uma tentativa de satisfazer ou acabar com tais necessidades: “há muitas mortes sem sentido mas não pode nunca haver um suicídio sem necessidade” (*Ibidem*, p. 279)⁸⁷. Para o autor, a intencionalidade implicada em um ato de suicídio (a intenção de responder a necessidades psicológicas urgentes) evidencia seu caráter eminentemente individual, o que, como foi dito anteriormente, não anula a importância de aspectos sociais, econômicos, culturais e interpessoais⁸⁸. Os suicídios refletem pressões sociais, são atos aprendidos e são, a um só tempo, eventos individuais e diádicos, pois envolvem outro significativo⁸⁹.

Shneidman observa que o estado elevado de perturbação subjacente ao ato suicida se manifesta em uma excessiva distorção da percepção do sujeito – a pessoa experimenta um estreitamento de seu campo de percepção de uma dada situação e, logo, de seu campo de possibilidades⁹⁰. Tal afunilamento da experiência – que o autor posteriormente nomeia de “*tunnel vision*” (1998) – faz com que, diante de uma questão-problema⁹¹, as soluções que aparecem para o sujeito como possibilidades de resolução tornem-se cada vez mais circunscritas. Com menos alternativas disponíveis à consciência, o suicídio vai tornando-se

mudanças nas relações interpessoais, nas relações de trabalho, no cuidado com a saúde etc. Assim, fica evidente como é importante compreender o suicídio como um evento multidimensional que requer abordagens multidisciplinares.

⁸⁶ Aqui, o autor refere-se às necessidades psicogênicas de Murray (1938).

⁸⁷ No original, de difícil tradução: “There are many pointless deaths but there can never be a needless suicide”.

⁸⁸ Para Shneidman, o suicídio seria um ato individual porque intencional (cujo propósito é atender a necessidades psicológicas não satisfeitas): “Todos os suicídios são atos individuais. Não obstante, refletem graus de pressão social ou de grupo. No limite, todo suicídio pode ser considerado institucional ou social até certo ponto, no sentido de que o indivíduo aprendeu sobre isso. Não há registros de uma pessoa feral (ou seja, uma pessoa criada por animais) que tenha cometido (ou seja, inventado) suicídio” (*Ibidem*, p. 279). No entanto, afirma o autor, “A ênfase no indivíduo não exclui de forma alguma o interesse e a preocupação com as forças sociais (incluindo econômicas) e especialmente culturais, pois elas residem ou giram dentro da psique individual” (*Ibidem*, p. 281).

⁸⁹ Além da maior parte dos dramas suicidas serem protagonizados por duas pessoas próximas (como pai e filho, amante e amante, irmão e irmão), levar o caráter diádico do suicídio em consideração é muito importante para a prevenção e posvenção do suicídio. Como veremos adiante, na perspectiva de Shneidman, na prevenção, é importante abordar e intervir na tensão entre a pessoa com risco de suicídio e seu outro significativo (mãe, cônjuge, irmão etc.), frequentemente fazendo um trabalho também com essa outra pessoa. Já na posvenção, é necessário trabalhar com os sobreviventes e com a vítima (fazendo a autópsia psicológica etc.).

⁹⁰ “Mais especificamente, essa perturbação é manifestada por uma constrição e estreitamento do ‘diafragma’ perceptivo na câmara da mente. Há um estreitamento, um túnel e um fechamento – muito mais luz é necessária para uma formar uma ‘imagem’ do senso comum a respeito do que está acontecendo. Isso significa que o próprio ato de definir é feito com alguma constrição e não da maneira relativamente mais aberta de que aquele indivíduo é capaz. Operacionalmente, significa que menos opções do que normalmente ocorreriam a esse indivíduo estão presentes para a consideração da mente perturbada.” (*Ibidem*, p. 282)

⁹¹ Ciente de que as causas do suicídio são múltiplas e estratificadas, Shneidman aponta para os riscos de reduzir a questão (*issue*) que aparece como primordial para a pessoa suicida a um único evento traumático ou reduzir o drama suicida a uma única questão. No entanto, o autor ressalta que “os fatores inconscientes (a psicodinâmica), que reconhecidamente desempenham um papel importante no drama suicida como um todo, desempenham seu papel indiretamente ao tornar aquilo poderia ser um problema na vida de um indivíduo o *problema* em torno do qual esse indivíduo conduz um debate de vida ou morte” (1985, p. 282).

uma opção que preenche cada vez mais o campo de visão do sujeito, parecendo cada vez mais inescapável. O ato suicida, assim, começa a aparecer para a pessoa como a única alternativa para escapar de uma situação intolerável, como a melhor solução para uma questão-problema cada vez mais incontornável.

Em um trabalho posterior, Shneidman denomina a perturbação originada pela não satisfação de necessidades psicológicas de “*psychache*”, uma pungente dor psíquica (1993). Para o autor, o elemento-chave para a compreensão do suicídio é essa dor psíquica (*psychache*) – os demais estados afetivos usualmente relacionados ao suicídio (como depressão, vergonha, raiva, hostilidade, culpa, desesperança etc.) são relevantes apenas quando se consegue compreendê-los em relação à dor psíquica intolerável. Quando essa dor ultrapassa os limites do suportável, *que variam para cada pessoa*, o sujeito se suicida⁹².

Partindo dessa concepção do ato de suicídio como uma tentativa de aplacar uma dor psíquica intolerável, Shneidman (1980b *apud* LEENAARS, 1999, p. 367-368) estabelece protocolos para a atuação de psicoterapeutas no tratamento de pacientes com ideações suicidas. O suicidólogo considera que o manejo clínico de pacientes com risco de suicídio deve ser distinto daquele realizado com os pacientes em geral. Shneidman recomenda, por exemplo, que um psicoterapeuta que receba um paciente com ideações suicidas em seu consultório avalie em primeiro lugar a contratransferência. Se houver alguma dificuldade contratransferencial importante, o psicoterapeuta deve considerar o encaminhamento do paciente para outro profissional. Tendo avaliado a contratransferência, o foco inicial das consultas deve ser a avaliação da “letalidade mental” do paciente (o quão orientado para a morte está o sujeito). Caso a letalidade esteja alta, o clínico deve intervir de forma a apaziguar a dor do sujeito (reduzir o nível de perturbação), o que fará com que o nível de letalidade também diminua, pois é a perturbação/dor psíquica que engendra a letalidade. Para diminuir a dor psíquica, é necessário, em um primeiro momento, atenuar (*to mollify*) as necessidades do sujeito, reestabelecendo um equilíbrio vital mínimo⁹³. Uma vez que o nível de letalidade tenha diminuído, o manejo habitual pode ser empregado.

⁹² Shneidman escreve: “o suicídio é causado pela *psychache* (sīk-āk; duas sílabas). *Psychache* refere-se à ferida, angústia, sofrimento, dor na psique, a mente. Ela é intrinsecamente psicológica – a dor de um sentimento excessivo de vergonha, culpa, humilhação, solidão, medo, angústia, temor de envelhecer ou de morrer mal etc. Quando ocorre, sua realidade é inegável de um ponto de vista introspectivo. O suicídio acontece quando a *psychache* é considerada pela pessoa como insuportável. Isso significa que o suicídio também tem a ver com diferentes limites individuais para suportar a dor psíquica” (1993, p. 145, grifos do autor).

⁹³ Uma forma de atenuar a dor e diminuir a letalidade do sujeito descrita por Shneidman nesse artigo é intervir de forma a “afrouxar os antolhos” do paciente, diminuindo seu afunilamento existencial. Shneidman relata um caso de uma moça que estava grávida cujo discurso girava em torno de algo como: “Só posso continuar a viver se não estiver grávida. Ou não estou grávida, ou estou morta. Não poderia nunca abortar, então a única alternativa que me resta é matar-me”. A primeira coisa que Shneidman fez foi abordar, sem julgamentos morais, as prescrições e

Além de tratar de questões clínicas e teóricas, a obra de Shneidman também aborda questões relativas a políticas públicas, dispositivos institucionais e estratégias educativas e comunitárias para a prevenção do suicídio. A partir de sua experiência trabalhando em instituições⁹⁴, o autor defende que, caso estratégias adequadas sejam adotadas, a prevenção do suicídio é absolutamente plausível, dado que a maior parte dos sujeitos só fica em um estado suicida agudo (no qual o risco de morte é grande) por um curto período de tempo e, mesmo quando estão nesse estado, vivem uma profunda ambivalência em relação às ideias de viver e morrer (cf. SHNEIDMAN; FARBEROW, 1965, p. 22). Tendo isso em mente, o autor aponta para a necessidade de abordagens multissetoriais para a prevenção do suicídio, incluindo estratégias no campo da saúde pública, da educação, do trabalho, da justiça, da segurança pública, da mídia, dentre outros.

Shneidman (1967 *apud* LEENAARS, 1999, p. 322-328) elenca dez principais estratégias para a prevenção do suicídio a serem realizadas pelo Estado: 1. Um programa de apoio para atividades de prevenção nas diversas comunidades do país; 2. Um programa de formação de “zeladores” (*gatekeeper training*)⁹⁵; 3. Um amplo programa de educação pública; 4. Um programa de acompanhamento de tentativas de suicídio; 5. Um programa de financiamento de pesquisas e bolsas para formação de profissionais; 6. Um aperfeiçoamento das estatísticas sobre suicídio; 7. O desenvolvimento de um quadro de profissionais treinados e dedicados; 8. Mobilização de equipes multidisciplinares de profissionais nas diferentes regiões do país, que mantenham diálogo umas com as outras; 9. Um acompanhamento cuidadoso dos

proscrições que apareciam como imperativas para a paciente (“não posso”, “tão quero” “tenho que”, “sempre”, “nunca”, “essa é a única alternativa” etc.). Só discutir e negociar tais pontos já fez com que a letalidade da paciente começasse a diminuir.

⁹⁴ A partir dos anos 1950, o psicólogo trabalhou no *Los Angeles Suicide Prevention Center*, um centro que, estruturado no tripé pesquisa, formação e atendimento clínico, tornou-se uma importante referência para a prevenção do suicídio. Nos anos 1960, Shneidman desenhou o programa nacional para a prevenção do suicídio do instituto de saúde mental do governo dos EUA (*National Institute of Mental Health - NIMH*).

⁹⁵ A ONU recomenda o *gatekeeper training* (que traduzi como “formação de zeladores”) como uma estratégia efetiva de prevenção do suicídio a ser adotada nos diferentes países. Nessa formação, grupos específicos de pessoas são ensinados a identificar pessoas em alto risco de suicídio, manejar a situação de forma apropriada e, se necessário, referenciar essas pessoas para serviços de acolhimento. Ou seja, os *gatekeepers* são aqueles que “abrem as portas” para que pessoas em risco de suicídio recebam ajuda. Os *gatekeepers* são pessoas que têm contato pessoal ou direto com aqueles que estão em risco de suicídio e que foram capacitados para identificar fatores de risco de suicídio. Há dois grupos de *gatekeepers*, chamados de designados e emergentes. O primeiro grupo é formado por pessoas designadas como profissionais do cuidado (como médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais). O segundo grupo é formado por membros da comunidade que não necessariamente têm educação formal e que emergem como potenciais cuidadores para aqueles que têm inclinações suicidas (que podem ser, por exemplo, professores, lideranças, conselheiros etc.) (ISAAC et al., 2009). Como veremos no Capítulo 3, o Ministério da Saúde (SESAI/MS) segue as recomendações da ONU e propõe que os DSEIs adotem a formação de *gatekeepers* como uma estratégia para a prevenção do suicídio em comunidades indígenas. Nos manuais elaborados pela SESA/MS, traduz-se “*gatekeeper training*” por “formação de sentinelas”. Prefiro traduzir por “formação de zeladores” para remeter à ideia de zelo (no sentido de cuidado e atenção) e para evitar a conotação militarizada de “sentinela”.

sobreviventes (familiares e demais pessoas próximas à pessoa que morreu por suicídio); 10. Um programa rigoroso para a avaliação da eficácia das atividades de prevenção do suicídio.

Alguns desses itens dizem respeito à “posvenção”, conceito cunhado por Shneidman para designar a atuação profissional que ocorre após um suicídio. As principais propostas posventivas de Shneidman são a Autópsia Psicológica e o cuidado com familiares e demais pessoas próximas à pessoa que morreu por suicídio, a quem o autor chama de “sobreviventes”⁹⁶. A Autópsia Psicológica é um procedimento elaborado pelo suicidólogo que visa elucidar as intenções do falecido em relação à sua morte. Tal procedimento é mobilizado para classificar mortes cuja modalidade é incerta (como, por exemplo, quando não se sabe se uma morte foi um acidente ou um suicídio) (SHNEIDMAN, 2004). Shneidman também faz algumas recomendações para o trabalho com os sobreviventes enlutados. O psicólogo clínico aponta, por exemplo, que é recomendável, se possível, iniciar o trabalho com os enlutados em até três dias após a ocorrência do suicídio. Além disso, ressalta a importância do psicólogo ser realista e ponderado, evitando um otimismo à Poliana ou chavões que costumam ser ditos nesses momentos. Shneidman também sublinha a importância de, no momento adequado, abordar emoções negativas em relação ao falecido ou em relação à morte (como raiva, irritação, vergonha, culpa, inveja etc.). O autor faz a ressalva de que, caso o próprio enlutado não aborde essas emoções, o posventor não deve abordar tais emoções no início do processo. Além disso, Shneidman recomenda que os enlutados passem por avaliações médicas e psicológicas, tendo em vista os riscos de uma piora de seu estado de saúde e de saúde mental. O autor lembra que o trabalho de luto é demorado, de forma que o trabalho posventivo deve ser um processo de longo prazo (SHNEIDMAN, 1975 *apud* LEENAARS, 1999, p. 455).

⁹⁶ Shneidman diferencia um trabalho profissional com sobreviventes enlutados de uma mera condolência. Fukumitsu (2019), inspirada na obra de Shneidman, também discute o trabalho terapêutico com sobreviventes enlutados.

CAPÍTULO 2

Suicídio entre povos indígenas na América Latina: um estado da arte

Diferentemente da bibliografia sobre suicídio entre povos indígenas da América do Norte e da Oceania, a bibliografia que trata de tal questão na América Latina é bastante incipiente. Nos últimos anos, no entanto, esse tema tem aparecido com maior expressividade na literatura. Há revisões bibliográficas sistemáticas e não sistemáticas e publicações do “estado da arte” sobre o assunto, com recortes distintos: suicídio ou conduta suicida entre povos indígenas no mundo (LEVCOVITZ, 1996; ERTHAL, 1998; ESPÍNDOLA et al., 2017), na América (VITENTI, 2016), na América Latina (URREGO et al., 2012; AZUERO et al., 2017; HALBMAYER, 2017; PECHINCHA, 2018) e no Brasil (OLIVEIRA; LOTUFO NETO, 2003; SOUSA, 2016; BRASIL, 2019, SOUZA et al., 2020; OLIVEIRA et al., 2020). Outros autores revisam a bibliografia concernente a povos ou regiões específicos. Dentre eles, destaco os trabalhos de Pimentel (2006) sobre os Guarani e Kaiowá; Coutinho (2011) sobre o Alto Rio Negro; e Aparício (2014) sobre os Suruwahá.

Na bibliografia revisada, predominam os enfoques qualitativo e epidemiológico-descriptivo. A maior parte das publicações menciona a incidência diferencial de suicídio em jovens do sexo masculino e aborda aspectos relacionados à saúde. A maioria das publicações ressalta a necessidade de se considerar a multicausalidade, a multifatorialidade e/ou a complexidade do fenômeno. Fora os estudos de cunho etnográfico, as publicações geralmente consideram os pontos de vista locais sobre o fenômeno como crenças ou representações sociais/culturais. A compreensão do fenômeno do suicídio é variada, fundamentando-se em distintas etiologias, epistemologias e concepções antropológicas. No entanto, a maior parte dos trabalhos parte do pressuposto de que do suicídio seria o “ato de tirar a própria vida” e que estaria relacionado à agressividade. A motivação para o ato é geralmente atribuída a fatores psicológicos e/ou socioculturais. Grande parte dos autores aponta para uma relação entre os processos coloniais e o aumento das ocorrências de suicídios entre povos indígenas. Muitos autores, lembrando que não se observa o aumento dos casos de suicídio em todos os povos que sofrem e resistem às violências coloniais, buscam entender como as especificidades históricas, políticas e socioculturais do processo colonial em dado contexto indígena relacionam-se à maior ocorrência de suicídios.

A maior parte dos trabalhos pressupõe a intencionalidade do sujeito no ato suicida e fundamenta suas análises na dicotomia indivíduo/sociedade. É digno de nota que boa parte dos

trabalhos traz (refletida ou irrefletidamente) marcas das contribuições durkheimianas ao estudo do suicídio. Tratar a morte autoprovocada como fato social possibilita-lhes levar em consideração fatores que estão para além do sujeito e para além do campo da saúde, ampliando a complexidade de suas análises. Entretanto, algumas análises perdem densidade à medida que se atêm ao funcionalismo e às pretensões totalizadoras que inspiram a obra de Durkheim. Além disso, ao tomarem o binômio indivíduo/sociedade como pano de fundo para suas análises, ofuscam o caráter eminentemente relacional, múltiplo e territorializado das pessoas ameríndias (as quais não são indivíduos que precedem ou se opõem ao *socius*, mas sim pessoas que fazem e são feitas de relações com parentes e demais seres que compõem o cosmos)⁹⁷. Ademais, percebe-se que alguns trabalhos não se posicionam criticamente em relação às pretensões positivistas e evolucionistas que fundamentam as concepções do sociólogo (cf. NUNES, 1998).

Nos últimos anos, distanciando-se das tradições sociológicas funcionalistas e de perspectivas psicopatológicas, alguns autores têm buscado compreender o fenômeno do suicídio fundamentando-se nas noções de pessoa, parentesco e socialidade ameríndias, estendendo suas análises para além do binômio indivíduo/sociedade e para relações que não se restringem à socialidade humana tal como esta é convencionalmente concebida nas ciências humanas. Isso tem fomentado discussões sobre a intencionalidade e a responsabilidade do sujeito que morre por suicídio sobre seu ato e tem levando questões sobre os equívocos tradutivos que ocorrem quando mobilizamos o conceito de “suicídio” em determinados contextos socioculturais.

Ressalto, por fim, que a escolha de uma revisão bibliográfica que abrange diversos campos disciplinares e diversas regiões, povos e famílias linguísticas se deve à escassez de trabalhos sobre o suicídio no Alto Rio Negro e à ausência de pesquisas publicadas sobre o tema entre os Hupd’äh. Revisar um material tão amplo e disperso me obrigou a apresentar a maior parte dos trabalhos de forma simplificada e condensada ou a trazer apenas recortes que concernem ao escopo desta pesquisa, o que provavelmente levou a imprecisões etnográficas e “achatamentos” teóricos. Ainda, ressalto que este capítulo foi escrito em 2019 e apenas o tópico que trata dos trabalhos epidemiológicos foi atualizado. Assim, trabalhos não epidemiológicos publicados após essa data não foram incluídos nesta revisão.

Feitas essas ressalvas, parece-me pertinente organizar a literatura revisada em cinco eixos, caracterizados por enfoques analíticos distintos: 1. Enfoque epidemiológico; 2. Enfoque

⁹⁷ Como veremos adiante, a pessoa ameríndia é extensão de uma rede de socialidade mais que humana e vice-versa.

psicossocial; 3. Enfoque antropológico-sociológico; 4. Enfoque nas representações sociais nativas; 5. Enfoque nos princípios nativos de subjetivação/cosmopolítico.

1. Enfoque epidemiológico

1.1. Suicídio no mundo

O suicídio é considerado um problema de saúde pública mundial de grande relevância. Em 2019, foi a quarta causa de óbito mais comum na população global entre pessoas de 15 a 29 anos (WHO, 2021). Segundo a Organização Mundial de Saúde (2021), mais de 700.000 pessoas morrem por suicídio todos os anos, o que indica que há um número muito maior de tentativas de suicídio⁹⁸. Uma tentativa prévia de suicídio é considerada o mais importante fator de risco para suicídio na população geral. Globalmente, os métodos mais comuns de suicídio são a ingestão de pesticidas, enforcamento e armas de fogo⁹⁹.

Apesar de ser um fenômeno global, a maior parte das mortes por suicídio (77%) acontece nos países de média e baixa renda (WHO, 2021). A OMS (2021) aponta que, apesar de ser possível estabelecer uma relação entre o suicídio e transtornos mentais nos países de alta renda, há muitos suicídios que ocorrem de forma impulsiva em momentos de crise, que comprometem a habilidade de lidar com situações de conflito e tensão (como problemas financeiros, terminos de relacionamento ou dores e doenças crônicas). Além disso, ressalta que o comportamento suicida está fortemente relacionado a experiências de desastre, conflito social, abuso, perdas e sentimento de isolamento. Aponta ainda que há altas taxas de suicídio entre grupos vulnerabilizados que sofrem discriminação como migrantes e refugiados, povos indígenas, pessoas LGBTQIAPN+ e pessoas em situação de encarceramento.

Em 2013, constatando que a maioria dos países não vinha tratando o suicídio como uma prioridade em seus programas de saúde pública e considerando que os suicídios podem ser prevenidos com intervenções longitudinais, baseadas em evidências e, frequentemente, de baixo custo, a OMS estabeleceu a meta de que todos os países-membros elaborassem estratégias multissetoriais de prevenção do suicídio para reduzir sua TMS em ao menos 10% até 2020 e em um terço até 2030 (WHO, 2013).

A OMS (2021) recomenda estratégias de prevenção do suicídio e de tentativas de suicídio que incluam as seguintes intervenções: restrição do acesso aos métodos de suicídio;

⁹⁸ Estima-se que para cada adulto que morreu por suicídio, há 20 outras pessoas que tentam suicídio. Assim, segundo essa estimativa, 16 milhões de pessoas tentam suicídio anualmente (WHO, 2014).

⁹⁹ A OMS (2019) estima que um quinto das mortes por suicídio ocorra com envenenamento por pesticidas. A maior parte desses casos ocorre em áreas rurais de países de média e baixa renda.

promoção de uma comunicação midiática responsável sobre o suicídio; promoção de habilidades socioemocionais em adolescentes; identificação precoce do comportamento suicídio e subsequente atendimento e acompanhamento das pessoas em risco. Além disso, sublinha que estratégias nacionais de prevenção do suicídio requerem uma articulação entre múltiplos setores da sociedade, incluindo os campos da saúde, educação, trabalho, economia, justiça, política, mídia etc. Além disso, aponta para a importância de conscientizar a população a respeito do suicídio como um problema de saúde pública prioritário e de “quebrar” tabus relacionados ao suicídio. Ainda, tendo em vista a significativa subnotificação dos suicídios e tentativas e a baixa qualidade dos dados sobre mortalidade em diversos países, ressalta que a melhora das estratégias de monitoramento e notificação dos casos de suicídio e tentativas de suicídio é indispensável para implementar estratégias de prevenção mais eficazes.

1.1.2. Suicídio entre povos indígenas ao redor do mundo

Uma revisão sistemática sobre a incidência global de suicídio entre povos indígenas (POLLOCK et al., 2018) indica que a mortalidade por suicídio é elevada entre muitos povos indígenas ao redor do mundo, sobretudo entre homens jovens de até 30 anos de idade. Estudos revisados pelos autores mostram que houve um aumento das TMS entre muitos povos indígenas ao longo do tempo, especialmente na segunda metade do século XX. No entanto, a alta incidência de suicídio não é universal entre povos indígenas. Estudos revisados pelos autores apontam que as taxas de suicídio variam amplamente entre povos indígenas e que há populações indígenas que apresentam baixas taxas ou nenhuma incidência de suicídio.

A variação global da incidência de suicídio entre povos indígenas é relacionada a fatores sociais locais e a diferenças regionais do impacto da colonização, da violação de direitos humanos, da discriminação e da marginalização econômica e social, que afetam significativamente o bem-estar e a saúde desses povos. Além desses fatores, os autores apontam que a prevenção do suicídio e a melhora das condições de vida dos povos indígenas é prejudicada pelas múltiplas barreiras ao acesso à atenção à saúde e aos cuidados comunitários, especialmente em áreas rurais e em países de média e baixa renda¹⁰⁰. Tendo isso em vista, ressaltam que os povos indígenas de diversas regiões e países reivindicam estratégias de

¹⁰⁰ Segundo Pollock et al., os trabalhos revisados indicam que as barreiras à prevenção do suicídio e à equidade social e de acesso à saúde “incluem redes de cuidado fragmentárias, falta de acesso a serviços devido à geografia, atitudes discriminatórias por parte dos profissionais de saúde e serviços que não são culturalmente seguros ou oferecidos na língua adequada. [...] Os desafios para acessar os cuidados em saúde mental são incrementados pela limitada relevância da generalização de muitas das ‘boas práticas’ de intervenção (“*best practice*” *intervention*) nos contextos indígenas” (*Ibidem*, p. 5-6).

prevenção do suicídio de base comunitária, protagonizadas pelas pessoas indígenas, que conjuguem conhecimentos indígenas e intervenções clínicas e de saúde pública baseadas em evidências, que sejam fundamentadas no reconhecimento dos traumas coloniais e que visem corrigir formas interseccionais de discriminação estrutural, iniquidade social e suas múltiplas decorrências:

Organizações e governos indígenas na Nova Zelândia, Canadá e vários estados do Ártico foram além de abordagens programáticas e elaboraram estratégias de prevenção de suicídio específicas para indígenas. Essas estratégias integram intervenções clínicas e de saúde pública baseadas em evidências com o conhecimento indígena sobre as consequências da colonização, violência institucionalizada e racismo, e o valor da cultura. Elas também reconhecem que as condições sociais têm um papel importante na formação da saúde mental, especialmente durante os primeiros anos de vida, e que a melhoria dessas condições pode ter um impacto positivo na saúde mental da população e nos fatores relacionados ao suicídio. O caminho para reduzir a incidência de suicídio entre os povos indígenas e alcançar a equidade em saúde requer uma transformação social mais ampla, tanto nos países quanto no mundo. Essa transformação deve ser colaborativa, tendo organizações e comunidades indígenas como protagonistas e detentoras de direitos na produção de conhecimento e na tomada de decisões. (*Ibidem*, p. 12)

1.2. Suicídio no Brasil

De acordo com um Boletim Epidemiológico publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2021), em 2019, a TMS no Brasil foi de 6,6, por 100 mil habitantes. Entre 2010 e 2019, 112.230 mortes por suicídio foram notificadas no país. Nesse período, houve um aumento de 43% no número de anual de mortes por suicídio na população geral brasileira (de 9.454 em 2010 para 13.523 em 2019). Estima-se que, nesse mesmo período, a população brasileira tenha crescido em torno de 10%.

Desde 2006, o suicídio passou a ser reconhecido como uma questão prioritária de saúde pública no Brasil. Em 2017, o Ministério da Saúde lançou a Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil de 2017 a 2020. Esse documento propõe ações de monitoramento, prevenção e posvenção (cuidado de pessoas que tentaram suicídio e de familiares). Dentre as estratégias de prevenção ao suicídio, o documento enfatiza aquelas relacionadas à notificação de casos (que atualmente é compulsória e imediata) e à análise dos dados dos sistemas de informação em saúde – no caso das tentativas de suicídio, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e, no caso de óbitos por suicídio, o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Entende-se que essas informações são necessárias para que se possa acionar a rede de atenção, acompanhar e monitorar os casos,

intervir precoce e adequadamente e produzir informações consistentes para subsidiar a tomada de decisões e democratizar o acesso às informações (BRASIL, 2017).

É importante ressaltar que há uma grande variabilidade nas taxas e características dos suicídios quando se consideram variáveis como gênero, idade, região, estado, cultura e aspectos socioeconômicos (JAEN-VARAS et al., 2019; RODRIGUES et al., 2019; BOTEGA, 2014)¹⁰¹. No período de 2010 a 2019 (BRASIL, 2021), as maiores TMS foram observadas nas regiões Sul, Centro-Oeste e Norte. No entanto, é importante notar que essas diferenças regionais também podem estar relacionadas a problemas de notificação dos casos de suicídio. Há uma significativa subnotificação dos casos de suicídio, especialmente fora dos centros urbanos ou em regiões onde o acesso aos serviços de saúde é limitado. Além disso, os estudos sobre suicídio no Brasil ainda são escassos e geralmente são direcionados para as regiões Sul e Sudeste (ORELLANA et al., 2013).

Além das desigualdades regionais na TMS, há uma distribuição desigual de idade, gênero, raça e etnia. Observa-se uma maior incidência de óbitos por suicídio entre homens, que apresentam um risco 3,8 vezes maior de morte por suicídio que mulheres (em 2019, a TMS foi de 10,7/100.000 entre homens e de 2,9/100.000 entre mulheres) (BRASIL, 2021). No que diz respeito à faixa etária, em 2019, as TMS mais altas foram observadas entre pessoas de 40 a 59 anos (8,25/100.000), 60 anos e mais (8,14/100.000) e 20 a 39 anos (7,52/100.000). No entanto, houve um aumento pronunciado na TMS de adolescentes entre 2010 e 2019. Nesse período, a TMS entre pessoas de 15 a 19 anos de idade aumentou em 81% (de 3,52/100.000 em 2010 para 6,36/100.000 em 2019). Além disso, observou-se um aumento de 161% na TMS entre menores de 14 anos de idade (de 0,31/100.000 em 2010 para 0,67/100.000 em 2019). As maiores TMS entre jovens de 15 a 19 anos e crianças entre 5 e 14 anos foram observadas nas regiões Norte (respectivamente, 9,7/100.000 e 1,4/100.000) e Centro-Oeste (respectivamente, 9,8/100.000 e 1,1/100.000).

1.3.1. Suicídio entre povos indígenas no Brasil

Ao analisar a distribuição do risco de morte por suicídio segundo faixa etária e raça/etnia, observa-se que há um maior risco de morte por suicídio entre jovens indígenas. Um Boletim Epidemiológico publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) indica que a TMS entre indígenas entre 2011 e 2015 foi de 15,2/100 mil habitantes, sendo que 44,8% desses

¹⁰¹ Jaen-Varas et al. (2019) indicam uma correlação entre desigualdade social e incidência de suicídios em grandes cidades brasileiras.

óbitos ocorreram entre pessoas de 10 a 19 anos de idade – índice oito vezes maior do que aquele observado entre brancos e negros na mesma faixa etária (cf. Figura 2).

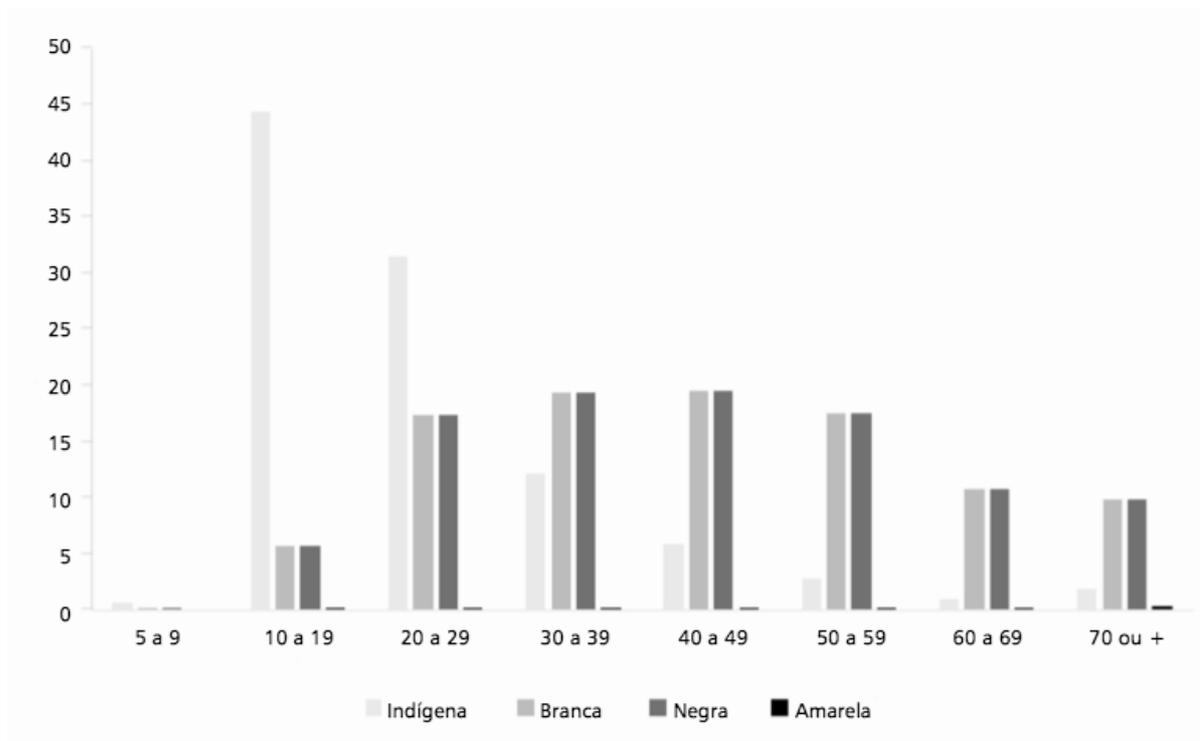
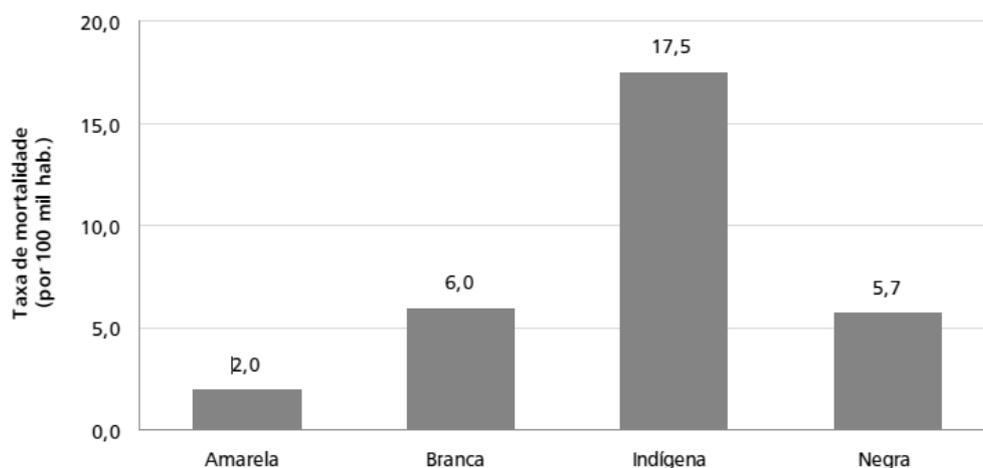


Figura 2. Proporção de óbitos por suicídio, segundo “faixa etária e raça/cor da pele” no Brasil entre 2011 e 2015 (BRASIL, 2017, p. 9).

Em outro Boletim Epidemiológico (BRASIL, 2020), estima-se que, entre 2015 e 2018, a TMS entre indígenas foi de 17,5 por 100 mil habitantes – taxa 2,9 vezes maior àquela observada entre brancos (6/100.000) e 3,1 vezes superior àquela observada entre negros (5,7/100.000) (cf. Figura 3). Além disso, observa-se que o aumento das TMS entre indígenas no período foi substancialmente maior do que aquele observado na população geral: entre 2015 e 2018, houve um crescimento de 50,9% da TMS entre indígenas, enquanto que o aumento da TMS entre a população geral foi de 20%. As maiores TMS entre indígenas nesse período foram observadas nas regiões Centro-Oeste (35,6/100.000), Norte (24,1/100.000) e Sul (9,7/100.000). Observa-se ainda que a proporção de óbitos por suicídio entre indígenas varia segundo a faixa etária. Do total de mortes por suicídio de pessoas indígenas notificado no período de 2015 a 2018, 62% concentrou-se na faixa etária de 15 a 29 anos de idade; entre indígenas de 15 a 19 anos, a TMS foi de 41,1 mortes por 100 mil habitantes; e entre indígenas de 20 a 29 anos, a TMS foi de 37,5 mortes por 100 mil habitantes.

Nesse boletim, o aumento da TMS entre indígenas é relacionado às “transformações socioculturais decorrentes do contato com a sociedade não indígena” (BRASIL, 2020, p. 3),

que se manifestam, por exemplo, em mudanças nas relações de parentesco (destacando-se as relações de casamento e intergeracionais), dificuldades em realizar a passagem para a vida adulta, uso abusivo de álcool e outras drogas, abandono de tradições e fragilização cultural, fragilização dos laços familiares e comunitários, falta de acesso à educação e ao trabalho, confinamento territorial etc. Aponta-se que tais transformações “podem resultar em experiências de sofrimento mental relacionados aos intentos suicidas” (*Ibidem*, p. 3) e recomenda-se “investigar em que medida as vulnerabilidades sociais provocadas pelos processos históricos que impactaram as comunidades indígenas influenciam nos fenômenos relacionados aos intentos suicidas” (*Ibidem*, p. 3), considerando os modelos explicativos indígenas sobre o suicídio. Ainda, observa-se que o crescimento da TMS entre indígenas no período pode estar relacionado à melhora na notificação dos óbitos por suicídio pela SESAI¹⁰².



Fonte: Ministério da Saúde/Sistema de Informações sobre Mortalidade. Ministério da Saúde/Estudo de estimativas populacionais por município, idade e sexo – 2000-2020. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)/Censo demográfico 2010.

Figura 3. Taxas de mortalidade por suicídio segundo “raça/cor” no Brasil entre 2015 e 2018 (BRASIL, 2020, p. 6).

1.3.2. Suicídio entre povos indígenas no Amazonas

¹⁰² Segundo o Boletim, “deve-se observar que a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Ministério da Saúde) lançou, em setembro de 2016, a Agenda Estratégica de Ações de Prevenção do Suicídio em Populações Indígenas que incluiu, entre outras ações, a qualificação das informações sobre óbitos por suicídio e tentativas. Com isso, o investimento em vigilância do óbito pode ter contribuído para que o incremento da taxa de mortalidade por suicídio entre indígenas” (*Ibidem*, p. 3).

De acordo com um estudo realizado por pesquisadores da Fiocruz (ORELLANA et al., 2013) no período de 2005 a 2009, a TMS na população geral do Amazonas foi de 4,2/100 mil habitantes, apresentando uma enorme discrepância em relação às TMS dos municípios de São Gabriel da Cachoeira (27,6/100 mil habitantes), Tabatinga (25,2/100 mil habitantes) e Santa Isabel do Rio Negro (36,4/100 mil habitantes). Nesses municípios, 80% das pessoas mortas por suicídio eram indígenas e o suicídio foi a principal causa de morte entre jovens no período. A maioria dos suicídios ocorreu entre homens de 15 a 24 anos de idade, em casa, por enforcamento e no fim de semana. Os autores estimam que o maior número de suicídios no fim de semana pode estar correlacionado ao maior consumo de álcool industrializado nesse período.

Em outro estudo (SOUZA; ORELLANA, 2012), os pesquisadores estimam que a predominância das mortes por enforcamento poderia estar relacionada à alta letalidade do método e ao fato de que o acesso a pesticidas e venenos é mais difícil nesses contextos. Além disso, nesse estudo, Souza e Orellana descrevem as características sociodemográficas e epidemiológicas dos suicídios ocorridos no município de São Gabriel da Cachoeira entre 2000 e 2007 e aventam algumas hipóteses sobre o fenômeno, apontando que o alto índice de suicídio pode estar relacionado às mudanças socioculturais nos modos de vida indígenas na região.

Além de ressaltar a magnitude e gravidade da incidência de suicídios nesses municípios, os pesquisadores enfatizam as especificidades dos contextos indígenas, que tornam necessário abordar o fenômeno de forma interdisciplinar, considerando sua multifatorialidade e complexidade sociocultural. Tendo isso em vista, os autores destacam a necessidade de pesquisas sobre os suicídios nas diferentes regiões do país e, mais especificamente, sobre suicídios em populações indígenas, tanto com um enfoque epidemiológico, quanto com um enfoque nos significados simbólicos localmente atribuídos ao suicídio. Por isso, ressaltam a importância de que as pesquisas sejam realizadas com a participação dos indígenas e com envolvimento dos serviços de saúde locais, visando elaborar, “de forma pactuada, estratégias de enfrentamento culturalmente sensíveis ao cenário sociocultural e sanitário local” (ORELLANA et al., 2013, p. 668). Além disso, pautando-se em estudos e programas de prevenção realizados com populações indígenas em outros países¹⁰³, questionam se propostas de saúde mental seriam adequadas para a prevenção do suicídio nesses contextos:

¹⁰³ Nesse sentido, os autores lembram que a alta TMS entre indígenas não é uma especificidade brasileira. O alto índice de suicídio nas chamadas “populações etnicamente diferenciadas” tem sido apontado como problema de saúde pública relevante em diversas partes do mundo. Além disso, algumas características sociodemográficas e epidemiológicas dos suicídios entre indígenas no Brasil (predominância de homens, jovens, solteiros e enforcamento como método) são consistentes com os padrões descritos em povos indígenas em outros países (SOUZA; ORELLANA, 2011). No entanto, não seria adequado estabelecer uma relação direta entre alta TMS e

Estes achados vêm questionando os limites da ampliação da cobertura da assistência em saúde mental como estratégia universal para enfrentamento do suicídio, sobretudo em contextos nos quais a morte por suicídio pode adquirir significados particulares, influenciados por sistemas simbólicos específicos e distintos daqueles que se encontram operantes nos cenários urbano-ocidentais contemporâneos. (ORELLANA et al., 2013, p. 668)

2. Enfoque psicossocial

Os textos reunidos nesse eixo enfatizam as incidências de transformações e violências coloniais sobre os sujeitos indígenas, investigando como determinados processos subjetivos relacionados aos suicídios articulam-se a processos coletivos. É comum que tal enfoque seja criticado por ser uma leitura excessivamente subjetivizante e individualizante de processos sócio-históricos, leitura essa que favorece a patologização de situações de suicídio. Apesar de pertinente, tal crítica não é válida para todos os trabalhos aqui reunidos, dado que alguns autores não patologizam as situações de suicídio e discutem aspectos psíquicos ou experiências subjetivas sem os limitar a algo que se passaria “dentro” do sujeito, abordando-os como processos eminentemente relacionais e analisando suas vicissitudes históricas, políticas, sociais e culturais.

No entanto, parece haver desafios metodológicos comuns aos trabalhos reunidos nesse eixo que dizem respeito à universalização irrefletida de determinados conceitos e procedimentos analíticos. Quando tomamos determinados conceitos (como, por exemplo, indivíduo/sociedade, morte, mal-estar, crise, cultura, sujeito, adolescente, conteúdo psíquico, anomia social etc.) como autoevidentes, sem investigar em quais campos ontoepistemológicos tais conceitos fazem sentido, acabamos produzindo uma “cascata” de equívocos que não são produtivos para a elaboração colaborativa de dispositivos de cuidado para situações de suicídio em contextos interculturais. Quando prescindimos de um “estranhamento antropológico” (cf. SOUZA; FERREIRA, 2014) em relação a nossos próprios conceitos (e aos afetos vinculados a tais conceitos), “impermeabilizamo-nos” à afetação por outros mundos vividos. Quando esquecemos que os procedimentos analíticos que empregamos têm um enraizamento ontoepistemológico específico (FERREIRA DA SILVA, 2007), reproduzimos uma série de reducionismos e reiteramos uma leitura colonial e colonizada dos fenômenos em questão.

*

alta proporção de população autodeclarada indígena, visto que há muitos municípios com alta proporção de população autodeclarada indígena nos quais a TMS é baixa.

Costa Pereira (1995) define os suicídios entre os Guarani e Kaiowá como gestos de “rebelião cultural” face a uma situação de extrema crise, da qual os jovens seriam porta-vozes¹⁰⁴. A autora identifica fatores psicossociais como desencadeantes e fatores mágico-religiosos como precipitantes dos suicídios. Os fatores mágico-religiosos seriam os feitiços, expressões de uma “força mágica” apontada por seus interlocutores como a “causa das causas” dos suicídios (*Ibidem*, p. 46). A autora interpreta que remeter os suicídios à magia seria uma forma de os guarani expressarem “desejos homicidas” (*Ibidem*, p. 49). Os fatores desencadeantes, por sua vez, estariam relacionados a mudanças na cultura guarani ocasionadas pelo processo de colonização (por exemplo, falta de terras, empobrecimento, alcoolismo, desestruturação familiar, “fragmentação do pensamento coletivo”, distanciamento das práticas religiosas etc.). Costa Pereira argumenta que as mudanças socioculturais decorrentes da atuação do Estado, fazendeiros e missionários teriam transformado a aldeia de Dourados em um “ambiente suicidógeno”: um espaço onde os jovens viveriam frustrações permanentemente, pois haveria um estreitamento das possibilidades de se viver o *tekohá*¹⁰⁵ e a elaboração do luto estaria impedida, gerando um movimento circular em que suicídios engendram mais suicídios. Além da ausência de mecanismos rituais para elaborar o luto, o ambiente da aldeia seria propício à ocorrência de suicídios em sequência devido à tendência dos jovens Guarani a recorrer a mecanismos de identificação para defender-se de situações angustiantes¹⁰⁶.

Assim, os suicídios seriam o sintoma de uma aldeia em estado de crise – estado esse engendrado por um processo de “descontinuidade cultural” que teria atingido o núcleo da identidade social Guarani, minando valores vitais à perpetuação do grupo e, conseqüentemente, rompendo a “homeostase coletiva”. A vida na aldeia, repleta de rupturas, não ofereceria mais “significados psicológicos” suficientes, de forma que os jovens, face a “um presente frustrante

¹⁰⁴ A autora observa que, na aldeia de Dourados, os suicídios ocorriam entre jovens, de forma sequencial e “em consonância com os valores de sua cultura”, expressando o desequilíbrio em que se encontrava a “ordem sociopolítica e religiosa” da aldeia Guarani e Kaiowá (*Ibidem*, p. 17-18).

¹⁰⁵ A autora define *tekohá* como o lugar de morada guarani: “espaço físico-político-simbólico, que remonta a mais um ato criativo dos deuses. Lugar estruturante e suporte de sua organização social; nele, o Guarani concretiza seu modo de ser” (*Ibidem*, p. 22). Como o *tekohá* seria um elemento fundante da possibilidade de ser Guarani (*Ibidem*, p. 47), seu estreitamento teria levado a um conflito de identidade, à desritualização da vida e a uma crise de referenciais. Em nível individual, isso se expressaria no fato de os pré-adolescentes estarem “desorientados por não identificarem seus limites psicológicos frente à cultura índia e não índia” (*Ibidem*, p. 36).

¹⁰⁶ Para Costa Pereira, haveria uma espécie de “contágio psíquico” engendrado por mecanismos de identificação. Como a adolescência seria um período em que os jovens estariam especialmente propensos a recorrer a mecanismos de identificação para lidar com problemas, estes tenderiam a identificar-se com parentes e amigos mortos para defender-se das angústias de viver em um mundo caótico. Essa tendência à identificação seria acentuada por alguns traços da “personalidade Guarani” como, por exemplo, adotar condutas miméticas como forma de resistir à pressão, recorrer “à figura do outro frente a emoções insuportáveis”, ter uma “concepção fatalista oracular”, ter pouco temor à morte por considerá-la apenas uma passagem a outro mundo etc. (*Ibidem*, p. 28-29).

sem perspectiva e um futuro que se apresenta sem prospectiva” (*Ibidem*, p. 48), recorreriam à morte como um meio de redefinir seu ambiente e tentar manter o *tekohá*. O estreitamento das condições de possibilidade do *tekohá* teria feito com que a agressividade antes sublimada por mecanismos culturais fosse deslocada para atitudes destrutivas. Por isso, dada à valorização de um modo de ser calmo, respeitoso e moderado entre os Guarani, o sujeito tenderia a voltar seus impulsos destrutivos contra si mesmo¹⁰⁷.

Wicker (1997) também relaciona os suicídios a uma desorganização do sujeito ocasionada por rupturas socioculturais. Na leitura do autor, os suicídios e estados psicóticos entre jovens Paĩ-Tavyterã (também conhecidos no Brasil como Kaiowá) seriam maneiras de escapar de uma crise de identidade que atingira níveis insuportáveis. Wicker observa que os suicídios eram precedidos por um estado em que os jovens apresentavam alterações de humor e tinham “alucinações” (visuais e auditivas) que os induziam a se enforcarem. Esse estado, chamado pelos Paĩ-Tavyterã de *taruju*, era considerado por estes como resultado de ataques xamânicos e como extremamente contagioso, potencialmente levando a suicídios em cadeia. Wicker, por sua vez, considerava que o *taruju* consistia em uma forma de “psicose paranoica exótica”, que seria expressão de um estado de anomia social.

Diferentemente de Wicker e Costa Pereira, Levcovitz (1998) propõe que os suicídios entre os Guarani e Kaiowá não decorreriam de um estado de anomia social e tampouco estariam relacionados à perda de referenciais causada pela aculturação, mas seriam variações de aspectos estruturais da cultura guarani em um mundo radicalmente novo. Notando que condutas autoagressivas não são observadas entre todos os povos indígenas que entraram em contato com a “cultura ocidental” e, preocupado em não focar as condutas autoagressivas apenas sob uma ótica negativa, o autor defende que os suicídios – compreendidos pelos Guarani como efeitos de malefícios enviados por inimigos – indicariam uma transformação do complexo guerreiro-anthropofágico e seriam uma expressão da persistência do “ethos minimalista tupi-guarani”¹⁰⁸

¹⁰⁷ Escreve a autora: “Nessas circunstâncias, a dinâmica do inconsciente vê-se mobilizada, fragilizando alguns mecanismos de defesa e rompendo outros, ressurgindo a agressividade sob a forma emergencial de sintomas psíquicos. Como têm os Guarani internalizado o atributo arquétipo *Kiriri*, modo de ser calmo, moderado, manifestam essa agressividade, predominantemente, nas condutas de auto-agressão. [...] Subjacente a esse quadro, os suicídios da aldeia de Dourados, se avaliados como mecanismos de sintomas provisórios, refletem atitudes dissimétricas de silêncio-grito, desespero-protesto; se avaliados como respostas, expressam atitudes de exacerbada resistência, transfigurada em uma rebelião, paradoxalmente silenciosa. [...] Todavia, entende-se que essas mortes e tentativas não traduzem uma renúncia à vida, senão uma luta silenciosa pela vida e para a vida do *tekohá*, vida Guarani” (*Ibidem*, p. 50-51).

¹⁰⁸ O autor parte da ideia de que a condição de existência das sociedades tupi-guarani fundamenta-se no Inimigo (ou no contrário, em termos quinhestistas) – na perspectiva de Levcovitz, a guerra aos contrários é a sustentação dessas sociedades, dado que é apenas por meio da relação com o Inimigo que se pode produzir alianças e pessoas. Em outras palavras, o complexo guerreiro-anthropofágico cria a pessoa e a sociedade tupi-guarani por meio de uma triangulação com o Inimigo, o que garante o devir-Outro que é a própria essência do ser tupi-guarani.

em um mundo radicalmente diferente, como se o cenário de um palco tivesse sido abruptamente substituído sem que os atores pudessem encenar novos papéis (*Ibidem*, p. 231). Assim, a triangulação da pessoa/sociedade tupi-guarani com o Inimigo, característica do complexo guerreiro antropofágico, teria sido “substituída aqui por uma espécie de triangulação com o homem branco” (*Ibidem*, p. 225)¹⁰⁹.

O autor relaciona essa variação metonímica à compulsão à repetição proposta por Freud: certos modelos ou estruturas que foram um dia significativas ou satisfatórias continuam a persistir, mesmo que sejam inadequadas ou estejam desconectadas da realidade compartilhada atual. Dessa forma, aquilo que aparece ao observador como delirante ou carente de lógica (como um suicídio), não seria de todo carente de lógica, mas seria estruturado a partir de outra lógica. É o caráter anacrônico dessa lógica, justamente, que causa estranhamento ao interlocutor. Nas palavras do autor:

O que nos importa é a permanência, ou, se quisermos, o retorno de certas estruturas que, para o sujeito, estão plenas de sentido, calcadas na conformação de seu percurso individual. Para o observador, as atitudes e o pensamento deste sujeito carecem de razão. [...] Mas o fato de que tenha selecionado determinado modelo, e não outro, deve ter sua base na experiência pessoal. [...] é possível que determinadas condutas indígenas representem a persistência de estruturas sociais não visíveis ao observador. Não seria impossível que certos atributos estruturais do modelo socializado naqueles grupos estivessem condensados nestas condutas, expressão atávica de padrões imemoriais. Neste caso, não seria a desregulamentação da sociedade a movimentar as condutas auto-agressivas, mas a atualização destas condutas em um novo cenário. (*Ibidem*, p. 31-32)

Almeida (2010) também remete à figura do Inimigo, aos rituais antropofágicos e à busca da Terra sem Mal para refletir sobre o suicídio entre os Guarani-Kaiowá, mas se ampara na psicologia analítica. A autora pergunta-se sobre os sentidos teleológicos do suicídio, buscando atentar para os significados e sentidos atribuídos pelos próprios indígenas ao fenômeno¹¹⁰.

¹⁰⁹ Escreve Levcovitz: “O fenômeno individual do suicídio, sempre vivenciado pelos índios e seu grupo familiar como um mal produzido por inimigos, um estado de transe que conduz à morte involuntária, produz um estado coletivo estruturalmente relacionado à guerra de vingança. Lembremos que, tanto na atualidade como no século XVII, o fenômeno não é denominado pelos índios como suicídio. Sua ocorrência é acompanhada por um estado de comoção social *sui generis*, acirrando conflitos entre parentelas, motivando o enfrentamento e alianças que regulam o *ethos* tupi-guarani. Este constante fluxo de famílias e rearranjo das alianças é a face aparente da guerra espiritual travada entre os guaranis. A expressão virtual deste confronto é o feitiço e suas mortais consequências. Com armas invisíveis, e a despeito de tudo, estes índios continuam combatendo seus contrários e reproduzindo sua sociedade como metonímia de um triângulo estruturante” (*Ibidem*, p. 228).

¹¹⁰ Almeida traz uma contribuição ao apontar para a necessidade de olharmos não apenas para as causas, mas também para os *sentidos* dos suicídios: em vez de perguntar-se *porque* se matam, pergunta-se *para que* se matam. No entanto, a meu ver, as correlações que estabelece entre os conceitos Guarani-Kaiowá e conceitos junguianos são demasiado apressadas, levando a equívocos significativos.

Assim, a interpretação dos Guarani-Kaiowá de que o suicídio é causado por um malefício vindo do exterior é correlacionada pela autora à concepção junguiana de sombra: os suicídios apontariam para uma falta de integração de conteúdos psíquicos antes integrados por meio de rituais antropofágicos e por meio das migrações em busca da Terra sem Mal. A saber, outrora, o Inimigo seria o receptáculo das projeções dos conteúdos sombrios da psique das pessoas Guarani-Kaiowá e o ritual antropofágico permitiria integrar os conteúdos sombrios projetados. A migração para a Terra sem Mal, por sua vez, seria uma jornada ascética que permitia aos indígenas vivenciarem experiências tabu e restaurarem um “equilíbrio psíquico”. Como esses caminhos de integração e elaboração estariam impedidos pela colonização, os conteúdos inconscientes ficariam dissociados, tendendo a exercer um “fascínio” sobre a consciência e levando a uma identificação mortífera do “eu” com o self¹¹¹. Assim, a explicação dada pelos Guarani de que os espectros dos mortos (*anguery*) ficariam na aldeia atormentando seus parentes seria uma tentativa destes de integrar conteúdos psíquicos sombrios e de restaurar um equilíbrio perdido.

Um relatório da UNICEF¹¹² (2014) sobre suicídio adolescente em povos indígenas compila três estudos realizados no Peru, no Brasil e na Colômbia e busca compreender “o que está ocorrendo no interior de determinados povos indígenas americanos que leva seus jovens a optar pelo suicídio como resposta a seus problemas” (*Ibidem*, p. 7) e propor caminhos para a “erradicação definitiva desta epidemia” (*Ibidem*, p. 8). Constatando que não há um alto índice de suicídios em todos os povos que sofrem os efeitos traumáticos da colonização, os estudos investigam as relações entre a estrutura social do grupo indígena e os efeitos da colonização. Para isso, analisam os impactos dos “choques culturais” sobre a “saúde mental da juventude indígena” (*Ibidem*, p. 10) e buscam identificar variáveis históricas e culturais que tornariam alguns povos mais propensos a adotar o suicídio como resposta às mudanças e violências. O relatório ressalta a multifatorialidade dos suicídios dos jovens indígenas e relaciona-os a contextos de marginalização, discriminação e colonização traumática, que teriam levado à perturbação das formas tradicionais de vida. Além disso, aponta para o sentimento de não pertencimento dos jovens, que não encontrariam um lugar nem em suas comunidades nem nas “sociedades envolventes”.

¹¹¹ Nas palavras da autora: “Quando um conteúdo psíquico encontra-se distante da ‘luz’ da consciência, ele acaba polarizando energia psíquica. Quanto mais ele é negado, mais energia ele agrega e passa a agir de forma cada vez mais autônoma em nossa alma. Portanto, quando o conteúdo se aproxima da consciência, devido à polarização ocorrida, que gerou uma enorme tensão, ele vem de forma muito forte e comumente destrutiva para o ‘eu’” (*Ibidem*, p. 30).

¹¹² Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância (em inglês, United Nations International Children's Emergency Fund).

Como aponta Vitenti (2016), uma contribuição importante do relatório é ressaltar a necessidade de se escutar os jovens indígenas (e não apenas os mais velhos ou as lideranças). No entanto, a meu ver, as análises feitas no estudo acabam ofuscando as falas dos jovens e seus familiares, o que nos alerta para a necessidade de discutir sobre a qualidade de nossa escuta e os efeitos de nossas análises. Em todos os estudos, por exemplo, menciona-se que os povos em questão relacionam os suicídios à feitiçaria ou bruxaria, mas isso não é aprofundado nem levado a sério – as menções à “bruxaria”, “feitiçaria” ou “maldição” aparecem para ilustrar como os suicídios seriam respostas culturalmente configuradas à violência do contato com a sociedade colonial. Além de “abafar” as falas dos indígenas, tal análise implica uma concepção funcionalista de que as sociedades ou culturas indígenas seriam como corpos cujo equilíbrio teria sido perdido com a intrusão de agentes externos.

Ainda assim, o relatório apresenta sugestões substanciais para a elaboração de estratégias preventivas para os suicídios entre povos indígenas ao convocar os Estados nacionais a assumirem suas responsabilidades no que concerne à prevenção e à redução e reparação dos prejuízos causados a esses povos que contribuíram para a alta incidência de suicídios. Nesse sentido, é apontado que os Estados devem assumir um papel facilitador e não diretivo, apoiando as estratégias de prevenção e posvenção elaboradas pelas comunidades. Além disso, é ressaltado que as estratégias devem ser intersetoriais e não se restringir ao campo da saúde mental:

Apesar de ser o suicídio um fenômeno mundial que ultrapassa as culturas e as classes sociais, as experiências realizadas com povos indígenas (principalmente na Austrália e na Nova Zelândia) demonstram que ações formuladas sob os parâmetros habituais dos programas de “saúde mental”, centrados principalmente no nível de risco individual, não só não surtiram efeito senão que, em muitas ocasiões, geraram problemas convertendo-se alguns de seus procedimentos em novos fatores de risco. (*Ibidem*, p. 19-20)

O primeiro estudo apresentado no relatório foi realizado com os Awajún do noroeste peruano, onde há uma alta taxa de suicídio entre mulheres, principalmente na faixa dos 14 aos 17 anos de idade. Para os autores, a colonização teria produzido vazios no “direito penal” tradicional Awajún, o que teria ocasionado um “mal-estar cultural” que levaria as pessoas mais vulneráveis a recorrer ao suicídio como forma de resolução de conflitos¹¹³, gesto que seria

¹¹³ Note como há fortes semelhanças com a perspectiva de Malinowsky (1949).

“reiterado por imitação e contágio” (*Ibidem*, p. 91)¹¹⁴. Esse mal-estar cultural expressaria uma inquietação frente à “incapacidade para dominar o rumo dos acontecimentos nas atuais condições” (*Ibidem*, p. 33) e seria causado por uma combinação de fatores ligados a traumas coloniais e fatores culturais. Assim, o suicídio seria uma maneira de lidar com conflitos “inscrita no patrimônio cultural do povo Awajún” e “[p]oderia tratar-se então de uma síndrome relacionada com aspectos específicos da história ou da psicologia awajún não presentes em outros povos da mesma raiz cultural” (*Ibidem*, p. 89). Dentre as peculiaridades culturais que fariam com que o povo Awajún fosse “mais propenso que outros a este tipo de resposta autodestrutiva diante dos conflitos” (*Ibidem*, p. 34), os autores apontam para a alta exigência de seus modelos tradicionais de conduta, os quais, tensionados pelas perturbações coloniais, teriam engendrado uma série de dificuldades de diálogo entre gerações e entre gêneros¹¹⁵.

Além das análises de cunho mais psicossocial, os autores apresentam explicações etiológicas dadas por seus interlocutores Awajún, que relacionam os suicídios a estados de ânimo e modalidades de relação específicos, traduzidos como “abismo de aflição”, “desdita”, “vergonha”, “desconcerto”, “desvalorização”, “triste por culpa de outro”, “prejuízo mágico causado por outrem” etc.¹¹⁶. Apontando que “[o]s motivos atribuídos ao suicídio variam de acordo com o nível de parentesco entre a vítima e o informante” (*Ibidem*, p. 91), os autores interpretam tais explicações como maneiras “convenientes” encontradas por seus interlocutores para lidar com tais mortes e com os conflitos a elas relacionados:

Para os informantes é mais fácil identificar causas próximas (muito variadas como se viu) do que tratar de aprofundar-se em causas mais complexas, tanto a nível individual quanto coletivo. [...] Os informantes não sentem que, em boa parte dos casos, haja correlação entre o suicídio e os prolongados períodos de

¹¹⁴ Nos casos de dano por suicídio, bruxaria, homicídio e adultério, sempre se exige uma compensação do agressor à família da vítima, de forma que muitos dos suicídios ou tentativas teriam um “elemento sansônico” (*Ibidem*, p. 69), sendo realizados com o objetivo de vingar-se ou chamar a atenção, e não expressariam uma vontade real de morrer.

¹¹⁵ Os jovens ficariam frustrados e sem lugar por não corresponderem àquilo que se esperaria deles tradicionalmente e tampouco conseguirem atingir os modelos idealizados nas cidades. A introdução das escolas nas comunidades só faria agravar essa confusão e “alienação transcendental” (*Ibidem*, p. 44) que viveriam os jovens. Além disso, a mudança de uma economia de uso para uma economia de troca teria alterado as relações tradicionais entre homens e mulheres, diminuindo o poder e prestígio destas. O contato com a “sociedade envolvente” teria introduzido elementos que desestruturaram o *socius*, levando “mulheres de sensibilidade especial” a optarem pelo suicídio (*Ibidem*, p. 39).

¹¹⁶ “Não existem estados de ânimo que permitam prever os suicídios, mas algumas vezes as futuras vítimas expressam sentir-se afetadas por determinados tipos de mal-estar: *wáke besemág* (algo como abismo de aflição ou melancolia), *tutítag* (mal-estar, mas também desordem, desdita). [...] Outras emoções fortes relacionadas com as ideias suicidas são: *datsámat* (vergonha, produz um estado de dor de cabeça, que é uma típica síndrome culturalmente construída, o *napu*) *kúntuts*, *iikut*, *utijibau* (têm diferentes significados relacionados com temas como desconcerto ou dúvida), *idáyat* (como desvalorizar, não valer), *dakitút* (negar algo com cólera ou com capricho, recusar uma proposta), *jikakámat* (envergonhado, deprimido), *ebéset* (triste por culpa de outro), *túnchi* (prejuízo mágico causado por outrem, bruxaria).” (*Ibidem*, p. 55)

depressão. [...] É possível que existam razões de conveniência para limitar a explicação dos suicídios a seus aspectos mais visíveis ou imediatos. (*Ibidem*, p. 56)

O segundo estudo compilado no relatório, realizado com os Guarani do Brasil, também relaciona os suicídios a efeitos traumáticos da colonização e o decorrente mal-estar vivido pelos jovens e considera que as explicações que relacionam os suicídios a feitiços seriam formas nativas de nomear esse mal-estar¹¹⁷. Os conflitos intracomunitários que embasam as acusações de feitiço, por sua vez, seriam sintomas de uma fragmentação social ocasionada pela colonização. Para os autores, os jovens estariam entre lugares, viveriam em permanente tensão com as gerações mais velhas e com a sociedade ocidental, o que não lhes permitiria construir um sentido de pertencimento suficientemente estável¹¹⁸. Sem um lugar de pertencimento, os jovens passariam a formar grupos por afinidades. O problema seria que uma das principais afinidades que teriam seria justamente a experiência de precariedade e de não lugar, que passariam a ser símbolos identitários desses grupos.

Além disso, os autores relacionam o sentimento de mal-estar dos jovens a uma transmissão transgeracional fragmentária e carregada de traumas. Frente à desestruturação social e às experiências traumáticas transmitidas pelos mais velhos, os jovens buscariam uma vida diferente daquela de seus pais e passariam a construir novos modelos de sobrevivência, desaprovados pelos mais velhos. Isso geraria um “diálogo híbrido e tenso” dos jovens com a comunidade. Os jovens que teriam maiores dificuldades em realizar esse diálogo seriam os mais propensos a morrer por suicídio. Assim, ao mesmo tempo em que os jovens ficariam sem referenciais por verem seus pais e avós como representantes daquilo que não gostariam de ser¹¹⁹, sentir-se-iam fora dos padrões da sociedade ocidental, o que faria com que vivessem uma

¹¹⁷ Para os autores, os traumas vividos, as tensões intergeracionais e com a sociedade envolvente, os conflitos entre familiares e afins, somados à falta de terras e à situação de confinamento à qual são submetidos tornaram a “sociedade totalmente fragmentada” (*Ibidem*: 140), gerando um profundo mal-estar: “[n]esse constante incômodo de estar ‘entre lugares’, o que lhes causa intenso mal-estar, buscam uma razão para suas tristezas: ‘foi feitiço, consequência da inveja’” (*Ibidem*, p. 139).

¹¹⁸ Segundo os autores, os jovens sofrem e se sentem incompreendidos por não corresponder aos papéis sociais que lhes são tradicionalmente atribuídos. Os mais velhos, por sua vez, costumam atribuir aos jovens a responsabilidade por todo o mal que acontece à comunidade, isolando ainda mais os jovens. Ao mesmo tempo, os jovens não são aceitos nas cidades e nos entornos das comunidades, são discriminados e submetidos a condições de trabalho degradantes. Essa falta de reconhecimento, tanto entre os seus, quanto na cidade, coloca os jovens em uma situação de grande vulnerabilidade, de forma que os jovens passam a viver em uma condição de permanente transitar: “São jovens em situação de trânsito entre status sociais, uma situação que devendo ser transitória, como própria da adolescência, torna-se permanente, caracterizando-se como um “não lugar”. O estar “entre lugares” converte-se em uma forma permanente de localizar-se – ou de “deslocalizar-se” na sociedade [...]” (*Ibidem*, p. 128).

¹¹⁹ “O exemplo dos mais velhos já não é uma referência, pois resulta de uma história de vivências traumáticas sofridas ao longo do processo de civilização a que foram forçados, e por isso as gerações de seus pais e avós representam tudo o que os jovens não querem ser.” (*Ibidem*, p. 135)

profunda baixa autoestima e um sentimento de rejeição e impotência. Vivendo um presente cheio de frustrações, um futuro incerto e um passado carregado de traumas, os autores concluem que “estes jovens são o produto do que se costuma chamar uma geração que sofre do que se chama transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)” (*Ibidem*, p. 131).

No último estudo, realizado nas comunidades embera na Colômbia, os autores também relacionam os suicídios à maneira com que as violências coloniais impactam os jovens. Os autores trazem falas de seus interlocutores que associam os suicídios a malefícios enviados por “espíritos malignos” (*jai*): antes de tentarem se suicidar, os jovens padecem de um estado chamado *wawamia*, no qual têm visões “alucinantes” em que alguém (pessoa, animal ou *jai*) os persegue. Para seus interlocutores, os suicídios e casos de *wawamia* relacionam-se à ira dos *jai* devido à destruição ambiental levada a cabo por uma mineradora. Os autores, por sua vez, consideram esse estado como um quadro psicossomático em que as pessoas experimentam mudanças anímicas e afetivas, acompanhadas por sintomas corporais (diarreia, insônia, vômito, febre, convulsões...). Para os autores, a deterioração ambiental dos espaços de vida, a diminuição dos recursos naturais, a colonização e a presença de agentes armados teriam levado à desestruturação das comunidades e instituições e à perda de costumes e tradições, configurando “um quadro anômico que afetou sensivelmente os jovens, minando suas capacidades para conduzir suas vidas” (*Ibidem*, p. 167) e levando à paralisia social e econômica dos Embera. Segundo os autores, isso teria gerado “um círculo vicioso cumulativo e pernicioso que conduz essas comunidades ao estancamento social, com a consequente deterioração de valores culturais próprios e perda de capacidades organizativas” (*Ibidem*, p. 153).

Tal estado de anomia social e deterioração de valores culturais se expressaria na dificuldade de diálogo entre gerações e em experiências de menos valia, impotência e falta de perspectiva e sentido vividas pelos jovens¹²⁰. Para os autores, um agravante seria o fato de que o suicídio teria começado a fazer parte do “acervo cultural embera”: o suicídio teria se convertido em uma “prática cultural contestadora” e teria se tornado um comportamento previsível e coletivo e uma forma amplamente imitada para comunicar um mal-estar aos demais

¹²⁰ Segundo os autores, principalmente a partir da implantação de escolas nas comunidades, os valores e as expectativas dos jovens passariam a ser diferentes daquelas de seus pais, gerando um mal-estar comunitário. As mulheres e meninas seriam aquelas que mais receberiam “o impacto negativo das mudanças culturais, sociais e econômicas que se apresentaram nas comunidades embera” (*Ibidem*, p. 155). Já os jovens seriam aqueles que mais sentiriam os impactos da marginalização e discriminação na relação com os colonos, desenvolvendo com isso um desdém pela realidade e atitudes fatalistas: “[e]sses aspectos conduzem, a nosso ver, a que se desdenhe a realidade e se aceite a morte como a saída que oferece o mundo. Um dos jovens manifestou que ‘é melhor morrer rapidamente e não sentir tanta miséria e solidão e sofrer tantos golpes e insultos’. Esse desdém pela realidade se deve àqueles que intuem que suas comunidades se encontram em um processo de dissolução e que ninguém é capaz de impedir e que continuará acentuando-se” (*Ibidem*, p. 164).

e manifestar a ausência de soluções comunitárias ou familiares para tal mal-estar (*Ibidem*, p. 171).

3. Enfoque antropológico-sociológico

Os estudos reunidos neste eixo parecem orientar-se por uma “sociologia do conflito” (CAMPO ARÁUZ; APARÍCIO, 2017), dado que compreendem o suicídio como fenômeno social e analisam como este se relaciona a conflitos dentro de um mesmo grupo social ou entre diferentes grupos sociais. Parece-me que tais trabalhos adotam uma abordagem ética: diferentemente da abordagem êmica, que visa analisar aspectos socioculturais de determinada cultura a partir de seus próprios referenciais e categorias, a abordagem ética busca interpretar aspectos da cultura ou sociedade estudada a partir das categorias socioculturais do pesquisador (ROSA; OREY, 2012). Nesses estudos, as compreensões indígenas sobre o fenômeno são mobilizadas para explicarem ou serem explicadas por dinâmicas sociais e, em certos casos, as interpretações nativas do suicídio parecem ser instrumentalizadas para sustentar uma teoria prévia do autor.

Alguns argumentos se repetem nos diferentes textos, oscilando entre a tese de que o suicídio seria efeito de uma desorganização social e a tese de que o suicídio seria um dos elementos necessários ao funcionamento do sistema social¹²¹. Assim, por exemplo, alguns autores afirmam que o suicídio emergiria a partir da perda ou da interdição de maneiras institucionalizadas de “escoar” a agressividade, que seriam fundamentais para a organização das relações sociais. Outros afirmam que o suicídio substituiria mecanismos de diferenciação social que teriam sido impedidos ou teriam se tornado inoperantes. Além disso, os argumentos oscilam entre um dos polos do binômio indivíduo/sociedade, ora enfatizando a intencionalidade e autonomia do sujeito e buscando ressaltar o que o suicídio produz como gesto (e não só como é produzido), ora enfatizando como certos aspectos socioculturais determinam o ato individual de suicídio. Apesar de haver grandes divergências teóricas e políticas entre os autores, todos pressupõem que o suicídio é uma morte autoinfligida, presumindo a intencionalidade do sujeito sobre o ato. Além disso, em todos os trabalhos, os suicídios são relacionados à experiência de emoções intensas (como raiva, amor, luto e tristeza).

O caráter epidêmico do suicídio é geralmente explicado a partir de uma compreensão da morte autoprovocada como reação espontânea ao conflito social. Isso coloca algumas questões: por que em alguns povos a TMS se mantém estável? Por que são principalmente

¹²¹ Note que tal antinomia guarda importantes paralelos com um dos eixos da tipologia durkheimiana do suicídio, delineado entre o suicídio anômico e o suicídio altruísta.

jovens que morrem por suicídio? Por que o suicídio e não outras formas de reagir ao conflito social? Por que eventos elencados como motivações ou fatores determinantes para os suicídios levam ao suicídio em alguns casos e, em outros, não? Por que não há suicídios entre todos os povos que sofrem as violências coloniais? Para responder a essas questões, há duas perspectivas predominantes: uma que se debruça sobre as relações sociais e aspectos culturais dos povos indígenas em questão (observando como as relações sociais se transformam “dentro” de um determinado grupo ou cultura ao longo de um processo colonial) e outra que enfoca a atuação dos Estados coloniais (enfatizando as *relações* entre determinado grupo indígena e a sociedade não indígena). Essas duas perspectivas estão imbricadas, mas o predomínio de uma delas leva a conclusões distintas.

Como veremos a seguir, Metraux (1943), Brown (1984; 1986), Halbmayer (2001), Dal Poz (2000; 2007) e Erthal (1998; 2001) abordam o suicídio a partir de uma análise das relações sociais e aspectos culturais do grupo indígena em questão. Em linhas gerais, o suicídio é compreendido como uma forma de reação a conflitos sociais e como efeito de transformações nas dinâmicas sociais engendradas pela incidência de forças externas (p.e., Estado, colonização, missionários) sobre a sociedade em questão. Em seus trabalhos, os suicídios são apresentados como expressões variantes de complexos guerreiros, xamânicos ou feiticeiros (os quais são entendidos como mecanismos de regulação social ou, ao contrário, como efeitos da desregulação social). Vitenti (2016), por sua vez, aborda o suicídio enfocando a violência dos Estados coloniais – propõe que os suicídios indígenas seriam expressões de processos genocidas levados a cabo pelos Estados coloniais.

*

Metraux (1943) discute sobre o suicídio entre os Matakos do Gran Chaco (Argentina). Ali, ocorriam suicídios individuais e coletivos, principalmente de jovens e geralmente motivados por desentendimentos amorosos em festas. Os suicídios ocorriam invariavelmente mediante a ingestão de frutos da planta *sachasandia* (que, quando devidamente preparados e cozinhados, são um importante alimento na época do inverno)¹²². Apesar de considerar que o suicídio seria um traço cultural dos Matakos (dado que não havia relatos de suicídio entre outros

¹²² É relevante notar que quase todos os interlocutores mencionados por Metraux eram missionários. Na única menção sobre o que os Matakos falavam dos suicídios, aparece um tema que não é explorado pelo autor no artigo: a morte por suicídio aparece como “uma tentação à qual os indígenas sucumbem com incrível facilidade e que é frequentemente contagiosa” (*Ibidem*, p. 201). A saber, na interpretação dos Matakos, os jovens eram seduzidos pelas frutas da *sachasandia*: “Questionados sobre por que tentam se matar, eles explicam que se sentem compelidos a fazê-lo por alguma força superior. A fruta os atrai; o desejo de comê-la torna-se uma obsessão. Quando eles andam no mato, sua atenção fica fixa na fruta, que eles vêem em toda parte, até que a tentação se torna demasiado forte e eles a comem” (*Ibidem*, p. 205).

povos indígenas da mesma região e havia relatos de suicídios anteriores ao contato), o autor defende que a maior frequência da ocorrência do fenômeno estaria ligada à atuação missionária na região: como os missionários haviam proibido “tudo o que fazia a vida valer a pena” (*Ibidem*, 207) para os Matakó, o dia a dia nas missões teria se tornado maçante, o que poderia explicar a “indiferença” e “falta de apego à vida” manifestadas pelos Matakó. Além disso, a proibição dos missionários às formas culturalmente sancionadas pelos Matakó para dar vazão a sua agressividade teria feito com que o suicídio (ou a “simulação” de uma tentativa de suicídio) se tornasse um recurso para agredir, ameaçar, punir ou se vingar dos outros¹²³.

Brown (1986; 1984) analisa o suicídio entre os Aguaruna, povo Jívaró do Alto Mayo (Peru), com quem realizou trabalho de campo no fim dos anos 1970. O autor investiga o significado social do suicídio para esse povo, buscando entender por que o suicídio e não outra forma de “comportamento desviante” vinha sendo adotado como saída a determinadas situações de conflito e por que havia mais mulheres a se suicidar do que homens. Buscando entender como o suicídio – evento eminentemente desorganizador – era organizado e tornado compreensível pelos aguaruna, Brown elabora a hipótese de que os suicídios expressariam disputas de gênero. O suicídio seria um gesto de vingança ou afirmação de controle e autonomia por parte das mulheres, as quais, destituídas de poder, impossibilitadas de organizar reações coletivas em situações de conflito e relegadas ao estatuto de objeto, usariam o suicídio ou a “ameaça” de suicídio para se tornarem sujeitos. Ou seja, para Brown, o suicídio seria uma “arma contra a dominação masculina” (BROWN, 1986, p. 324): assim como as acusações de feitiçaria e de homicídio, o suicídio seria um evento capaz de precipitar rearranjos sociais, sendo importante para a reprodução de “arranjos políticos” na sociedade jivaroana¹²⁴. Brown defende que essa situação seria resultado de um longo processo de deterioração dos laços sociais entre os aguaruna, que produzira isolamento social e moral, especialmente das mulheres, levando a fortes respostas emocionais e produzindo movimentos de “hostilidade deslocada”. Assim, para

¹²³ Nas palavras de Brown: “É possível, portanto, que o suicídio tenha sido uma forma institucionalizada de protesto de acordo com as condições da cultura anterior que foi empregada por alguma razão concreta por um indivíduo que não encontrou outra forma efetiva para punir os membros de seu grupo, e que foi seguido por outros indivíduos cujos desejos foram despertados pelo primeiro exemplo” (*Ibidem*, p. 208-209).

¹²⁴ Segundo o autor, as acusações e ameaças constantes de assassinatos e feitiço constituiriam uma “linguagem política da morte” – a morte (que sempre é considerada homicídio, desencadeando uma série de acusações e retaliações) seria um catalisador social, uma força manipulada para fins políticos. Enquanto os homens maduros dispunham de meios institucionalizados para mobilizar parentes e aliados para lidar com conflitos, as mulheres (bem como os homens jovens) recorreriam ao suicídio por não terem poder o suficiente para mobilizar aliados e parentes e entrar no jogo dessa “linguagem política da morte”.

sair de situações de conflito, para se vingar ou para afirmar seu controle, as mulheres se suicidariam: matariam a si para atingir outro¹²⁵.

Halbmayer (2001) discute sobre os suicídios entre os Yukpa da Venezuela, que aconteciam principalmente entre homens após conflitos conjugais (especialmente conflitos motivados por adultérios). Partindo dos pressupostos de que o suicídio é um tipo de comportamento violento e que formas instituídas de violência são estruturadas de acordo com contextos sociocosmológicos, o autor defende que a organização social de um grupo se fundamenta não apenas na troca de bens, mas também na troca de diferentes tipos de violência. A saber, reações violentas socialmente aceitas em conflitos garantiriam a manutenção das distinções necessárias dentro do grupo social (distinções sem as quais há grandes riscos de uma reversão ao perigoso estado mítico de indiferenciação). Assim, partindo da proposição de Brown (1986) de que o suicídio Aguaruna decorreria de uma impossibilidade de organizar reações coletivas a um conflito social, Halbmayer busca demonstrar como a proibição – por parte de missionários e pelo Estado – da *vendetta*, da guerra e de duelos ritualizados teria destituído os homens Yukpa de formas socialmente aceitas de lidar com conflitos matrimoniais, o que teria feito com que passassem a recorrer ao suicídio para lidar com tais conflitos. Em outras palavras, a interdição de determinadas formas de violência teria impedido que os Yukpa recorressem a mecanismos fundamentais de reprodução social e manutenção da ordem, fazendo com que os suicídios passassem a assumir essa função¹²⁶.

Dal Poz (2000; 2017) discute sobre o suicídio entre os Sorowaha do médio Purus (AM). Além de revisar o esquema durkheimiano à luz da etnografia sorowaha, o autor busca compreender os suicídios em sua positividade, ou seja, como gestos que não são apenas constituídos pela organização social, mas constitutivos desta. O comportamento suicida, portanto, não seria desvio ou disfunção social, mas sim um modo padronizado e inteligível de

¹²⁵ No entanto, o autor argumenta que esta seria uma estratégia mal-ajambrada, pois reproduziria as mesmas estruturas sociais e simbólicas que tornariam a “autodestruição” alternativa atraente: “Quando as mulheres traduzem sua raiva em atos suicidas, demonstram sua impotência social, confirmando com isso os preconceitos dos homens e contribuindo para a reprodução dos significados sociais que tornam o suicídio atraente em primeiro lugar” (*Ibidem*, p. 326).

¹²⁶ Segundo Halbmayer, os conflitos que antecediam os suicídios estavam geralmente relacionados a adultérios que ocorriam no interior do núcleo de reciprocidade generalizada. Assim, se um homem atacasse aquele com quem sua esposa praticara o adultério, estaria atacando o próprio grupo e, no limite, a si mesmo, o que borraria as fronteiras entre reciprocidade negativa e positiva, incorrendo no risco de uma reversão ao perigoso estado mítico de indiferenciação. Assim, o suicídio – forma de violência que não seria nem recíproca nem negativamente recíproca, mas autorreferencial – emergiria como uma “solução”: “a violência autorreferencial na forma de suicídio ocorre no cerne da reciprocidade generalizada, se a reciprocidade negativa for introduzida pelo adultério, que equivale simbolicamente ao roubo da mulher. O suicídio é uma forma de mostrar destemor, de culpar e atacar o sedutor em uma situação em que nenhum ataque real pode ser realizado e, por último, mas não menos importante, é uma expressão de tristeza e luto” (*Ibidem*, p. 56).

comportamento engendrado por princípios estruturantes do *socius*. Além disso, Dal Poz propõe que a morte voluntária entre os Sorowaha seria um “autêntico ritual auto-agressivo” (2000, p. 102), dado que, ao tomar timbó, as pessoas seguiriam “uma sequência quase invariável de ações” que conformariam “script comportamental” (*Ibidem*, p. 103).

Assim, o autor propõe que o suicídio mediaría as relações entre os indivíduos e a sociedade de maneira paradoxal: o gesto suicida seria um “rito francamente individualizador” que articula o *socius*, instalando a diferença necessária em seu interior e, ao mesmo tempo, efetuando a projeção de uma totalidade social. Esse fenômeno estaria relacionado às transformações sociais e políticas ocorridas na sociedade Sorowaha: a ausência de xamãs fortes (que antes da chegada dos colonizadores garantiam as boas distâncias e as diferenciações sociais) e o agrupamento de grupos inimigos no mesmo território (instalando o Outro dentro do *socius*) teriam feito com que o suicídio substituísse o xamanismo como mecanismo de diferenciação social – o suicídio seria uma variante do feitiço¹²⁷. Esses aspectos aproximariam a morte voluntária entre os Sorowaha do suicídio fatalista durkheimiano e, ao mesmo tempo, do suicídio sansônico (JEFFREYS, 1952), o que leva Dal Poz a defini-la como “suicídio tópico”¹²⁸. Além de acrescentar uma categoria à tipologia clássica do suicídio, o autor propõe que a sociedade sorowaha seria governada por uma espécie de “economia mortuária”, na qual a “moeda de troca” entre vivos e mortos seriam as pessoas mortas por suicídio:

Mas se os conflitos fornecem o pretexto, ou ao menos o pano de fundo para as tentativas, é contudo a realidade da morte que engendra as grandes crises, nas quais as tentativas simultâneas, que então se multiplicam, aumentam perigosamente os riscos de novos óbitos. [...] De modo que, uma hipótese que sugere comparações interessantes com outras cosmologias sul-americanas, teríamos uma espécie de economia mortuária a governar a sociedade sorowaha – ao menos, seu lado masculino –, na medida em que são os mortos que, em grande escala, produzem os novos mortos através da resposta suicidógena ao luto e à tristeza. O suicida, com sua atitude temerária, posiciona-se em uma disputa que pode ser glosada como um cabo-de-guerra entre vivos e mortos. Estes, que o “puxam” para acompanhá-los no além, um

¹²⁷ Nas palavras de Dal Poz: “Grosso modo, existiria uma correlação genuína entre a configuração social anterior, composta de múltiplos grupos locais, e o exercício das atividades xamânicas, tanto quanto entre o agregado único atual e os atos suicidas. Na primeira, o poder dos xamãs desenvolve-se como uma mediação que se diria interlocal, através de dispositivos de cisão e de oposição que articulam e, assim, totalizam os diferentes coletivos. No segundo, sucede uma operação análoga porém no domínio interno, na medida em que a ameaça latente do suicídio regula as relações interpessoais, opondo desta feita pessoa a pessoa, e extrema assim as individualidades. Nesse novo quadro, de um lado, a feitiçaria demonstra-se uma impossibilidade lógica [...]. E, de outro, o suicídio poderia ser visto enquanto uma certa forma variante de feitiço, já que existem indícios de uma associação simbólica entre eles [...]” (*Ibidem*, p. 129).

¹²⁸ “A esta modalidade de morte voluntária, que mediatiza globalmente as relações sociais, singularizando-as dramaticamente através de processos de individuação e de totalização como os descritos para os Sorowaha, caberia talvez chamá-la de suicídio tópico, no sentido de um lugar comum e de um tema de interesse.” (*Ibidem*, p. 126)

movimento induzido pelo sentimento de pesar imediato ou pela saudade, que retorna tempos depois nas recordações e nos sonhos. (*Ibidem*, p. 113-114)

Erthal (1998; 2001) segue um caminho distinto de Dal Poz. Sem a pretensão de realizar uma tipologia do suicídio Ticuna, a autora destaca os principais temas mencionados por seus interlocutores ao falarem sobre suicídios e feitiços (como, por exemplo, conflitos familiares e amorosos, mudanças súbitas de comportamento dos jovens, vingança e inveja), buscando analisar esses temas de maneira aproximada às explicações nativas. Com isso, Erthal faz pequenos deslocamentos em relação aos autores discutidos acima¹²⁹. A autora baseia sua argumentação na teoria etiológica Ticuna, buscando compreender como os diversos agentes sociais naquele contexto conferiam sentido aos suicídios, sempre considerando interesses, ideologias e forças sociais em jogo.

Contrapondo-se à tese de que os suicídios estariam relacionados a um “choque de culturas”, Erthal propõe que os suicídios entre os Ticuna seriam modelos culturalmente elaborados para responder a situações de conflito e estariam relacionados à exacerbação de confrontos entre grupos faccionais. A atuação violenta e omissa do Estado estaria na base da intensificação desses confrontos que, por sua vez, seriam uma atualização de mecanismos de resolução de conflitos próprios ao tempo das malocas. Como seus interlocutores invariavelmente atribuíam os suicídios (e outras mortes súbitas ou prematuras) à feitiçaria, Erthal propõe que o feitiço funcionaria como um mecanismo informal de controle social, sendo uma forma de lidar com disputas que extrapolam o âmbito familiar. No intento de compreender as bases nas quais se constroem as explicações nativas, Erthal analisa mitos Ticuna em que o enforcamento é tematizado e aponta que os suicídios seriam efeitos de um tipo de enfeitiçamento específico:

Então, os suicídios seriam o resultado de enfeitiçamento específico, que mobiliza um dos espíritos maus do pajé, o *tchatchacuna*. Este espírito, ao colocar-se ao lado, abraçado ao indivíduo, faz com que mude de atitude,

¹²⁹ Por exemplo, ao relacionar alguns dos suicídios a conflitos familiares e amorosos, Erthal escreve que, mais do que os conflitos em si, o que parecia motivar os suicídios era o sentimento de desqualificação que a pessoa experimentava ao ser repreendida pelos pais ou ter uma proposta de casamento recusada (2001, p. 307). Ao discutir sobre os conflitos aparentemente banais que eram frequentemente apontados como precipitadores de suicídios, Erthal mostra como tais conflitos costumavam expressar longos períodos de tensão e conflitos latentes, que eclodiam após mudanças súbitas de comportamento dos jovens, que ficavam enraivecidos e “perdiam a razão” de forma repentina (o que frequentemente era associado ao consumo abusivo de álcool). Ainda, ao debater explicações que relacionavam os suicídios a atos de vingança, a autora aponta que a vingança não ocorre exatamente com a morte da pessoa, mas após sua morte. Nos casos de suicídios motivados pela vingança, matar-se seria uma forma de expressar a raiva contra parentes próximos, dado que, após a morte, uma parte da pessoa permanece assombrando os vivos, podendo causar-lhes uma série de infortúnios, inclusive a morte. Quando escreve sobre a relação entre a inveja e o suicídio, a autora elucida que a inveja, que potencialmente pode levar ao suicídio, não é sentida pela pessoa que morre por suicídio, mas em relação a ela.

passando a ter comportamento anti-social, de desobediência e desacato aos pais. O comportamento do indivíduo sob a interferência desse espírito é associado ao comportamento de alguém que “enlouquece” e perde a consciência do que faz. O feitiço do “*tchatchacuna*” não fica restrito a uma só pessoa, podendo atingir vários membros de um grupo familiar. O encadeamento de suicídios na mesma família nuclear ou que tem relações de afinidade e consangüinidade é explicado pelo feitiço do “*tchatchacuna*” (2001, p. 309)

O movimento de investigar mais detidamente as explicações nativas para o suicídio distancia Erthal dos trabalhos discutidos anteriormente e lhe permite apresentar a multiplicidade de interpretações e experiências relacionadas aos suicídios com grande complexidade. No entanto, Erthal se aproxima dos autores reunidos neste tópico à medida que se propõe a explicar as elaborações ticuna a partir de conceitos que acabam relegando as experiências de seus interlocutores a um lugar secundário na análise de menor grau de legitimidade, concluindo que “os conflitos intergeracionais e intrafamiliares podem ter a sua explicação colocada em elemento externo e mágico – feitiço –, retirando do âmbito das relações familiares a responsabilidade pelo ato de um dos seus componentes” (*Ibidem*, p. 308) e que “a história do *tchatchacuna*, pode ser entendida como recurso explicativo que parece dar sentido e alinhar as diferentes formas de atualização de conflitos” (*Ibidem*, p. 309).

*

Vitenti (2016) faz uma revisão bibliográfica sobre a prática do suicídio entre povos indígenas americanos, apresentando múltiplas interpretações, experiências e possíveis motivações atribuídas aos suicídios indígenas. A autora discute muitos dos trabalhos apresentados acima, criticando o fato de que seus respectivos interlocutores acabam silenciados sob o peso das presumidas determinações sociais ou culturais. Buscando enfatizar a agência sócio-histórica dos indígenas, a autora problematiza o binômio indivíduo/sociedade pressuposto nessas análises e busca apresentar formas de percepção da morte voluntária que extrapolem tal antinomia. Ademais, critica que a maior parte das análises se pauta pela noção de fatores determinantes dos suicídios (alcoolismo, violência, transmissão transgeracional inoperante etc.), o que leva a reforçar estereótipos, operar numa lógica de causalidade muitas vezes simplista e buscar explicações totalizadoras para os suicídios indígenas. Assim, a autora aponta que esses fatores não devem ser considerados como determinantes, mas sim como disparadores dos suicídios.

A autora ressalta a importância de se compreender as lógicas locais (considerando sua heterogeneidade) e respeitar a singularidade de cada caso, o que implica não partir de certos pressupostos correntes (por exemplo, que o suicídio seria patológico, ou que seria um ato

agressivo *per se*, ou que seria um sintoma de um mal-estar social). No entanto, Vitenti enfatiza que considerar as diferenças entre os suicídios em cada contexto indígena não implica em desconsiderar aspectos comuns aos diversos contextos:

[...] apesar das diferenças locais em relação às concepções de morte, sofrimento, dor e continuidade do espírito, a violência do contato com o colonizador, o sofrimento perpetrado, a perda dos territórios, a discriminação e a opressão do Estado são fatos que não podem ser relativizados ou ignorados. (*Ibidem*, p. 137)

Assim, a autora propõe que os suicídios indígenas seriam expressões de processos genocidas levados a cabo pelos Estados coloniais. Os suicídios seriam uma das facetas de um “genocídio por gotejamento” (*Ibidem*, p. 129): seriam mortes induzidas pelos Estados coloniais. Tendo isso em vista, Vitenti busca mostrar como a maior parte das compreensões dos suicídios indígenas na bibliografia contribui para naturalizá-los e desresponsabilizar o Estado, apontando que a própria ideia de “morte voluntária” exonera o Estado de seus crimes contra os povos indígenas¹³⁰. Por outro lado, Vitenti aponta que muitas das análises colocam os indígenas como vítimas passivas da colonização. Assim, preocupada em tomar os indígenas como agentes e protagonistas de sua própria história, busca compreender como cada povo vive e elabora o suicídio. Além disso, na esteira de Dal Poz (2000), Vitenti enfatiza a importância de se considerar os aspectos positivos do gesto suicida: o que um suicídio comunica, que lugar social esse gesto confere ao autor, quais problemas coloca para uma comunidade, o que articula no *socius*? Como o ato do suicídio não diz respeito apenas a faltas e perdas, mas a decisões, elaborações e enunciados críticos sobre o mundo por parte da pessoa que se mata?

O trabalho de Vitenti traz importantes contribuições para os estudos sobre suicídio entre povos indígenas, pela extensa revisão bibliográfica que realizou, por suas críticas sobre mecanismos de naturalização do “comportamento suicida” reproduzidos na bibliografia e também por seus questionamentos acerca de algumas categorias pressupostas nas investigações (p.e., cultura, aculturação e perda de tradições). Suas sugestões para a reformulação de estratégias de prevenção dos suicídios entre indígenas também são relevantes, principalmente no que diz respeito à “necessidade de escutar o que os membros das sociedades indígenas pensam sobre seus próprios conceitos de dor, sofrimento, morte” (*Ibidem*, p. 131). Além disso,

¹³⁰ Escreve Vitenti: “[...] ainda que não esteja de acordo com uma explicação causal para o suicídio entre povos indígenas, a ideia de uma ‘morte voluntária’ é, para o Estado e seus poderes, muito cômoda, dado que exonera a terceiros e ao próprio Estado. [...] Se é o Estado que induz centenas de pessoas ao suicídio, há crime de lesa humanidade” (*Ibidem*, p. 136).

Vitenti realiza um movimento fundamental quando problematiza binarismos como indivíduo/sociedade e tradicional/moderno, apontando como os processos coloniais tomam formas variadas e buscando não olhar para os povos indígenas a partir do que perderam ou deixaram de ser, como vítimas passivas da colonização, mas sim enfatizar sua criatividade e vitalidade. É importante notar, no entanto, que há uma tensão entre violência estatal e agência histórico-política dos povos indígenas que percorre todo o livro, por vezes, de forma um tanto quanto ambivalente. Em certos momentos, fica a impressão de que certas análises indígenas a respeito dos suicídios seriam inconciliáveis às análises que enfatizam o papel dos Estados coloniais. Parece-me que a presença constante dessa tensão é expressão do próprio material que Vitenti analisa, dado que este parece ser um ponto incômodo para vários autores. Como veremos adiante, talvez esta não seja uma tensão insolúvel do ponto de vista analítico.

*

Os trabalhos discutidos neste tópico trazem contribuições para dimensionarmos a magnitude dos impactos dos processos coloniais sobre os povos indígenas e ajudam a percebermos como tais processos se desenrolam de forma singular nos diferentes contextos indígenas e coloniais. Ao apresentarem fatores sociais relacionados aos suicídios, tais estudos oferecem um contraponto a análises excessivamente subjetivantes, individualizantes e/ou patologizantes. No entanto, tanto os trabalhos que enfocam as respostas socioculturais aos conflitos provocados ou exacerbados pelo processo colonial quanto aqueles que dão mais ênfase aos efeitos da violência perpetrada pelos Estados coloniais acabam deixando as experiências e análises indígenas em segundo plano ou relegando-lhes um caráter meramente ilustrativo – quando as interpretações indígenas aparecem, são precipitadamente explicadas pelo autor em termos de relações sociais ou relações de poder.

Apesar de evidenciar que os suicídios indígenas estão relacionados a uma série de violências perpetradas pelos Estados coloniais e de ressaltar a agência histórico-política dos povos indígenas nos processos coloniais, tal movimento analítico é, por vezes, apressado e pode acabar “abafando” ou até mesmo deslegitimando as experiências e análises indígenas a respeito das mortes autoprovocadas. Além disso, quando alguns autores buscam explicar o que estaria “por trás” das explicações indígenas, acabam deixando implícito que os indígenas não entendem o que realmente se passa com eles. Em vez de colocar as teorias indígenas a serviço de teorias estrangeiras, parece-me mais relevante buscar fazer com que as teorias do pesquisador sirvam como ferramentas tradutivas para melhor compreender as experiências e análises indígenas, de forma que estas possam abalar o que já se supõe saber, permitindo, com isso, formular questões enraizadas no diálogo com as pessoas implicadas. Para isso, seria

preciso encontrar caminhos metodológicos que permitissem “amolecer” nossos próprios fundamentos teóricos, tornando-os transfiguráveis pela interlocução com as pessoas indígenas¹³¹.

No tópico a seguir, apresento trabalhos nos quais os autores buscam dar mais espaço às questões formuladas por seus interlocutores, o que amplia a complexidade da discussão e convoca-nos a sustentar uma posição de não saber e de abertura para alteridades. Não obstante, como discutirei adiante, considero que a escolha dos autores de abordar as questões e interpretações nativas como representações sociais (ou, em alguns casos, como crenças) traz importantes limitações às análises.

4. Enfoque relativista: representações sociais nativas

Um grupo de pesquisa do Instituto Leônidas & Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia), coordenado pelo psiquiatra Maximiliano Loiola Ponte de Souza, estuda a temática do suicídio na Amazônia desde 2010. Compreendendo que o suicídio é um “objeto rebelde aos limites disciplinares” (SOUZA; FERREIRA, 2014), essas pesquisas de caráter qualitativo e quantitativo têm buscado desenvolver uma “abordagem interdisciplinar que reconhece a contribuição dos saberes e das práticas indígenas para conhecer e intervir sobre os problemas de saúde pública por eles vivenciados, como é o caso da questão do suicídio” (*Ibidem*, p. 1073). Debruçar-me-ei com atenção sobre as investigações qualitativas realizadas pelo grupo, pois, além de trazerem importantes contribuições teóricas, foram realizadas no município de São Gabriel da Cachoeira.

Pereira (2013; 2017) reflete sobre seu trabalho de campo sobre suicídio indígena realizado na cidade de São Gabriel da Cachoeira. Com o intuito de “questionar a ampla adaptabilidade do conceito de suicídio no contexto indígena” (2017, p. 8), a autora analisa, por meio da metodologia hermenêutica-dialética, as representações sociais que ancoram as concepções de grupos de profissionais da assistência social, educação e saúde sobre o suicídio (bem como de suas motivações, fatores precipitantes e estressores, métodos e características da pessoa que morreu por suicídio). Para isso, faz uma análise qualitativa de entrevistas realizadas em grupos focais com esses profissionais. Face à diversidade de modelos explicativos mobilizados pelos participantes para falar sobre os suicídios, Pereira aponta alguns aspectos recorrentes em seus discursos, tais quais: a atribuição da responsabilidade do suicídio a fatores

¹³¹ Isso não significa, por exemplo, que deixarei de relacionar os suicídios às violências coloniais se meus interlocutores não o fazem, mas sim que me abrirei à possibilidade de que tais violências coloniais talvez não sejam exatamente ou apenas aquilo que eu estava pensando inicialmente.

externos ao sujeito; a responsabilização da pessoa que morreu por suicídio por seu ato; e a culpabilização coletiva dos indígenas pelo suicídio.

Pereira nota que, quando a responsabilidade pelo ato é atribuída a fatores externos ao sujeito¹³², os fatores elencados geralmente estão relacionados a concepções correntes do meio social ou profissional do participante. Assim, por exemplo, os assistentes sociais elencaram fatores relacionados a conflitos familiares, desemprego, problemas em relacionamentos afetivos entre cônjuges ou namorados, e os profissionais da saúde apontaram fatores relacionados à saúde mental e ao uso abusivo de álcool e outras drogas. A autora aponta que essa atribuição da responsabilidade a fatores externos ao indivíduo, no entanto, é ambígua, dado que, muitas vezes, vem acompanhada de modelos explicativos que responsabilizam a própria pessoa que morreu por suicídio por seu ato ou atribuem o alto índice de suicídios a aspectos das culturas indígenas da região. Muitos entrevistados, por exemplo, afirmam que “os suicidas” teriam dificuldade de se adaptar à vida na cidade ou que haveria determinados traços de personalidade que predisporiam a pessoa a se matar (“os suicidas” seriam impulsivos, retraídos, fechados, deprimidos, fracos, confusos, isolados, fatalistas, individualistas etc.). Ao mesmo tempo, alguns entrevistados afirmam que essas características individuais estariam relacionadas a supostos aspectos da “cultura indígena”¹³³ (como, por exemplo, imediatismo, tendência ao comportamento impulsivo e irrefletido, pouco valor atribuído à vida, pouca capacidade de planejamento, ausência de capacidade de se projetar no futuro etc.)¹³⁴.

Enquanto Pereira se debruça sobre as representações sociais dos profissionais do município de São Gabriel da Cachoeira, Sousa (2016) realiza entrevistas com familiares de indígenas que se suicidaram entre 2011 e 2014 na sede do município e investiga os significados que os familiares atribuíram ao suicídio e as maneiras com que descreveram o falecido¹³⁵. A

¹³² Inúmeros fatores externos foram apontados como, por exemplo: desistência da vida, problemas pessoais e sociais, problemas financeiros, falta de perspectiva, forma de lidar com adversidades, fraqueza, forma de solucionar ou dar fim a uma situação em que não se encontra saída, fuga de problemas, vulnerabilidade juvenil, consumo de álcool e outras drogas, rituais espirituais não indígenas.

¹³³ “O indivíduo se mataria porque teria um conjunto de atributos pessoais, entretanto, entende-se que de algum modo, algo externo a ele (aqui nomeado de cultura), conformaria e criaria as condições de possibilidade para que aquele atributo individual se externasse.” (*Ibidem*, p. 19)

¹³⁴ “Para alguns entrevistados a cultura seria um fator importante para a questão do suicídio local, porque na cultura indígena haveria uma tendência ao comportamento impulsivo, não reflexivo e pouco valor à vida em relação aos planos. [...] as representações dos entrevistados percebem aquilo que chamam de cultura indígena como algo ligado à falta de controle, falta de planejamento, falta de amor pela vida e falta de metas. Assim, a cultura indígena seria relacionada à ausência e incapacidade de planejamento futuro [...]” (*Ibidem*, p. 18)

¹³⁵ Para isso, Sousa realiza uma autópsia psicossocial sobre os suicídios. Essas autópsias são uma adaptação do método de Autópsia Psicológica que, originalmente elaborada por Shneidman (1994), envolve dois procedimentos principais: 1. Entrevistas com familiares, pessoas próximas à vítima e profissionais de saúde que acompanharam o falecido; e 2. Coleta e análise de documentos relevantes (p. e., prontuários, diário pessoal, carta de despedida etc.).

autora ressalta alguns aspectos em comum entre os suicídios: a maioria das pessoas era jovem; do sexo masculino; enforcou-se (com corda ou com manga de camisa); a ocorrência ocorreu no fim de semana; grande parte das famílias era originária da zona rural de São Gabriel e migrara para a cidade; em muitos casos, as pessoas que morreram por suicídio já haviam realizado tentativas previamente; em muitos casos, outro familiar já havia se suicidado ou tentado suicídio; a maioria dos casos envolvia o consumo de álcool industrializado e outras drogas. Dentre as explicações mobilizadas pelos familiares, as mais frequentes foram: conflitos familiares; inveja; sopro; estrago; tristeza ou culpa pela perda de um parente; ser chamado por um parente morto ou desejar se juntar a um parente morto. Em muitos casos, as pessoas não aparentavam tristeza nos dias ou meses que precederam o suicídio. É importante notar que, diferentemente das explicações mobilizadas pelos profissionais no estudo realizado por Pereira (2013), a dificuldade em se adaptar à vida na cidade aparece em apenas uma narrativa e, em muitas narrativas, os familiares relatam que o falecido era aparentemente feliz e tinha muitos planos.

Muitos entrevistados relataram que a pessoa, antes de se enforcar, começara a ouvir vozes ou ver pessoas mortas ou entidades. Uma das pessoas ouvia vozes pedindo que ela se enforcasse e via cordas que os outros não viam, o que a levou a inúmeras tentativas de suicídio. Em outro caso, nos meses que antecederam à sua morte, a pessoa (que até então não aparentava tristeza) alegou ter visto um homem vestido de preto e, a partir de então, passou a apresentar tristeza e desânimo constantes. Em outro caso, a irmã do falecido atribuiu a morte a esse homem de preto citado no caso anterior, alegando que seu irmão foi encontrado sentado e não pendurado, de forma que não poderia ter feito aquilo sozinho. Noutro caso, um menino ouvia vozes pedindo que se enforcasse e, sempre que tentava suicídio, perdia a memória e não se lembrava de nada. Uma de seus familiares pensava que essas vozes eram chamados de outras pessoas que haviam se enforcado em São Gabriel e que tinham conseguido chamar o menino, pois ele estava “fraco”.

Em muitas das narrativas, a responsabilidade pelo suicídio foi atribuída a parentes ou pessoas próximas do morto. Num dos casos, os familiares responsabilizavam a mãe de um menino que morreu por suicídio, pois esta costumava “sovinar” comida para o filho. Em outros casos, o suicídio era atribuído a um sopro de um familiar ou de um vizinho, que queria se vingar por uma morte. Noutro caso, o suicídio foi atribuído a um “estrago” motivado por inveja de pessoas da comunidade. Em outro, os pais de um menino que morreu por suicídio relataram que achavam que a morte de seu filho se devia a um castigo de Deus pelos pecados que haviam cometido no passado. Além disso, muitos suicídios foram relacionados ao fato de a pessoa estar

afetada por parentes mortos ou buscar juntar-se a familiares que já morreram. Em um dos episódios, a mãe do falecido relata que o filho sempre falava que “do jeito que meu irmão morreu, eu vou morrer” (SOUSA, 2016, p. 75). Em outra ocorrência, a família relata que o falecido se sentia culpado pela morte do pai – os dois trabalhavam com madeira e o pai morreu atingido por uma árvore que seu filho serrava. O jovem se enforcou após passar meses atormentado. Em dois casos, os jovens diziam querer se enforcar para se juntar ao irmão já falecido por enforcamento e sonhavam com o irmão falecido lhes chamando para seu mundo¹³⁶.

Na interpretação de Sousa, essas narrativas seriam tentativas de “restaurar um sentido de ordem que foi quebrado pelo suicídio” (*Ibidem*, p. 83). Em seus relatos, os familiares buscariam ressaltar aspectos positivos da pessoa que morreu por suicídio para proteger sua integridade e a da própria família. Seriam formas de elaborar a perda, reconstituindo uma imagem do seu mundo interno e protegendo a imagem da pessoa que se suicidou. Além disso, apesar de ressaltar a importância de se ter cautela com os conceitos biomédicos de transtornos mentais em contextos indígenas, a autora indica a importância de avaliar se algumas pessoas que se suicidam ou tentam suicídio sofrem de transtornos mentais, apontando que alguns aspectos das descrições presentes nas narrativas poderiam ser identificados como sintomas depressivos e outros como sintomas psicóticos.

É relevante que nenhuma família entrevistada por Sousa relatou buscar tratamentos ou cuidados de rezadores, benzedores, *kumuã* ou serviços de atenção à saúde oferecidos pelo município. Além disso, a autora aponta para o desconforto manifestado por alguns profissionais de saúde em relação aos suicídios:

Durante a coleta de dados, ficou claro o desconforto de alguns profissionais de saúde quando descobriam a temática da pesquisa que estávamos desenvolvendo em São Gabriel da Cachoeira. Foram muitos os ACS [Agentes Comunitários de Saúde] que se negaram a colaborar com a pesquisadora por acharem que “mexer com esses assuntos faz é atrair coisa ruim pra gente”. (*Ibidem*, p. 99)

¹³⁶ Sousa escreve: “Geraldo nunca havia expressado desejo, nem tentado cometer suicídio. Em 2002, um de seus irmãos cometeu suicídio por enforcamento, fato que o deixou muito abalado. Costumava relatar à mãe os sonhos constantes que tinha com o irmão e sua vontade de “estar junto dele”. Perguntava a ela como alguém pode ter coragem de fazer isso consigo mesmo” (*Ibidem*, p. 68). “[Ivan] Foi retratado pela mãe como sendo um homem trabalhador, sem muitos amigos e caseiro, aparentava constante tristeza. Segundo a mãe, essa melancolia se devia à morte de um dos seus irmãos ocorrida um ano antes, vítima de aneurisma. Todas as vezes em que ficava bêbado (Ivan costumava beber constantemente), ia para o cemitério da cidade para “ficar perto do irmão”. [...] Uma parte da culpa pela morte de Ivan também foi atribuída ao seu irmão morto. Segundo a mãe, o filho morto pode ter “chamado o irmão em sonho para ir pra junto dele. Meu filho sempre falava isso, mamãe, acho que um dia eu vou morar junto com meu irmão, ele falou comigo, mostrou a casa onde nós vamos viver” (*Ibidem*, p. 71-72).

Além disso, é importante que, após o término formal das entrevistas, alguns familiares trouxeram uma questão que não estava no questionário: o que acontece com quem se mata? Esses familiares se mostraram preocupados com a situação atual do falecido e descreveram um terrível destino pós-morte para as pessoas que morrem por suicídio. Para Sousa, essas narrativas sobre o pós-morte seriam “crenças” que evidenciariam a aflição dos familiares em relação à morte de seu ente querido:

Segundo a mãe, sua tristeza maior é que o filho tenha “virado bicho”, pois segundo histórias contadas pelo seu pai, as pessoas que tiram a própria vida costumam sofrer bastante no “outro mundo”, transformando-se em animais como cobra, paca, cutia, tendo uma “sobrevida” à base de abacaxi, macaxeira e outros alimentos plantados na roça. (*Ibidem*, p. 59)

O pai também demonstra preocupação em relação a como os filhos vivem hoje, “As pessoas dizem que quem se mata vira sapo, cobra cutia, bicho do mato. Sempre me falaram isso. Sonhei com ele e quero ver ele sempre bem. (*Ibidem*, p. 69)

Sousa conclui que os suicídios no contexto urbano de São Gabriel da Cachoeira estariam relacionados à dificuldade de gerenciar conflitos, principalmente os familiares. Isso estaria relacionado a inúmeros fatores (como, por exemplo, novas composições familiares, busca de novas formas de subsistência e consumo de álcool catalisando ou elicitando conflitos), mas um agravante significativo seria o fato de que as estratégias tradicionais para lidar com os conflitos (como, por exemplo, aconselhamento e exemplo parental) teriam perdido sua eficácia simbólica. Por outro lado, a eficácia simbólica das agressões xamânicas teria continuado operante:

Se por um lado, os conselhos e práticas tradicionais de apaziguamento das relações estariam pouco operativas, por outro, haveria uma espécie de guerra constante por meio de encantamento xamânicos, motivados por raiva, inveja e outras tantas razões. A eficácia simbólica das agressões xamânicas não é sequer posta em questionamento, metáfora da inequívoca situação de tensão e ameaça, que é de algum modo percebida pelos moradores de uma São Gabriel da Cachoeira, perigosamente superpovoada, e cheia de outros, não parentes, e inimigos, tanto deste, como de outros mundos. (*Ibidem*, p. 104)

*

Souza (2016), buscando entender como o suicídio é representado entre indígenas do município de São Gabriel da Cachoeira, analisa narrativas sobre suicídio proferidas por um *kumu* (pajé) de Iauaretê. Sem buscar uma compreensão totalizante, Souza se vale de duas chaves analíticas complementares para analisar as narrativas do *kumu* sobre os suicídios: o processo de construção de pessoas e o processo de construção de parentes nos contextos

ameríndios. Com isso, Souza associa os suicídios a tensões intergeracionais, tensões de gênero e tensões no campo do parentesco, apontando que tais tensões expressam conflitos profundamente ancorados em aspectos socioculturais e históricos dos povos indígenas do Alto Rio Negro, cujo gerenciamento estaria comprometido, dado que as estratégias tradicionais de resolução de conflitos teriam perdido sua eficácia simbólica, sem, no entanto, terem sido substituídas por novas estratégias.

Segundo o autor, entender como o suicídio é representado pelos indígenas nesse contexto pode servir como ponto de partida para construir estratégias menos etnocêntricas para lidar com esse fenômeno. Sublinhando que o suicídio é um fenômeno sociocultural complexo que não pode ser reduzido a uma questão de saúde mental, Souza busca compreender as elevadas TMS entre indígenas, considerando as transformações nos seus universos simbólicos decorrentes do contato violento com não indígenas. Ao mesmo tempo, ressalta a importância de se considerar as estratégias mobilizadas pelos indígenas para lidar com o fenômeno, buscando compreender como estas se ancoram em seus universos simbólicos.

Tendo isso em vista, Souza problematiza o conceito biomédico de suicídio, uma vez que, de acordo com as representações locais, a morte autoinfligida é fruto da agência de terceiros e não da própria pessoa que morreu por suicídio (*Ibidem*, p. 148). Nos modelos explicativos dos indígenas da região, os suicídios são compreendidos como infortúnios causados por outrem: são atribuídos a agressões xamânicas – como sopro, estrago ou feitiço – ou como manifestação de uma predação pelos mortos¹³⁷. Ao problematizar o conceito de suicídio e considerar o processo de construção de pessoas e o processo de construção de parentes – explorando “eventuais fissuras e fraturas no campo do parentesco” (*Ibidem*, p. 149) –, o autor busca novos sentidos para a suposta banalidade atribuída aos conflitos que precedem as mortes dos jovens indígenas.

Na esteira de Seeger et al. (1979), Souza relata que os rituais de iniciação são fundamentais para a construção do corpo do jovem que, por sua vez, é indissociável da

¹³⁷ Souza relata que, nas narrativas locais, o suicídio geralmente é atribuído a agressões xamânicas como sopro, estrago ou feitiço. Já o *kumu* entrevistado oferece um modelo explicativo diferente, apontando que os suicídios não são causados por feitiço, mas resultam da predação pelos mortos: “[O *kumu*] explicita que anteriormente também pensava que os suicídios seriam causados por ‘estrago’. Ou seja, antes de tomar conhecimento que espíritos de jovens mortos por suicídio estariam atacando outros jovens, induzindo suas mortes, o narrador pensava que o suicídio seria causado por encantamentos xamânicos. Sendo causado por feitiço, haveria tanto a possibilidade de *kumus*, como ele próprio estarem provocando as mortes, como também serem capazes de evitá-los ao formularem contrafeitiços. Mas sendo o suicídio causado por espíritos, isenta-se o *kumu* de responsabilidades eventuais, bem como justifica a ineficiência de seu conhecimento em preveni-los. Aqui temos um conhecedor tradicional rejeitando a perspectiva dos informantes de Pereira (2013), que associava o suicídio a encantamentos xamânicos. Essa rejeição e a proposta de um modelo explicativo alternativo dão sentido à própria incapacidade do narrador de enfrentar esse problema” (*Ibidem*, p. 156).

construção de laços de parentesco. Assim, o jovem que não finalizou seu processo de iniciação ainda está em processo de intensa transformação, de forma que se encontra em um período perigosamente liminar e ambíguo. A transição para a vida adulta é uma fase da vida em que se estabelece uma relação privilegiada com as alteridades, tornando o jovem especialmente propenso a se comunicar, ser atacado ou familiarizado por seres de outros mundos. Além disso, é um período em que o jovem ainda não tem um status social definido e pleno e ainda não assimilou bem as normas e os valores do grupo, de forma que tende a ser transgressivo¹³⁸. Tendo isso em vista, o autor aponta que a interdição dos rituais de iniciação (especialmente do ritual do jurupari) pelos missionários a partir da década de 1920 impossibilitou que os jovens realizassem procedimentos estruturais para a produção de uma pessoa plena, o que levou à sua vulnerabilização:

Percebe-se, portanto, que esse atributo da juventude ser uma fase da vida voltada para o contato com o “outro” seria mais um fator a contribuir com a vulnerabilidade juvenil ao suicídio, dada a periculosidade inata do “outro”, seja ele um afim tenuemente consanguinizado ou inimigos explícitos. Essa vulnerabilidade se expande já que se entende que nos dias de hoje os jovens não seguiriam certos procedimentos rituais de proteção para situações de contato com a alteridade, seja por sua já conhecida desobediência, seja por não terem aprendido, com seus pais ou avós (PEREIRA, 2013). (*Ibidem*, p. 154)

No modelo explicativo do *kumu* entrevistado por Souza, não estar devidamente protegido e preparado para o contato com a alteridade é especialmente perigoso no que diz respeito à relação com os mortos. O morto é um não parente, um inimigo com comportamento predatório, que interage de modo hostil com os vivos. No caso do suicídio, isso engendra uma perigosa circularidade: mortes por suicídio levam a mais mortes por suicídio. No entanto, enfatiza Souza, isso é muito diferente da categoria psiquiátrica de “suicídio por contágio”, já que não está embasado no modelo biomédico de bactérias ou vírus que se espalham, mas se relaciona a perigos existentes no processo de construção do corpo, do parentesco e da relação com a alteridade.

Além disso, Souza relaciona a amplificação dos conflitos que precedem os suicídios (relacionados à sovinice, desobediência juvenil, tensões conjugais etc.) às transformações decorrentes do contato com os não indígenas e as subsequentes mudanças nas relações interétnicas regionais. A convivência intensa e próxima dos diferentes grupos étnicos, por exemplo, aumenta a probabilidade de ocorrerem conflitos relacionados à desobediência de

¹³⁸ Esse período se mostra particularmente perigoso em um universo em que a afinidade é a matriz relacional cósmica; em que a consanguinidade é sempre parcial e tem de ser continuamente construída e demarcada para que a afinidade (que é perigosa) não irrompa.

regras maritais (como a exogamia linguística) e faz com que os jovens tenham mais contato com pessoas que estão fora do seu círculo de parentesco (com quem, muitas vezes, entretém relações de hostilidade latente)¹³⁹. Ainda, segundo o autor, as influências missionárias minaram “crenças” que poderiam ter uma ação preventiva sobre conflitos que potencialmente levariam ao suicídio:

Esses aspectos apontam para transformações importantes que impactariam em sistemas simbólicos estruturantes da mediação de certos conflitos. Assim, quanto ao suicídio, crenças antigas não poderiam ser recrutadas no cotidiano contemporâneo, seja porque elas não são adequadas para este mundo transformado, seja porque elas se perderam, e as pessoas não lhes dão mais crédito. (*Ibidem*, p. 156)

Por fim, Souza aponta que as ideias de que os jovens seriam desobedientes e estariam em situação de liminaridade, bem como o fenômeno do suicídio, aparecem nos mitos indígenas. No entanto, observa o autor, muitas etnografias descrevem que os indígenas afirmam que certos papéis sociais, conceitos e instituições (como escolas, professores, hospitais etc.) sempre existiram, já existiam antes de os brancos chegarem. Assim, para o autor, afirmar que o suicídio sempre existiu seria uma forma de elaborar estratégias para lidar com o problema e uma maneira de dar sentido a essas mortes. Dessa forma, as narrativas míticas que versam sobre o suicídio, bem como as formulações do *kumu*, seriam

[...] estratégias culturalmente desenvolvidas, por um lado, para demarcar a precariedade das condições de vida contemporâneas dos povos indígenas e, por outro, para criar um senso de continuidade cultural diante das rupturas associadas ao etnocídio histórico do qual foram vítimas. (*Ibidem*, p. 152)

Partindo dessa ideia de que as narrativas míticas são acessadas pelas pessoas indígenas para dar sentido às experiências vividas no cotidiano, Souza e Ferreira (2014) analisam o mito de Jurupari e, a partir disso, fazem um exercício de “estranhamento antropológico” em relação ao conceito biomédico contemporâneo de suicídio. Considerando que, nas diversas variações do mito, Jurupari só morre porque revela àqueles que queriam lhe matar como poderia ser morto¹⁴⁰, os autores questionam se a morte de Jurupari poderia ser considerada um suicídio tal como este é concebido desde a perspectiva biomédica. A partir dessa questão e levando em

¹³⁹A irrupção dos conflitos, eclipsados no cotidiano, muitas vezes, é acompanhada do consumo de álcool. Contudo, segundo o autor, não é possível tomar o álcool como variável explicativa isolada desses conflitos, dado que esses conflitos se assentam em dinâmicas complexas que, na maior parte das vezes, precedem o consumo do álcool, sendo este apenas um catalisador que explicita ou amplia os conflitos.

¹⁴⁰Note a semelhança com o suicídio vicário de Mataviliye no mito Mohave descrito por Devereux (1961).

consideração a definição de suicídio da OMS (ato intencional que leva à morte, praticado pelo próprio sujeito), os autores fazem três perguntas: “Jurupari queria morrer?; Jurupari morreu?; Quem matou Jurupari?” (*Ibidem*, p. 1067). Ao extrapolar essas questões para além da narrativa mítica, essas perguntas se desdobram nas seguintes questões: “1. Quem se mata quer morrer?; 2. Quem se mata morre?; 3. Quem mata quem se mata?” (*Ibidem*, p. 1068). A partir dessas perguntas, os autores discutem sobre as “dificuldades em se avaliar intencionalidade das pessoas no contexto indígena”, sobre “diferentes concepções indígenas sobre morte e morrer” e sobre “a imbricada correlação entre suicídio e homicídio em certos sistemas etiológicos ameríndios” (*Ibidem*, p. 1073).

A primeira questão (“Jurupari queria morrer?” ou “Quem se mata quer morrer?”) diz respeito à intencionalidade do sujeito sobre seu ato. Essa é uma questão fundamental para as abordagens biomédicas e legais do suicídio, pois uma operação essencial para definir o suicídio é diferenciá-lo de um acidente. Por sua vez, no contexto ameríndio, essa questão remete ao caráter eminentemente relacional da pessoa (o sujeito não é concebido como um indivíduo que precede ou se opõe a um *socius*, mas é composto de relações com seus parentes e os demais seres que compõem o cosmos) e à dificuldade em dizer que um suicídio subsequente a um conflito entre parentes seria uma decisão consciente e individual¹⁴¹. A segunda questão (“Quem se mata morre?”) emerge da constatação de que a morte de Jurupari não é um fim, mas uma transformação (em paxiúba ou em flautas, a depender da variação do mito)¹⁴². Já a última questão (“Quem mata quem se mata?”) refere-se à operação do sistema classificatório biomédico de distinguir entre suicídio e homicídio e, novamente, remete ao caráter relacional da pessoa ameríndia, dessa vez, considerando que, nas terras baixa sul-americanas, os conflitos interpessoais remetem a um campo de agressões xamânicas mediadas por feitiços, de forma que a doença e a morte nunca são naturais, são sempre fruto da agência de outrem. Dessa forma, como é recorrentemente apontado na literatura etnológica em diversos contextos ameríndios, a

¹⁴¹ Para os autores, em muitos casos de suicídio, o problema da intencionalidade já estaria dado antes mesmo de uma análise antropológica, pois a pessoa que se mata faz o uso de álcool, que leva a uma espécie de turvação da consciência.

¹⁴² Os autores afirmam: “Sem incorrer no erro de adotar uma abordagem culturalizante do fenômeno do suicídio entre os povos indígenas, ao desconsiderar os efeitos das relações de poder e de subjugação estabelecidas entre a sociedade nacional no processo de colonização do Brasil, precisamos considerar que estudos antropológicos (DAL POZ, 2000; VIVEIROS DE CASTRO, 1986; CESARINO, 2011) apontam para o fato de vários povos indígenas não considerarem a morte o fim da vida e da pessoa. Nesse caso, a morte por suicídio também poderia remeter à transformação do status da pessoa indígena no contexto sociocósmico do qual ela faz parte” (*Ibidem*, p. 1070-1071).

pessoa que morre por suicídio geralmente não é reconhecida como autora de sua morte, que é atribuída à ação de terceiros¹⁴³.

A partir desse exercício, os autores apontam para as limitações da transposição do conceito de suicídio para contextos indígenas, pois este está pautado por uma ideologia individualista moderna, enquanto que os universos socioculturais indígenas são eminentemente relacionais. Apontam, assim, para a necessidade de adotar uma “vigilância epistemológica” quanto ao uso do conceito biomédico de suicídio em contextos indígenas e para a necessidade de realizar pesquisas qualitativas sobre a temática do suicídio entre povos indígenas que não façam uma transposição precipitada do conceito de suicídio para os contextos estudados, mas busquem antes compreender as perspectivas dos indígenas sobre os suicídios e, assim, estabelecer comparações entre as concepções êmicas (nativas) e éticas (do discurso científico ocidental):

Em relação ao uso de metodologias qualitativas, buscamos evidenciar a importância da necessidade de um aprofundamento teórico-conceitual para a abordagem da temática do suicídio entre povos indígenas. Não basta tão somente supor que um conceito amplamente aceito em um contexto tenha aplicabilidade noutro. Deste modo, sustentamos que em uma pesquisa qualitativa, de orientação compreensiva, antes mesmo de se indagar a respeito das possíveis causas do suicídio (pergunta em geral fácil de ser feita), seria necessário investigar a compreensão das pessoas sobre esta questão. Será que, do ponto de vista destas pessoas, aqueles que induzem a sua própria morte estão realmente se suicidando? (*Ibidem*, p. 1072)

*

Os trabalhos reunidos neste tópico trazem grandes contribuições para o desenvolvimento de uma abordagem interdisciplinar que “reconhece a contribuição dos saberes e das práticas indígenas para conhecer e intervir sobre os problemas de saúde pública por eles vivenciados, como é o caso da questão do suicídio” (SOUZA; FERREIRA, 2014, p. 1073). Ao abordarem a polissemia de experiências e compreensões a respeito das mortes autoprovocadas – escutando profissionais da saúde, educadores, assistentes sociais, familiares de pessoas que morreram por suicídio e especialistas indígenas – ampliam as possibilidades de compreensão do fenômeno, trazendo questões fundamentais a respeito da adequação do conceito biomédico

¹⁴³ Escrevem os autores: “Considerando que Jurupari agiu de modo a promover a sua morte, ao revelar a forma como poderia ser morto, foram outros que efetivamente lhe jogaram na fogueira. Aqui, parece estar implícito um aspecto importante da perspectiva sociocósmica de diferentes povos indígenas sobre o processo saúde-doença e morte. Mesmo que a pessoa possa ser responsabilizada em algum grau pelo seu infortúnio quando, por exemplo, desrespeita normas que regulam sua relação com os outros seres que habitam o mundo – humanos ou não –, nas terras baixas sul-americanas, a doença e a morte são em última instância fruto da agência exercida por outros – sejam eles seres espirituais que habitam o cosmos, sejam feiticeiros de outros grupos (BUCHILLET, 2004)” (*Ibidem*, p. 1071).

de suicídio às realidades indígenas, da qualidade da intencionalidade do sujeito na morte autoprovocada e de como tais processos de morte se relacionam a processos de construção da pessoa e do parentesco. No entanto, o recurso às noções de “eficácia simbólica”, “crença” e “representação social” traz limitações importantes, dado que tais noções implicam a distinção êmico/ético, obliterando o fato de que o ético também é localizado histórica e culturalmente (cf. STENGERS, 2011; LATOUR, 1994; SANTOS, 1988). Além disso, não permitem que pensemos em termos de relações que não são apenas simbólicas, como parecem propor alguns de nossos interlocutores. Ademais, acabam reforçando uma oposição um tanto quanto rígida entre biomedicina e regimes de cuidado ameríndios, o que dificulta perceber as várias composições produzidas em campos de intermedicalidade. Ainda, essa distinção encobre que mesmo as definições biomédicas de suicídio mais “ortodoxas” também têm suas ambiguidades no que diz respeito à atribuição de responsabilidade e intencionalidade do sujeito sobre seu ato.

5. Enfoque cosmopolítico: princípios nativos de subjetivação

Nos últimos anos, houve um aumento significativo das publicações que se debruçam sobre o tema do suicídio entre povos indígenas na América Latina. É relevante notar que, especialmente nos últimos dez anos, tem se delineado nova inflexão sobre o tema. Ao debruçarem-se sobre os princípios nativos de subjetivação, as publicações mais recentes têm dado uma ênfase cosmopolítica ao problema, buscando levar a sério as concepções e experiências “nativas” sobre o fenômeno, o que implica não tomar essas concepções como crenças, metáforas ou representações sociais de um único fenômeno (o suicídio), tampouco buscar explicar suas compreensões e experiências em termos sociológicos ou em termos de representações sociais/culturais. Nas palavras de Aráuz e Aparício (2017), esses trabalhos mostram:

[...] uma orientação que insiste menos no que poderíamos chamar de sociologia do conflito e que se concentra com maior interesse em princípios nativos de subjetivação: o paradoxo do suicídio se conecta, assim, ao universo das ontologias ameríndias. Por isso é possível afirmar que há uma destacada ênfase cosmopolítica no suicídio, que é concebida como a insistência do cosmos e das subjetividades não humanas na vida sociopolítica dos humanos, e que nos impele a uma atitude de cautela e lentidão analítica diante de interpretações precipitadas sobre as causas deste fenômeno, dramaticamente presente na Amazônia, nos Andes e em outras regiões da América do Sul. (*Ibidem*, p. 10)

Dentre esses trabalhos, destaco os artigos de Keffenheim (2002) sobre os Kashinawa; de Pechincha (2018) sobre diversos povos da América do Sul; de Lescano e Scartezini (2018)

sobre os Guarani Kaiowa e Karajá; as dissertações de Pimentel (2006) sobre os Guarani e Kaiowá; de Aparício (2014) sobre os Suruwahá; de Vianna (2012) sobre os Baniwa; a maioria dos trabalhos publicados no livro “Etnografias del suicídio en América del Sur” (CAMPO ARÁUZ; APARÍCIO, 2017); as teses de Matos (2014) sobre os Matsés; de Nunes (2016) sobre os Karajá; e de Gongora (2017) sobre os Ye’kwana.

A inflexão cosmopolítica que orienta tais trabalhos permite aos autores levar a sério o que seus interlocutores lhes dizem e adotar uma reflexão mais lenta sobre os fenômenos, uma vez que a hesitação passa a ser um ingrediente metodológico fundamental. Levar as experiências e explicações indígenas a sério ralenta as análises, pois “tira o chão” dos pesquisadores: os pontos de ancoragem costumeiramente usados deixam de ser óbvios. Tal hesitação é consequência da decisão de abandonar a postura multiculturalista que presume que haveria diferentes pontos de vista sobre uma mesma natureza, pois essa postura, muito tolerante, esconde uma arrogante presunção de que “nós” (pesquisadores, profissionais da saúde, “modernos”¹⁴⁴) teríamos um acesso privilegiado ao Real que estaria por trás das diversas realidades, de que entenderíamos aquilo que o outro não entende sobre si, de que teríamos a incumbência de explicar e validar as explicações dos outros (STENGERS, 2011; LATOUR, 1994). Ou seja, presume que “nós” seríamos capazes de ter uma visão panorâmica enquanto que todos os outros teriam visões localizadas. Com isso, essa postura faz com que incorramos sistematicamente em erros, pois nos faz esquecer que nossos pontos de ancoragem também estão em lugares específicos no espaço-tempo e, assim, impede-nos de olhar para nossos próprios equívocos.

A partir do momento em que assumimos que não temos acesso privilegiado ao Real – e não tomamos as explicações indígenas como metáforas, como representações sociais, culturais ou (no pior dos casos) como crenças –, deixamos de ter certeza de que entendemos o que nossos interlocutores querem dizer quando falam de pessoas, parentes, doenças, mortes, sonhos, envenenamentos, enforcamentos, capturas por espíritos, suicídios etc. E mais, começamos a estranhar a própria noção de que haveria um único Real por detrás de múltiplas realidades. A saber, começamos a perceber que a ideia de que há um único universo (ou uma única natureza ou uma única humanidade) não tem nada de universal. Essa postura hesitante – que implica a sustentação das dúvidas e o reconhecimento de que qualquer análise que pretendesse uma explicação totalizante desses fenômenos seria no mínimo redutora – parece ser o horizonte dos trabalhos reunidos neste tópico.

¹⁴⁴ Quando escrevo “modernos” refiro-me ao conceito de Bruno Latour em “Jamais fomos modernos” (1994).

Esses autores partem do reconhecimento de que as diferentes vivências e explicações dos “suicídios” remetem a planos ontológicos e não apenas epistemológicos (MATOS, 2017) ou sociológicos (HALBMAYER, 2017). Assim, tais autores não restringem suas discussões a questões de identidade, “choque de culturas”, perdas ou sobreposições de referenciais simbólicos, mas passam a se debruçar sobre os processos de fabricação de corpos, pessoas e redes de parentesco e olhar para como esses processos dependem de uma série de relações com outros seres dotados de intencionalidade (vegetais, minerais, animais, espíritos, pessoas não indígenas, mortos etc.). Com isso, esses autores apontam que as compreensões xamânicas oferecidas por seus interlocutores não estão dissociadas das explicações que remetem às transformações e violências decorrentes dos processos coloniais e estão imbricadas às explicações que relacionam os “suicídios” a questões de motivação pessoal, conflitos interpessoais e estados emocionais ou afetivos (como inveja, raiva, tristeza etc.). Considerar isso requer não apenas atentar para as formas com que seus interlocutores vivem e concebem seus corpos, redes de parentesco e socialidade, relações de alteridade etc., mas efetivamente dialogar com elas:

É fundamental que as soluções propostas pelas políticas públicas para o enfrentamento de casos de recorrência de suicídios entre povos indígenas sejam construídas em um diálogo qualificado e cuidadoso, que abra de fato espaço e escuta para as formas como os indígenas descrevem e vivenciam tais fenômenos. (MATOS, 2017, p. 168)

Tendo isso em vista, os autores discutem sobre como seus interlocutores concebem e vivem os processos coloniais, as políticas públicas realizadas em seus territórios e os “suicídios” – discussões essas que inevitavelmente levam a questionamentos sobre como os processos coloniais têm influido nas relações estabelecidas por esses povos com seus Outros. Alguns autores centram suas análises nos processos ameríndios de fabricação da pessoa e do parentesco – processos instáveis e altamente transformacionais, cuja manutenção e desenvolvimento requer uma série de cuidados e “negociações” com pessoas mais que humanas. Tais análises investigam, por exemplo, como os “suicídios” se relacionam a processos de transformações descontroladas (ou controladas por outrem), à dificuldade em manter “boas distâncias” em relação a outros seres (brancos, mortos, espíritos etc.) e/ou a mudanças na alimentação e nos rituais de passagem dos jovens.

Alguns autores ressaltam que as práticas de mediação das interações com as alteridades e o controle das transformações corporais são fundamentais para que se possa manter a perspectiva de sujeito. Se essas práticas não são feitas ou são malfeitas, aumentam os riscos de

que as pessoas sejam seduzidas, familiarizadas, capturadas ou atacadas por outrem, entrando em um processo de transformações descontroladas. Assim, alguns autores, tendo a questão dos ataques xamânicos em vista, questionam se “suicídio” seria um termo adequado para descrever esses fenômenos, apontando que “morte autoprovocada” não é uma noção mobilizada por seus interlocutores, para quem tais mortes parecem mais se aproximar de homicídios do que suicídios. Já outros apontam que os jovens seriam as vítimas privilegiadas desses processos por serem pessoas especialmente vulneráveis e “abertas” aos contatos com as alteridades. Além disso, apontam outros autores, experiências comumente relacionadas aos “suicídios” (como consumo de bebidas alcóolicas, sonhos, “visagens”, mudanças súbitas de comportamento, perda de um ente querido etc.) também dizem respeito a metamorfoses corporais e deslocamentos no campo do parentesco, que implicam transformações nas relações da pessoa com seus parentes e/ou com seus Outros.

Para que fique mais fácil de compreender tais pontos, apresento a seguir alguns dos trabalhos reunidos no livro “Etnografias del suicídio en América del Sur” (CAMPO ARÁUZ; APARÍCIO, 2017), cujas discussões ilustram bem as principais questões debatidas pelos autores reunidos neste eixo.

*

Halbmayer (2017) atenta para a necessidade de passar de uma interpretação sociológica a uma interpretação ontológica, que leve a sério os conceitos e categorias nativos. Tendo isso em vista, faz uma espécie de sistematização dos entendimentos locais sobre o suicídio apontados em etnografias realizadas com diferentes povos e discute mais detidamente sobre como seus interlocutores Yukpa entendem o suicídio. Segundo o autor, entre os Yukpa e os Suruwahá, o suicídio seria uma forma de autotransformação (que aconteceria quando uma ruptura nos laços de convivência não pode se transformar em violência entre os vivos). Já nos casos Guarani e Ticuna, o suicídio seria um efeito de uma predação por outrem. No caso dos Kashinawa, por sua vez, o suicídio decorreria de uma sedução por outrem. O autor ressalta que, em todos esses casos, não fica claro se é um ato positivo ou negativo que leva ao suicídio – no limite, essa distinção não faz sentido: “a pergunta segue sendo se existe uma diferença entre uma doença induzida por um espírito, um desejo do além ou uma auto-lesão induzida por um espírito, que poderia ser chamada de suicídio” (*Ibidem*, p. 34). Ademais, aponta que o suicídio não é necessariamente uma morte ruim. Em alguns povos, o suicídio é considerado uma forma boa de se morrer. Além disso, nos casos em que o suicídio é considerado uma morte ruim, muitas vezes, o é por razões diferentes das “ocidentais”.

Segundo Halbmayer, entre os Yukpa, o suicídio estaria relacionado à produção de “alteridade dentro de laços sociais estreitos” (*Ibidem*, p. 21), de forma que “não revela a ira de poderes invisíveis mas sim o poder visível do conflito social dentro de um grupo íntimo de familiares” (*Ibidem*, p. 37)¹⁴⁵. O suicídio seria uma maneira de a pessoa agir contra um agressor que pertence a um mesmo grupo de familiares próximos, o qual, como pessoa viva, não pode ser atacado por um familiar próximo. O suicídio seria, assim, “um método consciente de tornar-se ‘outro’, [...] uma forma de criar a diferença necessária para aprovar a violência, uma autotransformação em outro ser” (*Ibidem*, p. 31).

No sentido oposto ao de Halbmayer, Calheiros (2017) aponta que, para seus interlocutores, o suicídio seria um método de *não* se tornar Outro. Segundo Calheiros (2017), os suicídios entre os Aikewara são reverberações de um genocídio que se efetua de múltiplas formas. Para compreender como a violência do Estado se efetua naquele contexto, recorre às explicações dadas por seus interlocutores a respeito do caso de um menino que se enforcou. Segundo o autor, os Aikewara dizem que os jovens têm experimentado um desejo excessivo pelos objetos do mundo dos kamará (não indígenas)¹⁴⁶. Esse desejo excessivo ou destoante (*ohotehé*) é característico do duplo e do espectro, componentes da pessoa que se separam em sua morte. A condição mesma do duplo e do espectro é o aprisionamento pelos desejos de outrem que “trazem” consigo. Ser espectro-por-engano implica existir como os espectros, que não desejam nada por si mesmos, que só se movem de acordo com os desejos de outrem.

Alguns amigos do jovem que se enforcou diziam que ele andava por aí como um espectro, que ele era um “espectro-por-engano”. Calheiros lembra que espectro-por-engano, justamente, é uma característica associada aos *kamará*, os habitantes das cidades que, como os espectros, vivem aprisionados a seus desejos, condenados a seguir e repetir um único caminho. Seus interlocutores explicavam-lhe que jovem que se enforcara, assim como os *kamará*, estava sendo movido pelos desejos que emanam dos objetos industriais sob a forma de fumaça e caem do céu como uma chuva tóxica invisível, chuva essa que é um feitiço que cai sobre a cabeça das pessoas:

¹⁴⁵ Esse conflito ganha importantes proporções quando se considera que 1) o que acontece com uma pessoa afeta todo o seu círculo de parentesco próximo e vice-versa; e 2) não há uma desconexão radical entre vivos e mortos, de forma que práticas para demarcar as diferenças entre eles e evitar que os mortos afetem os vivos (vingando-se ou sentindo saudades deles) são de fundamental importância. O suicídio, assim, serviria a propósitos localizados no mundo dos vivos – chamar atenção, vingar-se ou ameaçar alguém – e no mundo dos mortos – seguir familiares falecidos à terra dos mortos ou ir embora, separar-se de familiares próximos.

¹⁴⁶ Desejo esse análogo ao desejo destoante que está na origem dos movimentos míticos: “o primeiro movimento, aquele que dá origem a tudo que existe é o desejo destoante que emerge em um homem chamado cobra por conta do cheiro da menarca de uma jovem chamada Cutia” (*Ibidem*, p. 236).

[...] enfeitizados, os humanos tornam-se gradualmente submissos aos desejos que estes objetos ‘trazem’ (*rupi*) dentro de si, os desejos do Inimigo. E assim acontece, pois o Inimigo é o ‘dono-das-coisas’ (*ma’etirua-sára*), dono dos objetos de toda sorte, das flechas aos celulares, ele os inventou, todos eles, e por isso carregam dentro de si uma ‘parte’ (*ma’ekwera*) deste, o seu desejo. (*Ibidem*, p. 239)

De acordo com o autor, desde os tempos míticos, a cidade é o lar daqueles que estão possuídos pelo desejo desse Inimigo, que levam uma “parte” do Inimigo dentro de si. E, desde então, os Aikewara têm fugido desse lugar. Segundo Calheiros, os Aikewara são um povo que faz da fuga o motor de sua existência. Seus interlocutores explicaram-lhe que o jovem que se enforcara fizera-o, pois se tornara, por influência do Inimigo, incapaz de fugir em vida. Ao enforcar-se, o jovem não estava se suicidando (matando a si mesmo), mas estava negando seu corpo ao Inimigo: “Morreu como um verdadeiro aikewara, diziam, fugindo do destino citadino e levando consigo um inimigo, ele próprio” (*Ibidem*, p. 241). Calheiros, assim, aponta para a importância de que os Aikewara possam voltar a viver em seu território, dado que isso garantiria uma boa distância da cidade e preveniria que outros jovens se enforcassem.

Pimentel (2017) também ressalta que a possibilidade de se viver bem no próprio território é absolutamente fundamental para prevenir a ocorrência de novos suicídios. O autor problematiza algumas explicações recorrentes sobre os suicídios entre os Guarani e os Kaiowá, como aquelas que compreendem os suicídios a partir da noção de anomia social, aquelas que consideram as pessoas mortas por suicídio como “porta-vozes” de conflitos e aquelas que consideram que os suicídios seriam manifestações patológicas de estruturas culturais¹⁴⁷. Também atenta para o problema de se considerar as interpretações xamânicas dos suicídios sem se atentar para as maneiras com que estas se inserem em um contexto histórico e político. Pimentel aponta que o xamanismo é uma espécie de código de leitura do mundo, de forma que as explicações xamânicas não se referem a algo necessariamente “tradicional”, mas também são formas de elaborar e analisar os problemas trazidos pelos novos tempos (como, por exemplo, os violentos conflitos agrários enfrentados pelos Guarani e Kaiowá). Para Pimentel, os suicídios são apenas a ponta do *iceberg* de uma série de problemas relacionados ao

¹⁴⁷ EsSa última é especialmente “perigosa”, dado que permite desresponsabilizar certos agentes envolvidos nos conflitos que se relacionam aos suicídios: “em Mato Grosso do Sul, muita gente está sempre à busca de uma desculpa oriunda das próprias culturas indígenas para poder lavar as mãos diante dos problemas destas populações” (*Ibidem*, p. 290). Pimentel afirma que há um grande esforço do *establishment* político em demonstrar que os próprios indígenas seriam os únicos responsáveis por seus problemas: “Temos um quadro em que a ideia de ‘suicídio’ se torna politicamente conveniente, num sentido mais amplo. Individual ou coletivamente, entre si, os indígenas se matam – e há mesmo quem arrisque dizer que isso é ‘da cultura deles’” (*Ibidem*, p. 305).

confinamento e às violências que os Guarani e os Kaiowá enfrentam, o que tem tornado cada vez mais difícil levar uma vida com alegria. Assim, Pimentel afirma que

[...] ‘levar a sério’ esse povo indígena, como têm proposto alguns dos expoentes da etnologia indígena nos últimos anos (VIVEIRO DE CASTRO, 2002b) não implica ‘acreditar em feitiçaria e fantasmas’, e sim entender que a demarcação de mais terras é considerada como condição incontornável, necessária – embora não suficiente, como veremos adiante – para combater o mal-estar que impera nas aldeias – sobretudo as grandes reservas. (*Ibidem*, p. 300)

[...] se os jovens estão massivamente tornando-se *nhemyrõ* [estado de desespero, raiva, ira, contrariedade, tristeza], tão profundamente irados que podem acabar por ir à forca, tão alterados que só podem ter sido vítimas de um feitiço ou alguma outra influência maligna, isso não quer dizer outra coisa senão que a forma como os guarani e kaiowá são hoje obrigados a viver, confinados em reservas, torna seus jovens vulneráveis a tudo isso, o que é absolutamente revoltante. (*Ibidem*, p. 303)

Aparício (2017) também desenvolve sua análise a partir da preocupação de levar a sério o que dizem seus interlocutores, mas de uma maneira distinta de Pimentel. Para isso, o autor apresenta uma série de diferenças entre as concepções suruwahá de morte e envenenamento e as concepções e práticas de “combate ao suicídio” de missões evangélicas. Segundo o autor, os missionários produzem “ficções cosmológicas” a partir de analogias entre o cristianismo e a cosmologia suruwaha, buscando fundar uma versão suruwaha do cristianismo. Com isso, a equivocada “máquina analógica da teologia missionária” produz traições de sentido, unificando os múltiplos mundos suruwaha sob um ponto de vista total. Esse é um movimento muito distinto daqueles estabelecidos no xamanismo suruwahá – em que a circulação entre mundos heterogêneos requer contínuos procedimentos tradutivos, nunca totalizantes. Os mundos vividos e concebidos desde uma perspectiva xamânica são mundos altamente transformacionais, sustentados por um panorama de diferença infinita e, por isso, altamente confusos e equívocos, dado que há desequilíbrio e disputa permanente entre quem ocupa a posição de presa e quem ocupa a posição de predador. As mortes por ingestão de timbó (*kunaha*) estão justamente ligadas a transformações nesses processos xamânicos de deslocamentos, predações e traduções entre mundos. Desde a primeira vítima do timbó, que ocorreu nos anos 1930 em meio a uma cadeia de ataques feitiçeiros, iniciou-se um processo de transformação de uma economia mortuária horizontal para uma economia mortuária vertical: se outrora novas mortes eram provocadas por vinganças xamânicas, a partir de então, os novos mortos por timbó passaram a produzir novos mortos por timbó.

Para os Suruwahá, afirma Aparício, o envenenamento por timbó não é um suicídio (um ato intencional e individual de supressão da própria vida), mas sim um efeito da ação predadora da planta-xamã-timbó. A ação predadora desse sujeito não humano coloca as pessoas envenenadas na condição de “hiperpresas”: os corações das vítimas de envenenamento são metamorfoseados em peixes e perseguidos por sujeitos não humanos em suas viagens *post-mortem* nas águas subterrâneas, até que consigam pular para as águas do céu, onde mora o trovão (*bai dukuni*). Segundo o autor, esse tipo de predação está relacionado às transformações do xamanismo suruwaha ocorridas nas últimas gerações que, por sua vez, relacionam-se a mudanças territoriais e sociais ocorridas no início do século XX com a invasão de seu território por seringueiros e o genocídio de inúmeros grupos indígenas que ali viviam. Tendo isso em vista, Aparício problematiza os jogos de comparações estabelecidos por missionários e por alguns profissionais de saúde que buscam equivalências entre “morte por predação de sujeitos não humanos” e “morte por suicídio”, pressupondo um mundo unívoco. Esses tipos de procedimentos comparativos, ao não considerarem a equivocação inerente à tradução e ao deslocamento entre mundos, incorrem sistematicamente em erros e reduzem as concepções indígenas a metáforas que têm de ser explicadas de acordo com marcos explicativos biomédicos, sociológicos ou teológicos:

São os Suruwaha hiperpresas perseguidas pelos jaguares do espírito do timbó ou suicidas que não suportaram a catástrofe provocada pela violência colonial? Sempre me chama a atenção, em meus diálogos com os Suruwaha, a distância que eles estabelecem entre a memória da experiência dramática dos massacres, por um lado, e as narrativas sobre a origem da prática do envenenamento e a reflexão sobre o destino daqueles que morrem sob o efeito do timbó. O caminho do timbó não parece ser, de fato, um 'efeito de contato'. A saída para esse paradoxo é aceitar uma teoria do equívoco, uma equivocação controlada (VIVEIROS DE CASTRO, 2004), segundo a qual não é possível estabelecer uma equivalência entre a condição suicida e a condição de presas do timbó. Trata-se de aceitar os limites e condições de 'tradução' da experiência suruwaha para nossa própria experiência, de suas ideias sobre o mundo para nossos dispositivos conceituais. Ou seja, perceber a dissonância comunicativa que existe e ensaiar uma comparação a serviço da 'tradução de mundos', e não o contrário. (*Ibidem*, p. 224)

Assim como Aparício, Moreira (2017) também problematiza as análises que estabelecem uma relação simplista entre “efeitos do contato” e suicídios. Contrapondo-se aos estudos que buscam as causas dos suicídios – e acabam, muitas vezes, por silenciar as narrativas nativas –, a autora reflete sobre as compreensões apresentadas por interlocutores Ye’kuana (de Roraima) para o fenômeno, estreitamente ligadas ao xamanismo. Assim, Moreira problematiza

alguns argumentos bastante recorrentes na literatura como aqueles que fazem uma correlação de causa e efeito entre os suicídios e o consumo de álcool e os suicídios e a escolarização. Segundo a autora, os Ye'kuana não fazem nenhuma correlação entre o consumo de álcool e os suicídios – o estado de embriaguez, na verdade, é índice de transformações corporais, que permitem outras maneiras de relacionar-se com as alteridades¹⁴⁸. As relações dos suicídios com a escolarização, por sua vez, não remetem a problemas decorrentes do contato com os brancos, mas a transformações nos processos de fabricação do corpo e de problemas de transmissão de conhecimentos indissociáveis de uma experiência corporal, que não pode ser vivida nas escolas.

Diferentemente dessas explicações problematizadas por Moreira, os Ye'kuana afirmam que os jovens que morrem por suicídio são vítimas de Odosha (grande inimigo do demiurgo Wannadi, de cuja placenta nasceu e de quem tem uma enorme inveja, que se estende aos humanos) e/ou que os suicídios decorrem de ataques de um xamã estrangeiro. Essas compreensões xamânicas não se contrapõem àquelas que relacionam os suicídios a motivações e conflitos pessoais¹⁴⁹: o xamã age no pensamento dos jovens, falando com eles e convidando-os a tomar veneno. Quando isso acontece, os jovens começam a demonstrar tristeza, falta de apetite, ficam silenciosos ou agressivos com seus parentes. Tais “sintomas” indicam “uma negativa de socialização que pode ser interpretada como outro tipo de socialização, dessa vez, com o inimigo” (*Ibidem*, p. 106).

Além disso, Moreira discute sobre um fenômeno que denomina “saúde-lização”: a política nacional de saúde mental tem forjado novo processo de subjetivação entre os Ye'kuana, análogo ao processo de etnização que vem se construindo na relação com o Estado. Ou seja, as ações de saúde mental instituem novos discursos, novos sujeitos e novos espaços de fala. A constituição de um “Eu” vem acompanhada da apropriação de categorias, propedêuticas e etiologias, próprias ao campo da saúde mental pelos Ye'kuana:

A política nacional de saúde mental trouxe fundamentalmente uma outra narrativa sobre o suicídio, a categoria de doenças como a depressão, um termo que alguns professores passaram a usar. [...] ela cria um lugar novo onde colocar a fala dos jovens, procura instituir um espaço para se falar de um ‘eu’

¹⁴⁸ Nas palavras da autora: “Contudo, não havia para eles [os Ye'kuana] nenhuma relação entre uma suposta embriaguez e o suicídio. Havia, entretanto, outra coisa. A festa e o consumo da bebida criavam, de certa forma, um outro corpo; como o jovem, agora morto, havia consumido da bebida produzida para a festa, movida pela ação de um inimigo, parte dele poderia ainda circular no consumo da bebida” (*Ibidem*, p. 102).

¹⁴⁹ “Cada um(a) dos(as) jovens vítimas de suicídio, ao longo desta última década, foi acompanhada por uma narrativa sobre um possível motivo do ato: ciúmes, briga entre pais e filhos, separações de casais. [...] Apesar disso, as mortes ditas por suicídios não são entendidas como algo da ordem do privado: a ideia de mortes por uma guerra xamânica orientava os cuidados que os familiares deveriam ter com cada jovem que demonstrasse tristeza. O silêncio e a falta de apetite são alguns dos indicadores disso. Não se deveria deixá-los sozinhos, e foi esse cuidado e atenção que salvou vários jovens em suas tentativas.” (*Ibidem*, p. 105)

completamente novo, ela institui uma fala. [...] as ações de saúde mental aparecem sobretudo como um novo espaço de falas, instituem um novo processo de subjetivação, onde a própria linguagem materna terá que escolher as novas palavras ou adotar outras para poder expressar o que lhes é solicitado: o falar de si. (*Ibidem*, p. 107)

Investigando os enforcamentos e outros efeitos de ataques de espíritos entre os Matses, Matos (2017) também busca compreender os modos como os Matses têm vivido e elaborado o “encontro colonial” e os efeitos das políticas públicas em seu território. Seguindo os Matses, a autora trata a “influência não desejada de não-indígenas como um problema ontológico, antes que epistemológico” (*Ibidem*, p. 152). Assim, propõe que as transformações nos modos de vida matses a partir do contato com os não indígenas, geralmente interpretadas como mudanças culturais¹⁵⁰, são antes *metamorfoses corporais*: as relações com os não indígenas prejudicaram as relações dos Matses com os espíritos, que passaram a atacá-los, desencadeando transformações indesejadas e descontroladas, que podem resultar em morte (que consiste em uma disjunção definitiva dos componentes constitutivos da pessoa)¹⁵¹. Ou seja, as mortes chamadas pelos não indígenas de “suicídios”, para os Matsés, são consequência de agências mais que humanas, que provocam processos de “desconstituição das pessoas”. Segundo os Matses, esses tipos de ataques de espíritos começaram quando uma interdição ritual foi desrespeitada, provocando a ira dos espíritos¹⁵². O problema é que era justamente esse ritual que preparava os jovens para que estes pudessem se comunicar com os espíritos sem sofrer transformações indesejadas¹⁵³:

¹⁵⁰ Para a autora, o problema da aculturação é um falso problema, dado que a captura de recursos simbólicos vindos do exterior (por exemplo, de outras espécies, etnias, espíritos, brancos) é um modo próprio das sociedades ameríndias se constituírem – transformar-se na relação com as alteridades é o modo por excelência pelo qual se constituem as sociedades ameríndias. Estas colocações estão situadas em um amplo debate na etnologia sobre as relações dos povos ameríndios com não-indígenas. Para situar-se neste debate, cf. Kelly (2005), Vilaça (2002), Albert e Ramos (2002) e Gow (2001).

¹⁵¹ As metamorfoses corporais fazem parte dos contínuos processos de construção da pessoa e do parentesco, de forma que não são um problema em si – o problema é experimentá-las de forma indesejada, como objetos da agência de outros e não como sujeitos. Tais metamorfoses corporais descontroladas podem levar à disjunção de componentes da pessoa viva (uma separação do “corpo” e seu “duplo”). Se o duplo da pessoa atacada pelos espíritos se deixar ficar no mundo deles, tornar-se-á espírito também e morrerá para os Matses vivos.

¹⁵² Uma mulher, incentivada por missionários, olhou para os *cuëdênquido* (espíritos cantores) que visitavam os homens no ritual de iniciação, o que era estritamente proibido. A quebra dessa interdição ritual provocou uma grande raiva por parte dos espíritos, o que tem impossibilitado que os Matses construam parentesco com eles e realizem o ritual. Isso acontece, pois a raiva (*chiesh*) é uma espécie de vetor antiparentesco – é um sentimento que afasta a pessoa da condição plena de humanidade, pois leva a pessoa a se afastar de seus parentes e a comportar-se de forma inadequada. Desde então, não tem sido possível restabelecer as mediações e cuidados necessários para que o contato com esses espíritos não leve a transformações descontroladas dos corpos matses.

¹⁵³ A autora relaciona o caso matses a casos de outros povos (como os indígenas do Uaupés no Noroeste Amazônico) em que interdições rituais foram quebradas (muitas vezes, por causa da ação impositiva de missionários), levando a episódios de crise, “loucura” e “suicídios” e defende que, em todos esses casos, as consequências do abandono ou a impossibilidade de realização de rituais não se restringem a problemas de “aculturação” ou de “perda de

No ritual, a visita de espíritos cantores à maloca matses propiciava a formação-amadurecimento dos rapazes e a diferenciação de gênero através de transformações parciais e mediadas das pessoas e da efetuação de parentesco com os espíritos (consanguíneos das mulheres, afins dos homens). [...] No lugar de transformações mediadas que fazem crescer, os jovens são submetidos a transformações descontroladas. Isso indica que o que define essa transformação é a perda da posição de sujeitos dos Matses na relação com os espíritos: no lugar de assumirem o papel de executores de um ritual de constituição de pessoas e de parentesco, invocando a presença e trocando visitas com os espíritos, os Matses passaram a ser vítimas de ataques intempestivos dos espíritos. (*Ibidem*, p. 163-164)

Com isso, Matos propõe que os ataques dos espíritos (cujos efeitos são chamados pelos não indígenas de “suicídios”) podem ser vistos como uma transformação do ritual de iniciação, a qual tem dificultado a manutenção da “boa distância” e de relações pacíficas entre humanos e espíritos. A autora defende que a impossibilidade de manter boas relações com os espíritos tem levado a processos de “desconstituição das pessoas” que não são meramente simbólicos, dado que a relação com os espíritos, para os Matses, é efetiva e constitutiva da própria possibilidade de ser.

Como Matos, Bueno (2017) também trata da relação entre “suicídios” e quebra de interdições do ritual de iniciação. Ao trabalhar com os Ticuna do Alto Solimões, a autora se defrontou com inúmeras suspeitas e acusações acerca da autoria dos suicídios que ocorriam entre os jovens dali. Segundo seus interlocutores, um *yuüicu* (pajé) adquire poderes por meio de relações estabelecidas com determinadas árvores e pode usá-los tanto para curar quanto para agredir os outros – “um *yuüicu* pode enviar um feitiço para toda uma comunidade [... e] pode enviar espíritos que enganam as vítimas e as levam para o enforcamento – nesse caso, na interpretação nativa, o termo adequado não seria ‘suicídio’ e sim ‘homicídio’” (*Ibidem*, p. 143). O próprio fato de indagar-se sobre a autoria de um suicídio, por si só, já evidencia a “inadequação do termo *suicídio* enquanto categoria analítica para se pensar esse tipo de morte entre os Ticuna” (*Ibidem*, p. 126). Essa questão leva a autora a investigar como as interações entre humanos e não humanos se relacionam às mortes por enforcamento.

O diagnóstico xamânico geralmente atribui as mortes por enforcamento a um feitiço, procedimento que envolve agentes não humanos e cujos sentimentos motores seriam a inveja, a raiva e o amor (*Ibidem*, p. 134). Observando que tal diagnóstico é frequentemente acompanhado de interpretações que afirmam que uma causa banal motivou o ato de

identidade”, dado que esses rituais são fundamentais nos processos de fabricação das pessoas, das redes de parentesco e dos grupos ameríndios.

enforcamento (como um acesso de raiva por um conflito familiar, uma desavença com alguém próximo...), a autora indaga “sobre as possíveis relações entre os conflitos familiares e a etapa do ciclo de vida do homem e da mulher em que ocorrem o maior número de mortes por suicídio” (*Ibidem*, p. 135), lembrando que alguns desses conflitos são tematizados nos mitos. A maior parte dos casos de suicídio ocorre entre jovens, que estão em uma etapa da vida liminar¹⁵⁴. Os ritos de passagem pré-maritais têm justamente a função de proteger e fortalecer o jovem nesse período, guiando-o nessas transformações e em seus contatos com outros seres. No entanto, os jovens têm se casado cada vez mais tarde e têm abandonado as práticas rituais. Muitos vão morar na cidade nesse período e voltam melancólicos, com saudades da vida de lá. Além disso, muitos jovens têm transgredido certos tabus, não têm cumprido os resguardos e têm desrespeitado regras maritais, o que provoca a ira de seres de outros planos cósmicos e coloca em risco toda a comunidade. No entanto, a ira desses seres afeta principalmente os jovens, que estão mais vulneráveis – além de estarem em um período de liminaridade por excelência, os jovens estão mais fracos por causa de seu regime alimentar, que tem fabricado princípios vitais pequenos, fracos: “O que se tem é uma juventude cujos corpos se encontram enfraquecidos, mal alimentados, ‘malfeitos’ ritualmente, abertos aos infortúnios” (*Ibidem*, p. 144).

Nunes (2017) também discute sobre as relações estabelecidas por seus interlocutores entre enforcamentos, conflitos com parentes e jovens enfraquecidos. O autor afirma que, entre os Karajá (autodenominados Iny) da aldeia de Santa Isabel (TO) e de outras grandes aldeias, o balanço ideal entre alegria e tristeza foi alterado pela epidemia de mortes por enforcamento¹⁵⁵. Nunes aponta que, em meio a uma vasta gama de problemas relacionados aos suicídios pelos Karajá¹⁵⁶, sempre aparece o tema da feitiçaria – segundo seus interlocutores, os “suicídios”

¹⁵⁴ Para os Ticuna, a puberdade é um período em que a pessoa está mais receptiva a estabelecer relações com outros seres, o que abre à pessoa mais possibilidades de aprender e desenvolver aptidões xamânicas, ao mesmo tempo em que a torna mais vulnerável e propensa a adoecer. Além disso, a puberdade é um período em que ocorre uma série de transformações corporais e no qual o jovem tem de assumir novas responsabilidades e posições familiares.

¹⁵⁵ Segundo o autor, os Karajá prezam por uma vida alegre, na qual as festas, a música e o riso são fundamentais para que a vida continue. A morte estanca temporariamente os fluxos de substâncias que produzem alegria e, por isso, deve-se esquecer os mortos, deixá-los sendo outros, para poder restaurar a alegria e continuar a vida.

¹⁵⁶ Dois elementos têm sido apontados por antropólogos e profissionais da saúde como fatores determinantes dos enforcamentos: o consumo abusivo de álcool e outras drogas e os efeitos do “contato interétnico”. Entretanto, aponta Nunes, além desses fatores serem insuficientes para explicar a complexidade do fenômeno, reforçam estereótipos e são maneiras no mínimo redutoras de se pensar os “efeitos do contato”, dado que esses fatores estão imbricados a uma série de outros aspectos que os Karajá apontam como problemáticos em seu cotidiano: problemas relacionados à atuação do cacique, conflitos familiares e conjugais, conflitos entre a conduta dos antigos e a conduta dos jovens etc.

estão sendo provocados por um feitiço chamado *bàtòtaka*, “amarrar a garganta”, que foi sendo passado de mão em mão e foi se espalhando pervasivamente¹⁵⁷:

Por meio do feitiço de enforcamento, o feiticeiro introduz um espírito (um *ađni*, ou um *woràsy*) no interior (*wo*) da vítima, que passa a ter ideiação suicida e, em alguns casos, a escutar vozes. Isso provoca também uma mudança repentina de comportamento. Uma das questões mais salientadas pelos karajá, e apontada como evidência da prática desse tipo de feitiço, é que a pessoa está bem e, ‘de repente’, começa a pensar em se enforçar. (*Ibidem*, p. 273)

O feitiço de enforcamento é um tipo muito peculiar de malefício. Sendo os suicídios provocados por tal ação xamânica maligna, eles não são propriamente suicídios, mas sim homicídios: pessoas têm sido acusadas de ter matado aqueles que se enforcaram. Ainda sim, um tipo de homicídio no qual o executor final é a própria vítima. E isso é mote de enorme perplexidade. (*Ibidem*, p. 281)

No entanto, começaram a acontecer casos de enforcamento que os xamãs diziam não serem causados por feitiço. O que diferenciava esses casos dos outros é que ocorriam quando a vítima estava enraivecida, frequentemente devido a um conflito dentro do grupo doméstico. Contudo, em muitos casos, o próprio estado enraivecido da pessoa era considerado como efeito de um feitiço. Além disso, muitos diziam que os jovens estavam mais suscetíveis a esse estado enraivecido por terem a “cabeça fraca” ou não serem “fortes para se segurar”. Nunes aponta que “ser forte”, aqui, não é um atributo individual, mas coletivo: diz respeito à possibilidade de manter relações de parentesco apropriadas e suficientemente estáveis¹⁵⁸. Para o autor, o problema em Santa Isabel é, justamente, que atualmente há uma grande instabilidade nas relações de parentesco. Isso acontece pois a feitiçaria tem engendrado uma circularidade: um feitiço induz a vítima a procurar briga, provocando um estado enraivecido (que pode levar ao enforcamento), ao mesmo tempo que o próprio feitiço tende a se originar de uma situação de briga ou conflito. Ou seja, a feitiçaria funciona como uma espécie de “vetor antiparentesco” (*Ibidem*, p. 278), pois promove relações hostis entre parentes, fazendo com que aqueles que eram semelhantes apareçam como diferentes, que apareçam como Outros para a vítima e para o feiticeiro¹⁵⁹:

¹⁵⁷ Ondas de feitiço são comuns por ali, mas nunca uma onda de feitiço foi tão longa e devastadora, o que causa perplexidade e pesar entre os Karajá. Assim, em meio à polifonia de explicações, a feitiçaria foi se tornando a explicação cada vez mais aceita pelas pessoas: “o feitiço, como me disse certa vez um homem, ‘existe desde que o mundo é mundo’. Essa não foi a primeira crise de feitiçaria que os Karajá enfrentaram. Ainda em 2011, muitos indígenas eram enfáticos ao afirmar isso para a equipe da Sesai: eles diziam que o que está acontecendo é mais uma ‘invenção de feiticeiro’, uma ‘moda’ ou ‘onda’; já aconteceram outras e, quando esta acabar, passando-se certo tempo, algum feiticeiro vai inventar outra forma de fazer as pessoas sofrerem” (*Ibidem*, p. 273).

¹⁵⁸ A relação entre parentes baseia-se no respeito e cuidado mútuos que promovem e decorrem de um processo de assemelhamento corporal.

¹⁵⁹ Essa afirmação é bastante importante, pois questiona uma concepção bastante difundida na antropologia de que o feiticeiro é sempre um Outro (cf. VANZOLINI, 2015). Aqui, Nunes aponta que é preciso haver uma relação de proximidade ou familiaridade para que o feiticeiro faça um feitiço: a feitiçaria é própria de uma relação hostil entre

De certo modo, o feitiço se origina ali onde o processo do parentesco falha: ali onde, em lugar de respeito, uma relação evidencia ofensa; ali onde, em lugar de reciprocidade, uma relação evidencia mesquinharia. E se em um mundo, como o ameríndio, no qual os corpos são ‘cronicamente instáveis’ a produção continuada de parentesco é o que garante um mínimo de estabilidade à pessoa (ver VILAÇA, 2005, TAYLOR, 1996), relações de parentesco instáveis – demasiado instáveis, mais instáveis que o tolerável – tendem a caminhar em passo paralelo à feitiçaria, tanto em relação a sua origem quanto em relação a sua eficácia, ou resultado. E, na Santa Isabel atual, as relações de parentesco parecem estar em um momento de forte instabilidade. Os próprios Karajá dizem isso, à sua maneira, por meio de infundáveis comentários sobre a maneira como o ‘pessoal de hoje’ não está agindo de maneira apropriada em relação a seus parentes (e ao ritual, e às ‘regras da cultura’ de um modo geral), diferentemente do que acontecia no tempo dos ‘antigos’. Ou, em sua formulação sintética, ‘hoje está tudo diferente’, hoje ‘a cultura está acabando’. (*Ibidem*, p. 279)

Assim, tendo em vista que as explicações sobre os enforcamentos são sempre acompanhadas de queixas sobre as transformações do mundo atual, Nunes afirma que os enforcamentos são índice de uma multiplicidade de aspectos que os Karajá consideram problemáticos em seu cotidiano, são como a “ponta do *iceberg*”, a “objetificação de um processo de produção do parentesco que tem se mostrado falho além da medida, segundo os parâmetros indígenas” (*Ibidem*, p. 280). Diante dessas questões, Nunes enfatiza a importância de sustentar o “espaço da dúvida” – se os Karajá afirmam não conseguir compreender o que está acontecendo, é importante não se colocar no lugar de quem pode compreender e explicar o fenômeno, mas respeitar o espaço da incerteza onde os Karajá têm habitado (*Ibidem*, p. 281):

De certo modo, os suicídios são eventos incognoscíveis. Talvez devamos seguir o exemplo dos Karajá que, quando suas cabeças doem de tanto pensar em alguma coisa, não insistem em decifrá-la, mas se esforçam em esquecê-la. Talvez tão ou mais importante que falar sobre os suicídios indígenas (e aqui arrisco dizer de um modo mais amplo), que dar visibilidade ao problema, e certamente mais importante que tentar explicá-lo, seja não falar, respeitar aquilo que não é de todo compreendido, aquilo que não pode ser explicado. E reservar nossos esforços político-textuais para as questões bem conhecidas, mas nunca resolvidas, que afligem as populações indígenas há séculos: a questão da terra, o preconceito a que ainda estão sujeitos cotidianamente, seus direitos constitucionais e a violação destes, e assim por diante. (*Ibidem*, p. 282)

*

diferentes (o feitiçeiro é um Outro e, para ele, sua vítima é um Outro), mas implica uma relação anterior entre semelhantes. Na verdade, “se os feitiçeiros são comumente retratados como pessoas distantes, isso parece mais uma consequência de eles aparecerem como diferentes, Outros” (*Ibidem*, p. 278).

Espero que, com esses exemplos, tenha ficado mais fácil de perceber que as discussões propostas pelos autores reunidos neste eixo são permeadas por questionamentos sobre a qualidade da regência, a partir do momento em que não tomam como dado o que é uma pessoa e qual é a qualidade de sua intencionalidade e agência. Tais autores nos mostram que, se levamos a sério o que dizem seus interlocutores – que a pessoa é múltipla e eminentemente relacional, sendo composta, afetada e agenciada por muito mais gente do que as ontoepistemologias “ocidentais” hegemônicas têm ousado sonhar –, nossos pressupostos se esfumam e caímos em espaços extremamente incertos. Tais autores, com isso, apontam que é indispensável questionar sobre nossas escolhas tradutivas e habitar espaços de dúvida, o que requer desenhar movimentos analíticos mais vagarosos e construir relações nas quais aprendamos a perceber não apenas outros modos de conhecimento, mas outros jeitos de reconhecer e viver mundos.

PARTE 2

Pisa com cuidado porque pisa nos meus sonhos.

William Butler Yeats

E o remédio que cura

Também pode matar.

Aluísio Machado

CAPÍTULO 3

Políticas de atenção à saúde mental indígena no Brasil: entre a promoção de bem-viveres e a produção de silenciamentos¹⁶⁰

Este capítulo consiste em um breve panorama crítico da situação atual das políticas de atenção à saúde e à saúde mental indígena no Brasil. No tópico 1, retomo marcos históricos e debates relevantes no campo da atenção à saúde indígena no Brasil republicano. Aponto para algumas contradições constitutivas das políticas de saúde indígena estatais, à medida que o Estado aparece como agente que, a um só tempo, viola e protege os direitos dos povos indígenas (dentre eles, o direito a uma atenção à saúde diferenciada, de qualidade, acessível e humanizada). A saber, ao mesmo tempo que políticas públicas são elaboradas com o intuito de promover bem-viveres (o que implica garantir as condições para que as comunidades e pessoas indígenas possam ter *autonomia* para manter ou construir aquilo que consideram ser uma boa vida *em seus próprios termos*), integram a estrutura de um Estado que, com diferentes intensidades dependendo do governo, não apenas tem se empenhado em minar as condições dos povos indígenas cultivarem bem-viveres, como vem promovendo ou sendo conivente com o genocídio e o etnocídio de muitos povos indígenas¹⁶¹.

No tópico 2, apresento as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), bem como os principais conceitos que orientam as políticas de atenção à saúde diferenciada como “interculturalidade” e “complementariedade”. Esses conceitos, tais como estão definidos na PNASPI, são conquistas de ampla mobilização dos movimentos indígenas em colaboração com pesquisadores e sanitaristas. Sua definição foi e continua sendo objeto de disputa, o que fica ainda mais evidente quando observamos os ataques e retrocessos que a saúde indígena vem sofrendo nos últimos anos, os quais se articulam a um progressivo desmonte de políticas de saúde mental e ao sucateamento do SUS como um todo¹⁶².

¹⁶⁰ Parte deste capítulo foi pensada com base nas bibliografias e discussões realizadas nos cursos “Bem-viver: saúde mental indígena”, oferecido pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); “Antropologia da saúde indígena e epidemiologia intercultural”, oferecido pela Universidade Federal da Bahia (UFBA); e nos cursos “Conhecendo a realidade da saúde indígena no Brasil” e “O fazer da saúde indígena”, oferecidos pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

¹⁶¹ Cf. “Raça e história” (LÉVI-STRAUSS, 1973), “Do etnocídio” (CLASTRES, 2004) e “O genocídio indígena atual” (DUPRAT; TERENA, 2021).

¹⁶² Vide ataques do governo Bolsonaro ao controle social, os impedimentos colocados à 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, a proposta de municipalização da saúde indígena (cf. APIB, 2019) e a tentativa de desmonte do modelo comunitário de saúde mental do SUS feita pelo Ministério da Saúde no fim de 2020 (cf. CRP/SP, 2020).

Nesses dois primeiros tópicos, além de estabelecer pontos de referência que orientem a leitura dos próximos capítulos, pretendo levantar questões a respeito de *como* conceitos tão polissêmicos e potentes como “interculturalidade”, “complementariedade” e, mais recentemente, “bem-viver” (bem como as práticas de cuidado vinculadas a esses conceitos) podem acabar sendo capturados e fetichizados no decorrer da implementação das diretrizes dos programas estatais de atenção à saúde indígena. Parece-me que alguns fenômenos contribuem significativamente para tais capturas: i) as generalizações feitas pelas políticas em nível federal, que nem sempre permitem respeitar as especificidades de cada povo indígena – muito menos as especificidades dos chamados povos indígenas isolados e de recente contato; ii) a distância entre aquilo que preconizam essas políticas e a maneira com que suas diretrizes são postas em prática nas “pontas”; iii) as dificuldades enfrentadas pelos profissionais da saúde indígena para realizar seu trabalho em condições cada vez mais precárias; iv) a distância entre os discursos oficiais e extraoficiais, tanto na SESAI quanto nos DSEIs; v) a naturalização de relações assimétricas e, muitas vezes, violentas entre profissionais e usuários; e vi) a crescente obstrução à participação e ao *protagonismo* de pessoas indígenas nos espaços de elaboração, implementação e controle das políticas de saúde¹⁶³.

Refletir sobre os processos de esvaziamento e captura desses conceitos (bem como as práticas a eles vinculadas) pode nos ajudar a elaborar estratégias de intervenção e políticas de atenção à saúde que respeitem a complexidade dos mundos vividos, nos quais tais conceitos foram desenvolvidos. Ao mesmo tempo, temos muito a aprender com pesquisadores e especialistas indígenas que vêm fazendo “contra-capturas”, de forma a subverter e indigenizar tais conceitos e práticas (BENITES, 2020; BANIWA, 2019; BARRETO, 2017).

No tópico 3, mapeio as políticas de saúde mental indígena no Brasil, problematizando o vácuo existente entre tais diretrizes e muitas das ações promovidas pelos DSEIs. Nos tópicos 4 e 5, apresento e discuto as cartilhas sobre atenção psicossocial aos povos indígenas elaboradas pela SESAI, com atenção especial à cartilha que trata da questão do suicídio. É importante lembrar que a própria ideia de “saúde mental indígena” é controversa, pois as definições sobre o que é “saúde”, “adoecimento”, “sofrimento psíquico”, “mental”, “indígena”, “pessoa” etc. não são dadas nem consensuais – há discussões a respeito tanto no campo da saúde indígena (ROSALEN, 2018; CRP/SP, 2016; BATISTA, 2014; STOCK, 2010) quanto nos debates da

¹⁶³ Obstrução que ocorre com diferentes intensidades a depender do governante que personifica o Estado. Os obstáculos ao protagonismo indígena podem acontecer, por exemplo, por meio da cooptação de lideranças e movimentos (cf. BANIWA, 2012) e mediante ameaças às lideranças e seus familiares, assassinatos e perseguição política de lideranças (cf. APIB, 2021; SOUZA, 2020).

saúde mental (AMARANTE, 2017; BERNI, 2017; ENDO, BERLINCK, 2012; FOUCAULT, 2004)¹⁶⁴. Essa discussão a respeito da pertinência da noção de “saúde mental” é indispensável para a elaboração e implementação de políticas públicas mais adequadas e sensíveis às pessoas e comunidades indígenas.

Nos últimos anos, lideranças, especialistas, pesquisadores, profissionais da saúde e gestores (indígenas e não indígenas) têm proposto abordar tais questões a partir da noção de “Bem-Viver”, deslocando a discussão para além do campo da saúde mental e para além do campo da saúde (WEIR, 2021; BENITES, 2020; BANIWA, 2019; BARRETO, 2017; RIBEIRO; MCCALLUM, 2013). “Bem-Viver” é uma tradução que abrange conceitos ameríndios diversos e polissêmicos¹⁶⁵. A definição de Bem-Viver é diferente para cada povo ou grupo indígena e seus sentidos podem variar de geração em geração. No entanto, existem alguns pontos comuns entre esses conceitos traduzidos como Bem-Viver: a recusa em considerar outros seres ou entes que habitam a terra como objetos ou como recursos disponíveis para o usufruto humano; e o reconhecimento de que a Terra é um ser vivo e que as vidas de todos os seres que aqui habitam são profundamente interligadas e codependentes¹⁶⁶. Isso implica que não é possível cuidar de uma pessoa sem cuidar de (e tomar cuidado com) uma série de relações que a constituem; não é possível cuidar de alguém apenas individualmente; não é possível cuidar de alguém sem cuidar de seu território.

Nós, profissionais da saúde, temos muito a escutar e aprender com esses debates sobre bem-viveres, o que requer uma disponibilidade para rever nossas práticas e conceitos que, muitas vezes, alicerçam-se sobre pressupostos ontoepistemológicos profundamente colonizados e racistas (FERREIRA DA SILVA, 2007). No entanto, para isso, não acho que seja necessário “jogar fora o bebê junto com a água do banho”. Não considero frutífero simplificar e homogeneizar os campos da saúde mental, da psicologia ou da psiquiatria, transformando-os em espécies de “espantalhos” contra os quais definimos práticas e conceitos alternativos. Esses

¹⁶⁴ A noção de “saúde mental”, bem como seus pressupostos antropológicos e ontológicos, é cultural e historicamente localizada. Ou seja, as ideias de “saúde” e “mental” são artefatos nativos. Da mesma forma, as noções de “pessoa” e “ser humano” que vêm no “pacote conceitual” da saúde mental ou das teorias *psi* não têm nada de universais (KRENAK, 2019). E mais, todo esse “pacote” (“saúde mental”, “psique”, “ser humano” etc.) não apenas pressupõe um determinado “tipo” de ser humano, sujeito ou pessoa como matriz conceitual, mas também produz seres humanos, sujeitos e pessoas (FOUCAULT, 2007).

¹⁶⁵ Como *Náw Hb̄y* (em Hupd’äh), *Teko Porã* (em Mbya Guarani), *Xipan Jewewekukap* (em Munduruku), *Suma Qamaña* (em Aymara) e *Sumak Kawsay* (em Qhichwa), apenas para citar alguns exemplos. Nas últimas décadas, as possibilidades de definições que escapem a capturas capitalistas do que podem ser Bem-Viveres têm sido um importante tema de debate para movimentos indígenas e outros movimentos sociais latino-americanos, agentes de saúde pública, governantes, cientistas etc.

¹⁶⁶ É importante ressaltar que essa breve definição sobre os “Bem-Viveres” é imprecisa e bastante simplória. Para discussões mais cuidadosas a respeito, recomendo a leitura dos trabalhos citados no início do parágrafo.

campos são heterogêneos, repletos de fissuras, e também contam com abordagens minoritárias que questionam e problematizam perspectivas hegemônicas¹⁶⁷.

Tendo a pensar que processos comparativos cujos pontos de partida e de chegada são grandes generalizações ou grandes divisores (LIMA; GOLDMAN, 1998; LATOUR, 1994), geralmente acabam por nos paralisar – levam à homogeneização e ao “congelamento” de um ou mais dos polos sendo comparados. Isso pode obliterar complexidades e paradoxos constitutivos dessas problemáticas e, com isso, reduzir as possibilidades de sonharmos e criarmos coletivamente alternativas possíveis. Tais grandes divisões podem dificultar que percebamos as fissuras, alternativas e composições que *já* se desenham. A saber, ao estabelecer comparações que produzem ou pressupõem oposições demasiado rígidas, corremos o risco de “ficar girando em falso” entre alternativas infernais (PIGNARRE; STENGERS, 2005). Em contrapartida, experimentações que buscam estabelecer ou reconhecer conexões parciais (STRATHERN, 2004) têm se mostrado bastante férteis. Buscar conexões parciais, que prescindem da ideia de mundo único, parece ser um caminho possível para pensar e agir sem ter que fazer das psicologias ou das psiquiatrias espantalhos terríveis nem tampouco transformar as medicinas indígenas em fetiches *folk*¹⁶⁸.

No entanto, tendo em vista o brutal processo colonial que continua a se desenrolar e o atual contexto político, todo cuidado é pouco. Para cuidar, precisamos tomar cuidado para não elaborar estratégias de intervenção que sejam coniventes com a política de morte, genocídio e etnocídio levados a cabo pelo Estado brasileiro. Precisamos tomar cuidado para não reproduzir modelos de intervenção em “saúde mental” que normalizem o racismo e outras violências e para não reeditar práticas terapêuticas que apenas anestesiem aqueles que estão vivendo atrocidades, silenciando seus gestos de revolta e resistência. Senão, nossas práticas e epistemologias *psi* acabarão contribuindo para os epistemicídios e etnocídios em curso. É salutar lembrar que o governo Bolsonaro tem implementado medidas que ferem os direitos indígenas garantidos pela Constituição de 1988 e acentuam o desmonte, a precarização e o sucateamento do SASI-SUS (e do SUS como um todo). Essa sistemática violação de direitos,

¹⁶⁷ Por exemplo, nem todas as abordagens *psi* ou da saúde mental pressupõem a dicotomia mente/corpo e muitas discutem criticamente o binômio saúde/doença. Há teorias em saúde mental que não incorrem necessariamente em práticas de cuidado individualizantes, dado que consideram que a mente ou a psique é também corporal e é eminentemente relacional, de forma que só pode ser compreendida a partir do contexto sócio-histórico e político. Além disso, já são antigas as discussões sobre como determinadas práticas e teorias *psi* contribuem para uma hipermedicalização, para o controle dos corpos e a normatização dos sujeitos. Também há muitas discussões sobre os riscos de nossas práticas servirem como dispositivos de colonização subjetiva, contribuindo para adaptar sujeitos a uma sociedade adoecida e silenciar gestos de protesto e *reexistência*.

¹⁶⁸ As diferenças não são necessariamente obstáculos para o cuidado intercultural, não precisam ser tomadas como barreiras para nosso trabalho. Ao contrário, podem ser extremamente férteis, pois permitem fazer alianças minoritárias e conexões parciais; permitem compôr diferenças sem superá-las ou dissolvê-las.

muitas vezes, aparece encoberta por um humanismo de ocasião cínico e humilhante (LIMA, 2019)¹⁶⁹. Tal necropolítica (MBEMBE, 2018) administrada pelo Estado tem se expressado cada vez mais veementemente nas políticas de saúde. Nesse cenário, é fundamental que estejamos atentos aos sentidos e aos pressupostos de nossas práticas. Também é importante que adotemos a hesitação e a desaceleração como ferramentas clínicas e/ou metodológicas (STENGERS, 2018).

1. Políticas de saúde indígena no Brasil republicano

Há uma ampla bibliografia a respeito dos impactos deletérios da violência de Estado sobre a saúde dos povos indígenas (SANTOS; COIMBRA JR., 2003; FVDPI, 2014; CIMI, 2019; ROCHA et al., 2019) e inúmeras denúncias de que se promoveu e se promove o genocídio de povos indígenas no Brasil (APIB, 2014; 2021). Também se aponta para o caráter sistêmico da violência de Estado – perspectiva que pode inclusive nos levar a considerar a *precariedade na atenção à saúde indígena* como *projeto de Estado* e não como falha (LIMA; PACHECO, 2019; MBEMBE, 2018). Nesse ensejo, aponta-se para a continuidade de práticas e políticas que incorrem em violações de direitos dos povos indígenas. Atualmente, é possível observar certos padrões de violação que perduram desde o Brasil colônia e certos padrões de violação que se repetem desde a ditadura civil-militar (LIMA; PACHECO, 2019; CARNEIRO DA CUNHA; BARBOSA, 2018; PIERRI; ZELIC, 2014). Dessa forma, evidencia-se a necessidade de articular a promoção da saúde de pessoas e comunidades indígenas a políticas sólidas de reparação, de memória e de promoção da autonomia das comunidades.

Desde o início da colonização portuguesa, a atuação missionária e a expansão das fronteiras econômicas têm andado de mãos dadas com a invasão e a expropriação dos territórios indígenas por fazendeiros, extrativistas, missionários e grandes projetos de infraestrutura. Esses grupos religiosos e econômicos vêm atuando com o aval e a colaboração do Estado brasileiro que, representado por distintos governos e governantes, agia e tem agido pautado por ideais racistas e positivistas de integração nacional e progresso civilizatório. Ao mesmo tempo, até a Constituição Federal de 1988, foram esses mesmos preceitos integracionistas que orientaram a

¹⁶⁹ Na VI Conferência Kurt Niumendaju, organizada pelo CEstA/PPGAS-USP em abril de 2019, Tânia Stolze Lima fez uma palestra sobre os impactos socioambientais da Belo Monte. Em sua fala, intitulada “Parecida com os peixes: um relato etnográfico de Belo Monte a partir de um apelo do povo Juruna da Volta Grande do Xingu”, a antropóloga definiu os cursos de gestão ambiental oferecidos aos Yudjá (também conhecidos como Juruna) como parte de uma “*política de humilhação*” levada a cabo pelo Estado com grandes empresas e elites locais, que se valem de um “*humanismo de ocasião*” para mascarar suas intenções e silenciar aqueles a quem violentam. Estas me parecem definições bastante adequadas para palestras sobre valorização da vida, amor-próprio e autoestima elaboradas por muitos DSEIs e respaldadas pelo Ministério da Saúde. A palestra foi gravada e pode ser assistida no seguinte link: https://www.youtube.com/watch?v=DZ25U_5D_K0.

criação de serviços institucionalizados para responder à proliferação de doenças, massacres e altos índices de mortalidade entre indígenas. Esses órgãos, responsáveis por tutelar¹⁷⁰ as pessoas indígenas, estavam mais empenhados em atender aos interesses de certos grupos econômicos e religiosos do que em garantir ou proteger as condições de existência das pessoas e comunidades indígenas. Não à toa, durante quase todo o século XX, a política indigenista foi subordinada às políticas fundiárias no Brasil (LIMA; PACHECO, 2019)¹⁷¹, tendo contribuído sistematicamente para a espoliação e invasão de territórios tradicionais e originários e para a vulnerabilização psicossocial e espiritual das comunidades e aldeias indígenas.

Ademais, as pessoas indígenas que foram obrigadas a viver fora de seus territórios tradicionais ou escolheram viver em situação urbana vêm sendo sistematicamente submetidas a uma série de violências. Muitas pessoas indígenas que vivem em situação urbana ou passam temporadas nas cidades sofrem com o racismo, a discriminação e situações de trabalho precárias, por vezes, análogas à escravidão. Nos últimos anos, cada vez mais jovens indígenas têm ido para as cidades para estudar ou trabalhar em espaços ainda extremamente elitizados e embranquecidos. Assim, muitos jovens têm de lidar cotidianamente com o sentimento de não pertencimento, enfrentar situações de racismo e humilhação social (GONÇALVES FILHO, 1998) e, ainda por cima, lidar com as saudades e o desamparo de estar longe de suas famílias e comunidades, longe de comidas, cheiros e caminhos que teceram seus mundos vividos na infância (BENITES, 2020).

Além disso, muitas cicatrizes de violências vividas por gerações passadas ainda aparecem e doem em corpos-territórios (cf. BARBOZA et al., 2019; BENITES, 2018; BANIWA, 2018), palavras e sentimentos das pessoas indígenas. Essas feridas transgeracionais, que, muitas vezes, permanecem no registro do não dito, são frequentemente reabertas por novas experiências de violência, racismo e espoliação. Dessa forma, enquanto o racismo institucional e o racismo colonial (cf. QUIJANO, 2005) perdurarem, as estratégias institucionais de atenção à “saúde mental” indígena continuarão a ser como “facas de dois gumes”: ao mesmo tempo que aliviam o sofrimento das pessoas (quando aliviam), colocam “panos quentes” sobre a violência atroz que contribui para que esses sofrimentos aconteçam. E o problema não acaba aí.

¹⁷⁰ Até a Constituição de 1988, tanto no SPI quanto na FUNAI, as pessoas indígenas tinham o estatuto legal de cidadãs parcialmente responsáveis, que, como as crianças, tinham de ser tuteladas. Assim, não tinham direito à participação e muito menos dispunham de mecanismos de controle sobre as decisões tomadas por essas instituições.

¹⁷¹ Rafael Pacheco e Edilene Lima (2019), a partir das pesquisas do jornalista Rubens Valente (2017), lembram-nos que, entre 1930 e 1967, o SPI foi subordinado administrativamente ao Ministério da Agricultura.

Frequentemente, a atuação inadequada das próprias EMSI acaba atualizando essas experiências de alto potencial traumático.

Certas intervenções em saúde mental acabam por deslegitimar práticas e saberes indígenas e por desvalorizar os sofisticados itinerários terapêuticos que as pessoas indígenas e suas famílias desenvolvem para cuidar de si. Ao destituir os saberes e as práticas indígenas, essas intervenções acabam intensificando os sofrimentos das pessoas e até promovendo novos adoecimentos. Além disso, a desvalorização dos sistemas de cuidado locais, acompanhada da destruição ou da invasão dos territórios indígenas por agentes econômicos e religiosos, acaba criando ou incrementando uma dependência dos serviços institucionalizados de atenção à saúde (BARRETO, 2017; RAMOS, 2017; BANIWA, 2012) e levando a uma medicalização excessiva ou inadequada com psicotrópicos (ROSALEN, 2018).

Pode-se dizer, assim, que a atuação violenta do Estado vem contribuindo sistematicamente para a proliferação de adoecimentos e para altas taxas de mortalidade entre muitos povos indígenas no Brasil. Tais violências, com frequência, destituem as pessoas indígenas de recursos importantes para *reexistir* e esgarçam *relações necessárias* para prevenir e cuidar de adoecimentos. Como vimos, essas relações necessárias para tecer bem-viveres não são apenas o que se convencionou chamar de relações humanas. São relações multiespecíficas de interdependência, as quais são profundamente territorializadas. Não há saúde sem um território no qual se possa cultivar um bem-viver. Enquanto perdurarem a destruição ambiental e a exploração predatória dos territórios, corpos e afetos indígenas, a atenção à saúde indígena continuará limitada a ações curativas e emergenciais. Enquanto não houver políticas consistentes de demarcação e proteção territorial e ambiental, a atenção à saúde indígena continuará precária e paliativa.

Não podemos esquecer, entretanto, que cada território pertence a redes relacionais globais. Assim, enquanto as violências contra as pessoas indígenas e os inúmeros seres que habitam e cuidam dos territórios originários se reiterar, a vida de toda a humanidade continuará ameaçada e novos adoecimentos, que se convencionou chamar de psíquicos ou mentais, continuarão a ser produzidos. Várias lideranças indígenas e pesquisadores (indígenas ou não) vêm nos alertando incansavelmente sobre o fato de que não apenas a saúde dos povos indígenas, mas a vida de toda a humanidade é dependente do cultivo de boas relações com uma série de seres que habitam a Terra. Enquanto essa interdependência não for levada a sério e devidamente cuidada, continuaremos levando a cabo um *projeto coletivo suicida*, que já tem engendrado uma série de adoecimentos em diversas regiões do planeta (BANIWA, 2021; GUARANI, 2020; SAFATLE, 2020; KRENAK, 2019; KOPENAWA;ALBERT, 2014).

1.1. Um breve histórico

Em 1910, a política indigenista formalmente organizada pelo Estado teve início no país com a criação do Serviço de Proteção ao Índio (SPI) que, dentre outras funções, era responsável pela assistência à saúde das populações indígenas. Nessa época, as iniciativas de atenção à saúde indígena restringiam-se, sobretudo, a ações assistenciais, emergenciais e curativas que, pautadas por ideais positivistas e evolucionistas, menosprezavam os sistemas médicos indígenas. Além disso, desde a sua criação, o SPI esteve vinculado a interesses econômicos de elites locais e nacionais, que se beneficiaram da invasão e expropriação das terras nas quais viviam as pessoas indígenas, o que era justificado a partir da narrativa da integração e desenvolvimento nacional¹⁷². Não por acaso, entre 1930 e 1967, o SPI foi vinculado ao Ministério da Agricultura.

Sob denúncias de corrupção e de atuar contra os interesses das pessoas indígenas, o SPI foi extinto em 1967, dando lugar à Fundação Nacional do Índio (FUNAI). Com isso, a saúde indígena passou a ser atribuição da FUNAI, que implementou as Equipes Volantes de Saúde. Mesmo com essas mudanças, a atenção à saúde indígena continuou sendo bastante precária e permaneceu subordinada ao projeto de espoliação das pessoas indígenas de seus territórios. Pacheco e Lima (2019) recuperam alguns exemplos devastadores reportados pela Comissão Nacional da Verdade (CNV), que ilustram esse ponto. Além de arrendar terras habitadas por indígenas para fazendeiros, o SPI vendia madeira proveniente destas e permitia a criação de gado alheio nas terras indígenas (VALENTE, 2017). Já a FUNAI, durante a ditadura civil-militar, emitia “certidões negativas” da presença de indígenas nos seus respectivos territórios, “liberando-os” para a agroindústria (o que, na prática, consiste em uma licença para matar indígenas), promovia o deslocamento forçado das pessoas indígenas de seus territórios e praticava ações diretas de extermínio – como, por exemplo, envenenando indígenas recém-contatados (CNV v. II, 2014).

Em 1988, em resposta à ampla mobilização política dos movimentos indígenas e organizações indigenistas, as pessoas indígenas enfim deixaram de ser tuteladas pelo Estado e passaram a ser reconhecidas como cidadãs plenas e autônomas¹⁷³. Com isso, as atribuições que

¹⁷² O que está muito bem documentado no Relatório Figueiredo (CORREIA, 1968). O acesso a tal relatório foi proibido durante a ditadura e, desde então, dado como perdido. Em 2015, o historiador Marcelo Zelic, integrante da CNV, encontrou o Relatório no Museu do Índio. Análises de tal relatório podem ser encontradas na segunda parte do relatório da CNV (2014).

¹⁷³ Além de romper com a tutela, a Constituição Federal de 1988 busca superar a perspectiva integracionista e assimilacionista característica das políticas indigenistas até então. As pessoas indígenas, assim, passam a ter todos os direitos garantidos a qualquer cidadão brasileiro, além de seus direitos específicos.

até então eram exclusivas da FUNAI passaram a ser distribuídas por outras instituições, governamentais ou não. Nesse ensejo, em 1991, a saúde indígena passou a ser responsabilidade do Ministério da Saúde, administrada pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e organizada de forma distrital. Ao mesmo tempo, a administração direta da saúde indígena passou a ser feita por organizações privadas ou órgãos públicos por meio de convênios e contratos com a Funasa.

Em 1999, com a publicação da Lei Arouca (Lei n. 9836/99), que estabelece as diretrizes para a implementação de uma atenção à saúde diferenciada a povos indígenas, o Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SASI-SUS) foi criado. Como veremos adiante, o SASI-SUS tem como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), que atuam de forma articulada ao restante do SUS. A criação do SASI-SUS teve como objetivo garantir a proteção, promoção e recuperação da saúde das pessoas e comunidades indígenas e parte do reconhecimento de que, para isso, é preciso adotar modelos diferenciados e complementares de organização dos serviços, readequando as “formas ocidentais convencionais de organização de serviços” (BRASIL, 2002, p. 6).

Para garantir o acesso integral e diferenciado das pessoas indígenas ao SUS, foi instituída a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) em 2002. Em 2010, em resposta à pressão de movimentos indígenas e aliados, foi instituída a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), vinculada ao Ministério da Saúde. Assim, a atenção à saúde indígena deixou de ser coordenada pela Funasa e passou a ser responsabilidade da SESAI. A partir de 2016, houve uma reorganização dos processos de trabalho nos serviços de atenção à saúde indígena, tanto no nível da SESAI¹⁷⁴, quanto no nível dos DSEIs.

Atualmente, os serviços oferecidos pelos DSEIs são conduzidos pelos seguintes atores: Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI)¹⁷⁵; Polos-Base; Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI); Núcleo Ampliado de Saúde Indígena (NASI)¹⁷⁶; e Casa de Saúde

¹⁷⁴ Atualmente, a SESAI é organizada em três departamentos: o Departamento de Gestão da Saúde Indígena (DGESI), o Departamento de Atenção à Saúde Indígena (DASI) e o Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde Indígena (DSESI). Tais departamentos atuam com os DSEIs, Polos-Base, CASAI e Conselhos de Saúde Indígena.

¹⁷⁵ A DIASI busca efetivar um modelo de atenção baseado em vigilância da saúde e, para isso, é organizada em cinco núcleos: 1. Análise de situação de saúde; 2. Planejamento, gestão do trabalho e educação permanente; 3. Saúde das mulheres e das crianças; 4. Ciclos de vida e promoção da saúde; e 5. Prevenção e controle das doenças e dos agravos. Todos os núcleos devem atuar de forma integrada, mas cabe a cada um planejar, monitorar e avaliar ações de saúde e situações de risco relacionadas a determinados agravos de saúde ou determinantes sociais de saúde específicos (a saúde mental é incumbência do quarto núcleo, por exemplo).

¹⁷⁶ O NASI é uma equipe multidisciplinar que atua de forma complementar às EMSI, dando apoio técnico, sanitário e pedagógico aos profissionais da atenção à saúde que trabalham em área. Com isso, visa-se garantir longitudinalidade (continuidade), interdisciplinariedade e integralidade no cuidado. O NASI pode ser composto diversos profissionais de saúde (como antropólogos, assistentes sociais, médicos homeopatas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, arte educadores, dentre outros).

Indígena (CASAI). Tal organização visa favorecer a integralidade da atenção à saúde e superar o modelo de cuidado centrado na doença e no indivíduo. Assim, busca direcionar a atuação dos profissionais à promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, visando a um cuidado centrado na família e na comunidade.

Na organização atual dos DSEI, os psicólogos, psiquiatras e demais profissionais de saúde mental costumam trabalhar na DIASI, no cargo de Referência Técnica (RT) de Saúde Mental. Ficam a maior parte do tempo na sede do DSEI e oferecem apoio matricial (apoio técnico e pedagógico) às EMSI. Quando necessário, também prestam assistência direta no território. Em alguns DSEIs, além do(s) RT, há profissionais *psi* que integram as EMSI, prestando assistência direta no Polo-Base, na sede ou na CASAI.

1.2. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

A PNASPI baseia-se na concepção de que, para que os princípios do SUS (como descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social) sejam efetivados, é necessário levar em consideração as especificidades socioculturais e epidemiológicas de cada povo indígena, bem como as especificidades logísticas e territoriais de cada região. Para orientar a elaboração, a implementação, a avaliação e o controle da atenção diferenciada, a PNASPI estabelece uma série de diretrizes¹⁷⁷ para readequar as formas convencionais de organização do SUS, visando:

[...] garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura. (BRASIL, 2002, p. 13)

Com a criação do SASI-SUS e a implementação da PNASPI, viabiliza-se a consolidação da organização distrital da saúde indígena (que, como vimos, visa contemplar as especificidades geográficas, epidemiológicas, políticas e socioculturais de cada região, povo e comunidade).

¹⁷⁷ As diretrizes da PNASPI são: “Organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Polos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam; preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural; monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas; articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde; promoção do uso adequado e racional de medicamentos; promoção de ações específicas em situações especiais; promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas; promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena; controle social” (BRASIL, 2002, p. 13). Segundo Langdon e Diehl (2007), essas diretrizes apontam para três principais vertentes: a capacitação de profissionais para atuar em contextos interculturais; a articulação com os sistemas indígenas de cuidado; e a formação de Agentes Indígenas de Saúde.

Ao longo dos anos, são criados 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), cujas áreas de abrangência não coincidem necessariamente com os limites estaduais ou municipais, já que são definidas de acordo com a distribuição demográfica dos povos indígenas. Cada DSEI é responsável pela organização dos serviços de atenção primária e pela articulação e integração com os outros níveis de atenção à saúde na rede do SUS¹⁷⁸.

Cada DSEI organiza procedimentos de referência e contrarreferência de acordo com as especificidades da oferta de serviços de média e alta complexidade na região, que devem estar devidamente preparados para oferecer uma atenção diferenciada às pessoas indígenas. Nas comunidades e aldeias, a atenção primária é realizada cotidianamente pelos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) e periodicamente pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI)¹⁷⁹. A primeira referência dos AIS é o Polo-Base local, geralmente localizado em uma aldeia da região ou no respectivo município de referência¹⁸⁰. Cada Polo-Base funciona como uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e conta com uma EMSI. Para apoiar os pacientes encaminhados à rede do SUS, há as Casas de Saúde Indígena (CASAI), que acolhem e hospedam as pessoas indígenas em municípios de referência. Nas comunidades e aldeias, a atenção primária é realizada cotidianamente pelos AIS, AISAN e periodicamente pelas EMSI. Idealmente, toda aldeia ou comunidade deve contar com um posto de saúde, que é responsável pela atenção básica e é a porta de entrada para a rede hierarquizada do SUS.

Digo “idealmente”, pois, além de algumas comunidades não contarem com um posto de saúde, há uma significativa descoordenação dos serviços intra e interdistritais e grandes dificuldades de articulação do nível primário com os níveis secundários e terciários de atenção à saúde. Além disso, a atenção à saúde nas comunidades fica prejudicada por uma alta rotatividade dos profissionais que compõem as EMSI – o que produz uma descontinuidade das

¹⁷⁸ No SUS, a atenção à saúde é dividida em três níveis de complexidade: primário, secundário e terciário. A atenção primária é a “porta de entrada” do usuário para o SUS. Além de oferecer assistência médica de baixa complexidade, tem um caráter eminentemente preventivo, visando reduzir os riscos de desenvolvimento de doenças e proteger a saúde dos usuários e suas famílias. É formado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pela Equipe de Saúde da Família (ESF) e pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A atenção secundária é constituída por serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar e objetiva realizar procedimentos de média complexidade. A atenção terciária diz respeito aos procedimentos de alta complexidade, que requerem elevada especialização e, por vezes, alta tecnologia e/ou alto custo (cf. BRASIL, 2007).

¹⁷⁹ As EMSI geralmente são compostas por técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, dentistas, agentes indígena de saúde e agentes indígena de saneamento. Atualmente, dependendo da situação epidemiológica e das necessidades de saúde do território, as equipes podem ser compostas por outros profissionais como obstetras, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, antropólogos, entre outros. No entanto, é mais comum que tais profissionais integrem as equipes da DIASI ou do NASI.

¹⁸⁰ O DSEI é dividido em Polos-Base, cada um responsável por prestar a assistência médica a aldeias localizadas em uma determinada região do território e apoiar os postos de saúde dessas aldeias.

ações, dificulta o estabelecimento de vínculos de confiança e prejudica o estabelecimento de uma memória institucional mais robusta. Ademais, essa rotatividade acelerada aumenta as chances de que as comunidades sejam atendidas por profissionais com pouca experiência na saúde indígena e pouco conhecimento a respeito das especificidades epidemiológicas e socioculturais da região de abrangência do DSEI. Além disso, o trabalho dos AIS e AISAN é mal pago e frequentemente desvalorizado pelo restante da EMSI (seja por um preconceito relacionado a hierarquias médicas, seja por racismo). A destituição do trabalho dos AIS e AISAN é reforçada pelos entraves que estes encontram para realizar seu trabalho de forma adequada. Além de terem que lidar com a falta de medicamentos e equipamentos, os AIS e AISAN, na maior parte das vezes, não recebem a formação continuada prevista pela PNASPI.

É importante frisar que os AIS e AISAN cumprem um papel fundamental na atenção à saúde diferenciada. Na maior parte dos casos, os AIS e AISAN são os únicos profissionais de saúde que trabalham diariamente nas comunidades e estabelecem *vínculos de confiança* duradouros com as famílias. Por estarem cotidianamente nas comunidades, muitas vezes, os AIS e AISAN têm mais informações a respeito do estado de saúde das famílias do que a própria EMSI. Além disso, por serem indígenas, muitas vezes, detêm uma compreensão diferenciada sobre os adoecimentos e maneiras de cuidar. Por isso, os AIS e AISAN cumprem um papel fundamental na articulação entre os procedimentos biomédicos e os procedimentos terapêuticos indígenas, bem como na mediação (linguística e cultural) entre a EMSI, especialistas indígenas, pessoas vivendo adoecimentos e familiares. Por isso, uma formação *continuada e participativa* de AIS e AISAN, que permita a troca de conhecimentos e construção coletiva de interpretações e intervenções, é fundamental:

A formação e a capacitação de indígenas como agentes de saúde é uma estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não. (BRASIL, 2002, p. 15)

A PNASPI orienta que a formação de AIS e AISAN deve ser acompanhada da formação continuada do restante da EMSI, capacitando os profissionais para atuar em contextos interculturais. A capacitação intercultural não se resume a uma adequação às especificidades epidemiológicas e culturais de cada povo, mas requer uma articulação com os saberes e práticas específicos desenvolvidos para cada povo indígena para lidar com os processos de saúde-doença. Nesse sentido, já na PNASPI, reconhece-se que, para promover um melhor estado de saúde dos povos indígenas, não basta transferir conhecimentos e tecnologias biomédicos, como

se as pessoas indígenas fossem meras receptoras passivas, destituídas de saberes e práticas para lidar com os processos de adoecimento. Para articular os diferentes sistemas médicos em jogo e garantir uma atenção efetivamente diferenciada, é preciso que as pessoas indígenas tenham *protagonismo* na promoção da saúde em suas comunidades.

Tendo isso em vista, além de oferecer diretrizes para a organização distrital da saúde indígena, a PNASPI busca garantir mecanismos de participação das lideranças, especialistas, AIS, professores e pessoas usuárias indígenas no planejamento, na implantação, na avaliação e no monitoramento dos serviços de atenção à saúde, de forma a respeitar e reforçar o direito à autonomia e autodeterminação dos povos indígenas. Assim, prevê uma série de mecanismos para garantir que o controle social¹⁸¹ seja exercido pelas comunidades e pessoas indígenas como os Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena, as Conferências Nacionais de Atenção à Saúde Indígena, a presença de lideranças indígenas nos Conselhos de saúde das três esferas de governo etc.

2. Premissas da atenção diferenciada

2.1. Complementariedade

Como vimos, a atenção diferenciada e integral à saúde requer que os serviços de saúde atuem de forma articulada às diversas formas de conceber, experimentar e cuidar dos processos de saúde-doença, respeitando a singularidade de cada povo e de cada pessoa indígena. Para que tal articulação ocorra, *os programas de atenção à saúde devem ser construídos em conjunto com as comunidades* e seus respectivos cuidadores (sejam eles especialistas ou não), reconhecendo a eficácia e a complexidade dos diversos saberes e práticas de produção de saúde mobilizadas.

Esse reconhecimento é condição para que as práticas de cuidado sejam mobilizadas de forma *complementar*, sem reduzir um sistema de cuidado ao outro¹⁸². Além de este ser um

¹⁸¹ O controle social é um dos princípios que organizam o funcionamento do SUS. Exercido por meio dos conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde e das conferências nacionais de saúde, busca garantir a participação da sociedade civil na formulação, na implementação, no monitoramento e na avaliação das políticas de saúde no país. Respeitando esse princípio, a PNASPI prevê que a participação das pessoas indígenas deve ocorrer desde o planejamento até a implementação e o monitoramento dos DSEIs por meio de mecanismos formais e informais. No SASI-SUS, os conselhos de saúde organizam-se em: Conselho Local de Saúde Indígena (CLSI), que é consultivo e composto apenas por indígenas; Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi), que é deliberativo e composto por usuários indígenas, trabalhadores do DSEI e governantes ou prestadores de serviço; e o Fórum de Presidentes dos Condisi (FPCCondisi), que é consultivo. Nos últimos anos, tem havido sistemáticos ataques ao exercício do controle social com a perseguição política de conselheiros, entraves à participação efetiva das comunidades e organizações indígenas na formulação, execução e monitoramento de políticas públicas; impedimentos à realização da 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena etc.

¹⁸² Vale ressaltar que os sistemas médicos indígenas se articulam a outros sistemas para além da biomedicina. As práticas de cuidado mobilizadas pelas pessoas indígenas são múltiplas, de forma que não é suficiente buscar

posicionamento ético fundamental, também se coloca como um imperativo técnico, dado que as estratégias de atenção à saúde indígena não podem prescindir dos sistemas médicos “tradicionais”, que dispõem de recursos fundamentais para a prevenção e promoção da saúde das pessoas indígenas. Segundo o texto da PNASPI:

O reconhecimento da diversidade social e cultural dos povos indígenas, a consideração e o respeito dos seus sistemas tradicionais de saúde são imprescindíveis para a execução de ações e projetos de saúde e para a elaboração de propostas de prevenção/promoção e educação para a saúde adequadas ao contexto local. (PNASPI, 2002, p. 17)

2.2. Interculturalidade

A ideia de complementariedade articula-se à noção de *interculturalidade*, que também é uma premissa da atenção diferenciada. Apesar de não ser definida no texto da PNASPI, a noção de interculturalidade fundamenta algumas de suas diretrizes (SILVA, 2018). A noção de interculturalidade é bastante polissêmica e polêmica. Como vimos, muitas lideranças indígenas vêm mobilizando essa noção para falar sobre como a cooperação entre múltiplos mundos é necessária para que o cuidado ocorra. Ao mesmo tempo, gestores e profissionais de saúde comumente mobilizam esse termo para designar ideias análogas à ideia de multiculturalismo. Pesquisadores da antropologia da saúde, por sua vez, tendem a definir a noção de interculturalidade em contraposição à noção de multiculturalismo.

Walsh (2007), por exemplo, define a noção de interculturalidade em oposição à ideia de multiculturalismo. Segundo a antropóloga, o multiculturalismo diz respeito ao reconhecimento institucional da diversidade cultural e preconiza a tolerância e o respeito à alteridade sem, no entanto, considerar as relações coloniais de poder que estruturam iniquidades e reproduzem violências. Já a interculturalidade, defende Walsh, é um conceito elaborado pelos movimentos indígenas e afrodescendentes para resistir às investidas dos Estados coloniais e propor vias alternativas que possibilitem produzir transformações estruturais e não apenas incluir, por meio de políticas de diversidade, outras culturas à estrutura de um Estado-nação profundamente racista e colonialista¹⁸³. No entanto, a autora também aponta para como o conceito de interculturalidade vem sendo capturado e esvaziado pelos discursos e políticas estatais.

complementar práticas da medicina “ocidental” a práticas da medicina “tradicional”. Os itinerários terapêuticos são complexos e podem passar por familiares, curandeiros, benzedores, pastores, farmacêuticos etc. Esses vários sistemas de cuidado podem ser mobilizados de forma complementar.

¹⁸³ Ver distinção feita por Fleuri (2014) entre uma interculturalidade baseada em políticas de diversidade (em que as diferenças são estereotipadas a partir de padrões preexistentes e incluídas em uma estrutura prévia) e uma

Na antropologia da saúde, o conceito de interculturalidade geralmente é mobilizado numa tentativa de simetrizar comparações entre diferentes sistemas médicos, o que requer não avaliar a eficácia de determinado sistema médico a partir de parâmetros biomédicos (cf. LANGDON, 1996). Ou seja, considera-se que os sistemas de cuidado biomédicos não têm precedência sobre outros sistemas de cuidado. Assim, uma política de saúde pautada pela interculturalidade deveria considerar a multiplicidade dos sistemas médicos em jogo em cada contexto sociocultural, de forma que estes pudessem ser articulados nos itinerários terapêuticos percorridos para cada pessoa e seus familiares.

Por sua vez, profissionais da saúde diferenciada comumente mobilizam a noção de interculturalidade para falar sobre as dificuldades de comunicação entre pessoas de culturas diferentes, deixando a articulação das práticas de cuidado e seus respectivos sistemas de conhecimento em segundo plano. As diferenças são frequentemente tratadas como barreiras linguístico-culturais que devem ser ultrapassadas para que se chegue a uma síntese, a qual revelaria a etiologia mais verdadeira e a propedêutica mais eficaz. Aqui, interculturalidade aparece quase como um sinônimo de multiculturalidade: presume-se que há diferentes representações (que seriam da ordem da realidade/cultura) sobre o adoecimento (que seria da ordem do Real/natureza) que devem ser toleradas ou respeitadas.

A meu ver, esse tipo de compreensão da interculturalidade abriga algumas armadilhas: presume-se que quem tem acesso ao Real (ao fenômeno mesmo, à doença, ao estranho inquietante, ao transtorno mental) é quem mobiliza as metodologias e conceitos validados pela biomedicina ou pelas ciências *psi*. Parece-me que, nessa perspectiva, fica mais difícil lembrarmos que nossas teorias e práticas também são histórica e culturalmente localizadas e esquecemos que nossas formas de cuidar também são nativas. Como veremos adiante, tal forma de conceber a interculturalidade (que se resume a tolerar a crença ou a representação social do outro e que não considera as relações de poder que atravessam a atenção à saúde indígena) acaba fazendo com que ações de educação em saúde e de educação permanente em saúde, cujo papel é fundamental na atenção básica diferenciada, tenham um caráter colonizador e verticalizado.

Ao que parece, tal redução da interculturalidade à multiculturalidade não está relacionada apenas a questões ontoepistemológicas, mas também a questões institucionais e operacionais dos DSEIs. É muito difícil estar disponível para articular práticas de cuidado quando não há tempo e condições institucionais para isso. É ainda mais difícil estar disponível

interculturalidade baseada em políticas de diferença (que parte do pressuposto de que as diferenças são relacionais; constituem-se na interação viva entre as pessoas e grupos).

quando estamos cansados, sobrecarregados e nós mesmos precisando de cuidados. Além disso, não é comum que um profissional desenvolva e cultive uma disponibilidade para a alteridade sem passar por uma formação antirracista e efetivamente intercultural, que ainda é muito incipiente nos cursos universitários. Além disso, as ações de educação permanente em saúde são insuficientes na maior parte dos DSEIs como veremos no próximo tópico.

2.3. Integralidade

A educação em saúde e a educação permanente em saúde são estratégias fundamentais para a atuação na atenção básica diferenciada (DIEHL; PELLEGRINI, 2014). No campo da Saúde Coletiva, a “*educação em saúde*” consiste em um processo educativo participativo cujo objetivo é a apropriação de determinados conhecimentos em saúde pelas pessoas *usuárias* do SUS, que visa ao aumento da autonomia das pessoas no cuidado de si e de seus familiares. Por sua vez, a “*educação permanente em saúde*” consiste em ações educativas participativas voltadas a *profissionais da saúde*, cujo objetivo é refletir sobre as próprias práticas de trabalho e capacitar os profissionais para lidar com situações específicas de determinado território. A ideia é que tais ações sejam feitas periodicamente, de forma que o trabalho da equipe possa sempre ser continuamente reavaliado e readequado de acordo com as necessidades e os interesses dos usuários (FALKENBERG et al., 2014).

Ações de educação em saúde (ações voltadas às pessoas usuárias) efetivamente interculturais devem ser também ações de educação permanente em saúde (ações voltadas às pessoas profissionais de saúde), em que a equipe de saúde tem a oportunidade de aprender com as pessoas indígenas. Nesse sentido, a educação em saúde requer e pode promover articulações interinstitucionais que favoreçam a abordagem dos adoecimentos para além daquilo que é convencionalmente reconhecido como campo da saúde (FALKENBERG et al., 2014) – o que, como vimos, é apontado como um caminho necessário pelas discussões acerca dos bem-viveres. No entanto, essas ações podem ser inócuas ou até mesmo iatrogênicas quando não são estruturadas respeitando o princípio da *integralidade* da atenção à saúde – especialmente em situações interculturais.

A integralidade é um princípio do SUS que aponta para a importância de que a atenção à saúde esteja orientada por uma compreensão integral de cada pessoa, família e comunidade. Ou seja, que as intervenções estejam fundadas na escuta qualificada e sensível da pessoa usuária e que considerem o contexto sociocultural e ambiental no qual a pessoa vive. A partir da escuta da pessoa usuária e da contextualização de sua fala, é possível formular quais são as demandas daquela pessoa e quais propedêuticas podem ser mobilizadas. É um princípio que pretende

garantir que a pessoa usuária e sua família sejam tratadas como sujeitos e não objetos do cuidado (cf. PINHEIRO, 2007).

Assim, as ações de educação em saúde têm efeitos mais positivos quando consideram as particularidades locais e são estruturadas a partir da articulação efetiva dos saberes da equipe de saúde e das pessoas usuárias. Essa articulação só é possível se levamos a sério a capacidade das pessoas de refletir e debater sobre os problemas que as atingem, bem como propor estratégias para cuidar de si, de sua família e comunidade. Segundo Machado e colaboradores (2007, p. 340):

O princípio da integralidade como eixo norteador das ações de educação em saúde deve estar articulado à urgência de se corrigir a tendência de um agir em saúde fragmentado e desarticulado, embasado em uma postura autoritária, verticalizada de imposição de um saber científico descontextualizado e inerte dos anseios e desejos da população no tocante a sua saúde e condições de vida. Evidencia-se, assim, a necessidade de se perceber a integralidade como princípio em vários níveis de discussões e das práticas na área de saúde, alicerçado em um novo paradigma preparado para ouvir, entender e, a partir daí, atender às demandas e necessidades das pessoas, grupos e coletividades.

Essa articulação requer construir conhecimentos e intervenções a partir de ações de educação em saúde construídas “de baixo para cima”. Ações que envolvam a comunidade por meio de processos participativos em que se possa refletir criticamente sobre os fatores que promovem um bem-viver *nos termos de cada povo e comunidade* e discutir sobre os possíveis fatores que provocam adoecimentos. Além desses processos participativos serem fundamentais para o exercício do Controle Social, também possibilitam que os profissionais de saúde busquem, com as famílias, caminhos possíveis para cultivar um bem-viver.

Nesses processos participativos, as pessoas usuárias podem se apropriar de práticas e conhecimentos que considerarem importantes para o cuidado de si e de seus familiares. Ao mesmo tempo, esses processos favorecem a formação de vínculos de afeto e confiança entre a equipe de saúde e as pessoas da comunidade. Além disso, permitem que a equipe de saúde aprenda mais profundamente sobre os mundos vividos, os sistemas médicos “tradicionais” e os projetos de futuro das pessoas e comunidades. Por isso, tais espaços participativos podem contribuir para o fortalecimento dos conhecimentos e das práticas de cuidado que as famílias já detêm, colaborando para a promoção da autonomia das pessoas e da comunidade. Ademais, uma série de experiências apontam que o engajamento da comunidade na promoção de cuidado pode ser terapêutico por si só: mobiliza um rearranjo das relações comunitárias e familiares; promove a autonomia da comunidade; engaja as pessoas, favorecendo a criação de vínculos de

responsabilidade e cuidado; promove o sentimento de pertencimento etc. (LINKLATER, 2011).

Tais problematizações, que apontam para a importância de uma educação em saúde participativa e “popular”¹⁸⁴, já estão bem consolidadas no campo da Saúde Coletiva, integram os princípios do SUS e estão presentes na retórica de muitos gestores dos DSEIs e profissionais de saúde indígena. No entanto, na atenção diferenciada, ainda observamos muitas práticas de educação em saúde que remetem ao que Paulo Freire (1987) denominou de “educação bancária”. São práticas verticalizadas e tecnicistas, de caráter principalmente informativo e que desconsideram as iniciativas, as capacidades e os saberes das pessoas e comunidades indígenas. São práticas que incorrem na destituição das pessoas indígenas de sua dignidade ontoepistemológica, pois reiteram a postura colonialista de olhar ou escutar apenas aquilo que supostamente falta às pessoas indígenas, tendo como ponto de referência uma pessoa humana forjada nos moldes europeu, capitalista, ocidental etc. Parece-me que, em muitos casos, tais práticas de saúde só fazem modernizar o lamentável diagnóstico de Pero de Magalhães Gândavo (1980)¹⁸⁵, atualizando-o de acordo com novos jargões: os povos indígenas seriam povos sem inteligência emocional, sem uma compreensão adequada sobre os suicídios, sem estratégias de resiliência emocional, sem autoestima, sem planejamento familiar, sem perspectivas de futuro, sem educação financeira e por aí vai.

3. Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas

Um dos principais documentos que orientam os DSEIs no que diz respeito à organização das ações de atenção à saúde mental das comunidades indígenas é a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas, cujas diretrizes foram instituídas pela Portaria n. 2759, de 25 de outubro de 2007, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), e especificadas na Portaria de consolidação n. 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo 3 do Anexo XIV, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017b).

O artigo primeiro dessa Política delinea alguns pontos fundamentais, que estabelecem parâmetros ético-técnicos para a construção de abordagens interculturais na atenção à saúde

¹⁸⁴ Segundo Falkenberg et al. (2014, p. 849), a educação popular em saúde, diferentemente da perspectiva hegemônica da educação em saúde, é organizada “a partir da aproximação com outros sujeitos no espaço comunitário, privilegiando os movimentos sociais locais, num entendimento de saúde como prática social e global e tendo como balizador ético-político os interesses das classes populares. Baseia-se no diálogo com os saberes prévios dos usuários dos serviços de saúde, seus saberes “populares”, e na análise crítica da realidade”.

¹⁸⁵ Em 1570, após viajar pela costa do território que hoje é o Brasil, o cronista português Pero Magalhães de Gândavo escreve que a língua falada pelos indígenas “[c]arece de três letras, convém a saber, não se acha nela F, nem L, nem R, coisa digna de espanto, porque assim não têm Fé, nem Lei, nem Rei, e desta maneira vivem desordenadamente” (1980, p. 25).

mental indígena¹⁸⁶. Dentre eles, destaco as orientações que enfatizam a importância de reconhecer e respeitar as especificidades socioculturais de cada etnia e comunidade, bem como sua heterogeneidade, o que requer um olhar singularizado para cada pessoa e família indígena. Ademais, as diretrizes reforçam a necessidade de reconhecer e apoiar a *capacidade das pessoas e comunidades indígenas para identificar problemas e mobilizar conhecimentos e práticas para solucioná-los*, respeitando e convocando as medicinas “tradicionais” para a elaboração de alternativas viáveis e consensuais. Para isso, recomenda-se fomentar a *construção coletiva de soluções*, com a participação das lideranças indígenas e atores sociais relevantes em cada comunidade, bem como de antropólogos e do restante da comunidade acadêmica.

Esse mesmo Anexo institui diretrizes relacionadas às especificidades logísticas e administrativas para que esses parâmetros ético-técnicos sejam efetivamente implementados, tais como: garantir a articulação interinstitucional (entre SESAI, DSEI, FUNAI, CAPS, SUAS etc.) para assegurar ações integradas entre União, estados e municípios; *priorizar a construção coletiva de intervenções no nível da atenção básica*, a partir de pesquisas-ação participativas que permitam sistematizar informações epidemiológicas e garantam a articulação com os modelos explicativos e estratégias de ação mobilizados pelas comunidades indígenas para lidar com seus problemas; promover a formação continuada dos profissionais e gestores da saúde; implementar sistemas de monitoramento e avaliação das ações que não se resumam a análises epidemiológicas quantitativas, mas também incluam estudos qualitativos sobre as estratégias de intervenção mobilizadas.

*

Tais diretrizes parecem favorecer ações de atenção psicossocial cuidadosas, sensíveis e minimamente satisfatórias. No entanto, são demasiadamente genéricas e sucintas. Além disso, há uma enorme lacuna entre essas diretrizes e boa parte das ações em saúde mental efetivamente realizadas pelos DSEIs. Alguns aspectos dessas ações vêm sendo problematizados por lideranças, organizações indígenas, pesquisadores e trabalhadores da saúde: obstruções deliberadas ao exercício do controle social; subnotificação e falta de sensibilidade cultural na coleta e sistematização dos dados; retorno insatisfatório dos dados às comunidades; falta de continuidade nos programas de atenção à saúde mental e alta rotatividade dos profissionais das EMSI; sobrecarga de AIS, AISAN e técnicos que, além de cumprir suas funções atuais, são demandados a se responsabilizar por agravos de saúde mental; despreparo dos profissionais para trabalhar com temas de saúde mental; desconhecimento ou pouca atenção à realidade

¹⁸⁶ É importante ressaltar que o termo “interculturalidade” não é mencionado no texto da Política. No entanto, a ideia de interculturalidade embasa suas diretrizes.

sociocultural de cada povo, especialmente dos povos de recente contato; ações baseadas em generalizações estereotipadas a respeito do que seria “indígena” e “medicina tradicional”; medicalização excessiva, inadequada ou sem o acompanhamento apropriado¹⁸⁷ etc.

Tais críticas são acompanhadas de reivindicações por mais integralidade e complementariedade nas ações de atenção psicossocial, o que implica garantir uma melhor capacitação dos profissionais de saúde (no que diz respeito à atenção à saúde mental e à realidade sociocultural de cada povo indígena), uma participação efetiva dos conselheiros e comunidades na elaboração, implementação e avaliação das ações e um acompanhamento mais qualificado e cuidadoso da prescrição e do uso de medicamentos psicotrópicos¹⁸⁸.

Podemos notar nessas reivindicações alguns pontos de convergência com as orientações feitas pela Organização Mundial da Saúde e pela Organização Mundial de Médicos de Família para a combinação de serviços de saúde mental (2008). Como se pode observar na Figura 4, tais orientações apontam para a importância de que a base da atenção à saúde mental seja composta pelos chamados “serviços informais”, ou seja, o autocuidado e os cuidados informais comunitários. Além do fortalecimento e apoio do Estado aos serviços informais, é recomendado que grande parte dos serviços de saúde mental seja integrada à atenção primária e que sejam desenvolvidos serviços complementares em nível secundário e terciário. Vale ressaltar que, para que tal integração seja benéfica, é indispensável que os serviços primários estejam suficientemente estruturados e fortalecidos.

Integrar cuidados em saúde mental à atenção primária, segundo o relatório da OMS, pode trazer inúmeras vantagens, tais como: ampliar o acesso aos serviços de saúde mental; promover a longitudinalidade do cuidado (ou seja, dar mais condições para que o cuidado seja realizado de forma continuada e regular); permitir que a maior parte das pessoas seja cuidada no seu território, mantendo sua vida cotidiana com as suas famílias e comunidades; minimizar a estigmatização e discriminação que frequentemente incorre sobre pessoas em sofrimento psicossocial; minimizar as possibilidades de ocorrerem violências psiquiátricas; garantir uma participação mais ativa do paciente, dos familiares e da comunidade nos processos de cuidado; minimizar gastos etc.

¹⁸⁷ Sobre a relação entre a proliferação de diagnósticos de transtornos mentais e o aumento da prescrição e uso de medicamentos psicotrópicos em comunidades indígenas, recomendo a tese de doutorado de Juliana Rosalen (2018), que discute os impactos do aumento da prescrição de psicotrópicos em comunidades Wajãpi do Amapari a partir 2007, quando foi publicada a Portaria n. 2759.

¹⁸⁸ Ou seja, a necessidade de estratégias de prevenção quaternária. Esta consiste, em linhas gerais, em identificar usuários que estão sobremedicalizados (ou fazendo uso de medicações inadequadas para sua condição) e retirar, diminuir ou substituir tais medicamentos. Assim, busca-se, para o usuário e seus familiares, tratamentos mais éticos e benéficos e dispositivos que o protejam de novas violências médicas (cf. PULHIEZ; NORMAN, 2021).

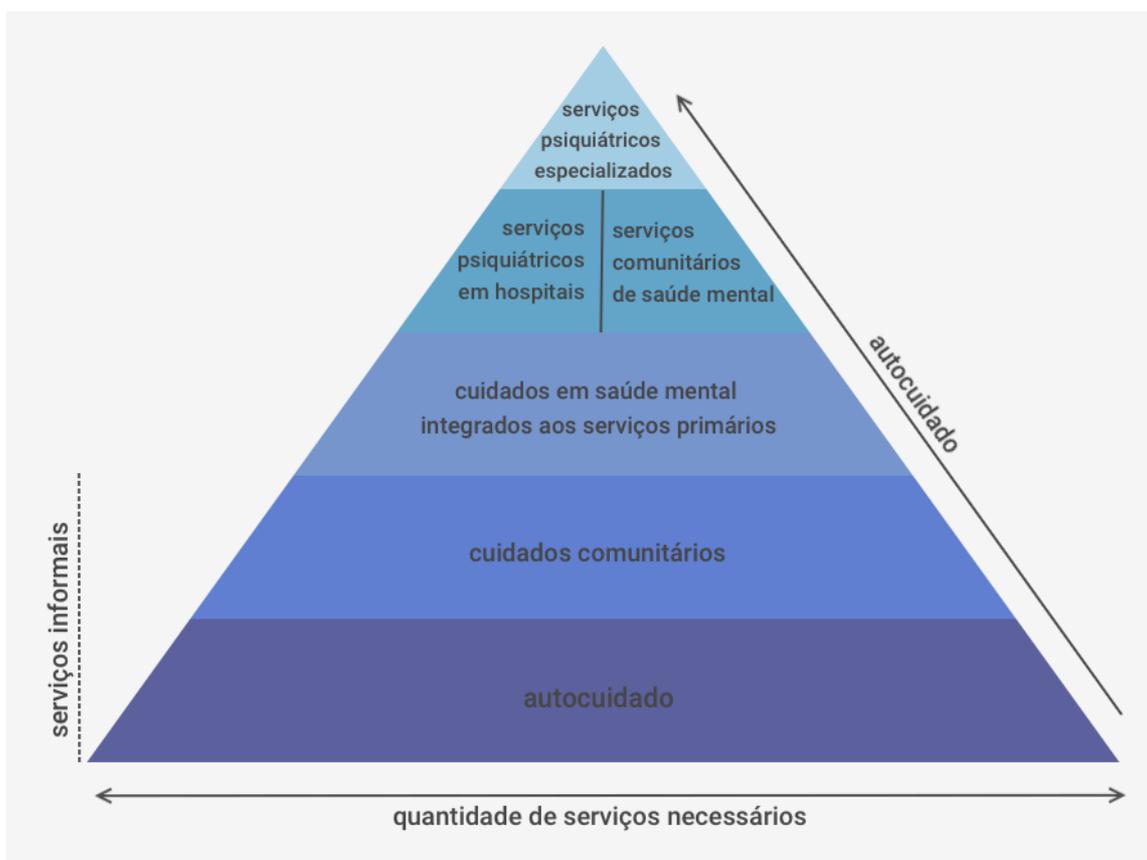


Figura 4. Pirâmide da combinação ideal de serviços para saúde mental (Adaptado de OMS, WONCA, 2008, p. 18).

No caso de comunidades indígenas, combinar os serviços de tal maneira implicaria que as práticas de cuidado cotidianas e as práticas de cuidado realizadas por especialistas indígenas seriam o *fundamento* da atenção psicossocial e seriam *transversais* a todas as outras formas (ou níveis) de cuidado. Para isso, além de fortalecer e aprimorar os serviços da atenção primária em geral, seria necessário promover e garantir as condições (territoriais, psicossociais, ético-políticas, espirituais) para que os cuidados autogeridos se efetivassem. Com isso, muitos dos sofrimentos, adoecimentos ou “agravos psicossociais” poderiam ser cuidados antes mesmo que fosse preciso recorrer aos serviços da atenção primária. De qualquer maneira, os profissionais que realizam a atenção primária nas comunidades estariam bem capacitados para oferecer cuidados, caso necessário. Os serviços secundários e terciários de atenção à saúde mental estariam disponíveis, caso necessário, para complementar o cuidado realizado pelas famílias e especialistas indígenas (e não o contrário).

Tais orientações parecem estar em consonância com as políticas de atenção à saúde mental a povos indígenas no Brasil e fornecem perspectivas importantes para pensarmos sobre problemáticas enfrentadas atualmente nos serviços de atenção psicossocial a povos indígenas. No entanto, é necessário que cuidemos para que o discurso da valorização dos serviços “informais” não sirva como justificativa para a omissão e o descaso dos serviços “formais” de atenção à saúde. Dizendo de outra forma, a ênfase nos cuidados autogeridos e cuidados comunitários não pode ser confundida com um deslocamento da responsabilidade do Estado para o indivíduo ou a comunidade, o que acaba por culpabilizar a pessoa, família ou comunidade por seu sofrimento e favorece o sucateamento dos serviços de saúde. Pelo contrário, a ênfase nos serviços “informais” requer uma colaboração e corresponsabilização entre uma série de agentes que participam do cuidado psicossocial (profissionais de saúde, gestores, familiares, usuários, lideranças, especialistas “tradicionais”, amigos etc.). O próprio relatório aponta para a importância de que os cuidados autogeridos sejam apoiados pelos serviços de saúde formais. Assim, não adianta apenas “jogar a batata quente” no colo das famílias e comunidades. Há todo um trabalho de articulação das redes de cuidado e de reconstrução ou reinvenção das condições necessárias ao exercício dos cuidados autogeridos.

Dessa forma, na atenção psicossocial a povos indígenas, a promoção do autocuidado, da autonomia e da complementariedade não deve ser confundida com posturas de descaso e omissão por parte do serviço de atenção à saúde. As atuais condições de saúde dos povos indígenas, em grande medida, são determinadas por processos históricos que, há séculos, vêm destituindo as pessoas e comunidades das condições necessárias para exercer o autocuidado e o cuidado comunitário. Não reconhecer ou negar esses processos de violência e espoliação frequentemente incorre na culpabilização das pessoas e comunidades que sofrem seus efeitos. Ao mesmo tempo, apenas olhar para as pessoas e comunidades como vítimas dos processos coloniais impede o reconhecimento das maneiras singulares que cada sujeito e comunidade encontrou para lidar com os processos coloniais e para cuidar de seus efeitos nocivos. Dizendo de outra forma: se, por um lado, o reconhecimento e o testemunho das violências vividas pelos povos indígenas não devem ser confundidos com a negação de suas capacidades elaborativas e criativas, por outro lado, o reconhecimento de sua agência histórica e capacidade de reexistência dos povos e pessoas indígenas não pode servir de justificativa à omissão e à desresponsabilização do Estado brasileiro e determinados grupos econômicos.

4. Orientações da SESAI para ações de atenção psicossocial aos povos indígenas

Fundamentando-se nas diretrizes da Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas e buscando soluções para algumas das problemáticas apontadas acima, a SESAI lançou um material educativo em 2019 com o intuito de qualificar a abordagem dos DSEIs em relação aos sofrimentos psicossociais vividos pelas comunidades e pessoas indígenas.

O material, que foi elaborado em cooperação com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e contou com a participação de lideranças indígenas, profissionais de saúde e gestores, consiste em duas cartilhas – “Atenção psicossocial aos povos indígenas: tecendo redes para promoção do bem-viver” e “Estratégias de prevenção do suicídio em povos indígenas” – e quatro manuais para o monitoramento e a notificação de agravos em saúde mental – “Manual de investigação/notificação de violências em povos indígenas”, “Manual de monitoramento do uso prejudicial do álcool em povos indígenas”, “Manual de vigilância de uso de medicamentos psicotrópicos em povos indígenas” e “Manual de investigação/notificação de tentativas e óbitos por suicídio em povos indígenas”.

A cartilha sobre atenção psicossocial “orienta a perspectiva ético-política da abordagem do sofrimento psíquico vivenciado pelas comunidades indígenas brasileiras” (BRASIL, 2019a, p. 7), buscando oferecer insumos e “marcos operacionais” para que os gestores e profissionais de cada DSEI desenvolvam estratégias adequadas às respectivas realidades locais. Assim, há orientações para as ações de cuidado e promoção de saúde mental no território (nas comunidades) e orientações para a organização do apoio matricial. Além disso, especifica-se quais são as atribuições dos profissionais do DSEI na atenção psicossocial e como pode ocorrer a articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do território. Ademais, há instruções para a realização da vigilância epidemiológica, que são apresentadas mais detalhadamente nos manuais de investigação e notificação.

As ações no território consistem em atendimentos individuais ou familiares, visitas domiciliares, grupos de saúde mental e bem-viver e ações participativas e/ou intersetoriais. Tais ações podem ser realizadas pela EMSI, com a presença ou não de um psicólogo (excetuando os atendimentos). Orienta-se que o desenvolvimento das ações participativas seja protagonizado pelas comunidades e que ações de cuidado que já vêm sendo realizadas pelos indígenas sejam apoiadas. As ações intersetoriais podem ser realizadas com instituições como a FUNAI, o CREAS e o CAPS e envolver áreas como trabalho, esportes, arte, cultura e espiritualidade, por exemplo.

O apoio matricial é coordenado pelas Equipes de Referência em Saúde Mental e/ou pelos profissionais de Referência Técnica (RT) de Saúde Mental¹⁸⁹ e visa aumentar a resolutividade das ações das EMSI, oferecendo suporte técnico e pedagógico constante às equipes para que se sintam seguras para corresponsabilizar-se com o cuidado de pessoas em sofrimento psicossocial. Assim, no matriciamento, podem ser feitas reuniões de equipe (com a presença da EMSI, da RT de Saúde Mental e, por vezes, de integrantes da comunidade e/ou do controle social)¹⁹⁰, consultas compartilhadas e atividades de educação permanente. Aponta-se para a importância de que o matriciamento seja constituído por relações horizontais entre RT e EMSI, de forma que o RT possa oferecer um suporte técnico e pedagógico e a EMSI possa oferecer seu conhecimento detalhado a respeito do território.

A articulação do cuidado com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ocorre em casos mais complexos, nos quais a construção e o desenrolar do Projeto Terapêutico Singular (PTS) dependem de uma série de atores e instituições e, conseqüentemente, de uma boa organização dos fluxos de referência e contrarreferência. A ideia é que a articulação com a RAPS permita que os serviços e as ações de atenção psicossocial adequem-se ao usuário, sua família e comunidade, e não o inverso. Assim sendo, a inserção na RAPS busca oferecer uma atenção o mais próxima possível dos espaços de convivência dos usuários, mobilizando os recursos comunitários existentes e os atores promotores de cuidado na comunidade.

As ações de vigilância epidemiológica visam qualificar as informações em saúde e construir perfis epidemiológicos. Na cartilha e nos manuais, ressalta-se a importância de partir de uma perspectiva ampliada de saúde, considerando os determinantes sociais dos processos de adoecimento, bem como as compreensões indígenas sobre o sofrimento, as formas de adoecimento e suas etiologias. Além destas serem premissas éticas de uma atuação intercultural, entende-se que levar as compreensões indígenas em consideração permite um monitoramento mais eficaz e previne que haja uma medicalização excessiva ou inadequada das pessoas indígenas. Assim, com a preocupação de respeitar e legitimar as perspectivas indígenas, a sistematização dos agravos em saúde mental oferecida pelos manuais foi feita a partir de

¹⁸⁹ Os RT de Saúde Mental ficam alocados na DIASI e, além do apoio matricial, também é sua atribuição a gestão da atenção psicossocial no DSEI. Os profissionais das Equipes de Referência em Saúde Mental, por sua vez, ficam alocados nos PB ou na CASAI.

¹⁹⁰ As reuniões de equipe podem ter diversos formatos: discussões de caso; reuniões para a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) com a participação ativa do usuário e da comunidade e com a inclusão de práticas indígenas de cuidado; reuniões para realizar cartografias psicossociais do território, mapeando as necessidades de saúde implícitas e explícitas da comunidade, bem como a maneira com que as pessoas ocupam e interagem no território; atividades de planejamento, monitoramento e avaliação das ações, que devem ser realizadas periodicamente e com a participação da comunidade; grupos de conversa para “cuidar dos cuidadores”, em que os profissionais possam compartilhar experiências e refletir sobre sofrimentos que surgiram durante o trabalho.

classificações que não se restringem àquelas padronizadas para a população brasileira em geral (p. 41). Dessa forma, propõe-se que a sistematização das informações seja organizada a partir de quatro eixos: i) suicídios; ii) violências; iii) uso prejudicial de álcool; e iv) uso de medicamentos psicotrópicos. Tais eixos são apresentados detalhadamente nos manuais de identificação e notificação citados acima.

São transversais a todas essas orientações algumas preocupações ético-políticas que infletem nas práticas de cuidado, dentre elas: a consideração de que a promoção do bem-viver depende de um cuidado em rede, complementar, integral e intersetorial; o reconhecimento de que tanto o cuidado realizado por especialistas indígenas quanto o cuidado cotidiano realizado pelos usuários e seus familiares devem ser considerados como práticas complementares imprescindíveis; a importância de fomentar o protagonismo das comunidades, mobilizando os recursos e as práticas já existentes e propiciando o engajamento do usuário e seus parentes no próprio processo terapêutico; a importância da corresponsabilização, ou seja, que a responsabilidade pelo cuidado seja compartilhada pelos diversos profissionais da EMSI e demais atores que compõem a rede de cuidados; a constatação de que os chamados adoecimentos psíquicos são indissociáveis da situação de vulnerabilidade e “esgarçamento do tecido social” (p. 21) de muitas comunidades indígenas atualmente; o reconhecimento de que tal situação de vulnerabilização decorre de um violento processo colonial; a constatação de que não há respostas únicas, fórmulas fixas ou estratégias prontas para a atenção psicossocial realizada pelos DSEIs, considerando que cada povo e cada território tem suas especificidades.

5. Estratégias da SESAI para a prevenção e posvenção do suicídio em povos indígenas

Como vimos no tópico anterior, o Ministério da Saúde lançou um material educativo (SESAI, 2019) que fornece diretrizes gerais para a formulação de ações de prevenção primária do suicídio e ações de promoção de saúde e Bem-Viver, visando à produção de Linhas de Cuidado adequadas aos contextos indígenas. A linha de cuidado proposta pela SESAI para diminuir as TMS consiste, resumidamente, em três passos: i) notificação e comunicação à Divisão de Ações de Saúde Indígena (DIASI); ii) visita domiciliar para investigação da tentativa (realizado pela EMSI e pelo psicólogo); e iii) escuta qualificada da vítima, dos familiares e dos amigos (realizado pela EMSI e pelo psicólogo).

O manual dá orientações aos profissionais das EMSI para identificar pessoas em risco de suicídio e qualificar cuidados aos familiares e amigos de pessoas que morreram por suicídio, que incluem ações no âmbito da atenção primária e a elaboração de Projetos Terapêuticos

Singulares (PTS) adequados às especificidades culturais locais. O documento menciona alguns pontos fundamentais para realizar a prevenção e posvenção dos suicídios nas comunidades indígenas, dentre os quais destaco: i) integração aos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) dos estados; ii) articulação a diferentes instituições governamentais e políticas públicas para além da saúde; iii) importância de que essas estratégias sejam elaboradas com os cuidadores indígenas e respeitem as perspectivas e os modelos explicativos indígenas para o suicídio.

Para fundamentar essas propostas de intervenção e abordagens múltiplas, são elencados alguns fatores de proteção e fatores de risco para suicídio nas populações indígenas. Observando que o suicídio é um agravo de saúde localizado em comunidades e etnias específicas para o qual não há causa ou fator determinante único, a cartilha aponta para a necessidade de considerar os modelos explicativos “tradicionais” e o “histórico de contato com as sociedades envolventes” (*Ibidem*, p. 8-9). Assim, o manual ressalta que a linha de cuidado deve ser integral – de forma a considerar questões relacionais (p.e., passagem para a vida adulta, conflitos conjugais, conflitos geracionais), questões socioculturais (p.e., contexto de violência, relação com a sociedade envolvente, dificuldades de inserção socioeconômica, discriminação) e as perspectivas indígenas (p.e., feitiço, memória do morto, espíritos da floresta).

Tendo isso em vista, o manual aponta alguns fatores que aumentam o risco de suicídio: i) impossibilidade de recuo ou mudança, minando a possibilidade de se viver no território de acordo com a própria identidade; ii) contexto de violência e pobreza; iii) sociedade enfraquecida devido à invasão ou deterioração ambiental do território; iv) conflito geracional e familiar; v) passagem para a vida adulta; e vi) relações com a “sociedade envolvente” (p.e., discriminação e estigmatização). O documento também aponta acontecimentos “estressantes” que usualmente antecedem os suicídios, tais como: problemas interpessoais; rejeição; eventos de perda; problemas financeiros e no trabalho; mudanças na sociedade; sentimento de vergonha; medo de ser considerado culpado por algum evento negativo, dentre outros (*Ibidem*, p. 28).

A cartilha propõe os seguintes passos para lidar com esses fatores de risco, que podem ser adaptados às especificidades locais:

1. Comunicar a ocorrência à DIASI;
2. Respeitar a abordagem da família e a realização dos ritos funerários;
3. Investigar o óbito;

4. Oferecer escuta qualificada à família e aos amigos com sensibilidade às especificidades socioculturais¹⁹¹;
5. Mapear as relações pessoais da pessoa que foi a óbito por meio da realização de genograma e identificação de familiares em risco de suicídio;
6. Considerar os principais fatores de risco para novas tentativas de suicídio, monitorando o sujeito que a) tenha histórico de outras mortes por suicídio na família; b) tenha tentativas de suicídio no histórico pessoal; c) tenha faixa etária entre 12 e 25 anos de idade; d) faça uso prejudicial álcool; e) tenha conflitos geracionais com pais e/ou avós; f) tenha conflitos afetivos com namorada(o) ou cônjuge; e/ou g) tenha conflitos relacionados ao exercício da sexualidade;
7. Elaborar um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para as pessoas que foram consideradas em risco. O PTS deve ser elaborado com a família e/ou o grupo de forma a garantir um cuidado permanente, sustentado por uma Rede de Apoio Pessoal (RAP), que consiste em uma rede de protetora de amigos, familiares e profissionais. Além disso, considera-se que a participação da família e/ou grupo permite corresponsabilizar o usuário na promoção do cuidado para sua saúde e também permite articular os conhecimentos tradicionais locais ao PTS. A rede de cuidado pode ser desenhada com a pessoa e/ou a família;
8. Ativar os pontos de suporte identificados na rede de cuidado desenhada e monitorar as pessoas em risco de suicídio (por meio da manutenção da rede de cuidados, acompanhamento psicossocial individual ou em grupo e visitas domiciliares realizadas semanalmente).

Resumindo, as orientações do manual enfatizam a notificação dos suicídios e tentativas de suicídio e buscam promover ações comunitárias e intersetoriais na prevenção e posvenção dos suicídios. Além de enfatizar a importância do vínculo entre a equipe de saúde e os usuários indígenas, a cartilha ressalta a importância de que as comunidades, as famílias, a EMSI e outros atores governamentais (FUNAI, professores, assistência social etc.) participem e engajem-se no processo de construção das Linhas de Cuidado, corresponsabilizando-se na prevenção e posvenção dos suicídios.

¹⁹¹ Segundo o manual: “A escuta dos modelos explicativos indígenas sobre o fenômeno do suicídio é o componente mais importante nessa fase, já que é a partir da perspectiva do grupo familiar sobre o que está ocorrendo com ele é que será possível encontrar alternativas potentes e protetoras da vida” (*Ibidem*, p. 18).

Percebe-se que tais orientações estão em consonância com as diretrizes e os princípios do SUS, do SASI-SUS e da Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas. No entanto, essas orientações abrigam alguns riscos, pois são demasiado genéricas (abrindo espaço para uma atuação nas pontas muito distante da integralidade, complementariedade e interculturalidade) e generalizantes (muito distantes das especificidades de cada território, de cada povo ou grupo indígena). Por exemplo, orienta-se que sejam monitorados todos os sujeitos que se enquadrem em um dos seguintes fatores de risco: ter parentes que morreram por suicídio; ter tentado suicídio; ter entre 12 e 25 anos; ter conflitos com pais, avós, namorado(a) ou cônjuge; ter conflitos relacionados à sexualidade. Se seguissemos tais critérios para elaborar estratégias de prevenção do suicídio em determinada comunidade, praticamente todos os habitantes seriam considerados em risco e deveriam ser monitorados.

Além disso, tais orientações estão muito distantes da realidade da maior parte dos DSEIs. Grande parte dos DSEIs enfrenta obstáculos políticos e dificuldades logísticas para oferecer uma atenção psicossocial pautada pela interculturalidade, corresponsabilização e participação ativa da comunidade, família e usuários. Com equipes enxutas, que passam pouco tempo em cada comunidade e poucos profissionais realmente capacitados para integrar cuidados psicossociais em sua prática, a orientação de que se corresponsabilizem pela atenção psicossocial é, com frequência, recebida com relutância pelos profissionais de saúde dos DSEI. Muitos não se sentem devidamente preparados para lidar com questões de saúde mental. Muitos já estão extremamente sobrecarregados e não têm tempo nem disponibilidade para lidar com tais questões. Ao mesmo tempo, muitos psicólogos, psiquiatras ou referentes técnicos em saúde mental que trabalham nos DSEIs também estão sobrecarregados. Além de lidarem com uma quantidade exorbitante de trabalho, muitos se sentem pressionados para cumprir as metas estabelecidas pela SESAI.

Paradoxalmente, o próprio ímpeto de corresponder às metas de diminuição das TMS e proteger a vida a todo custo pode favorecer que os profissionais ajam de forma não dialógica, aumentando a potencialidade iatrogênica de suas intervenções. No caso de ações de prevenção e posvenção ao suicídio entre povos indígenas, a ansiedade e urgência despertadas pelo risco de morte podem facilmente descarrilar em ações que destituem e desconsideram a experiência da pessoa, família e/ou comunidade que está sendo cuidada. O risco de que afetos pouco elaborados transbordem em ações de cuidado inadequadas se mostra ainda mais significativo quando consideramos os estigmas associados à morte autoprovocada nas tradições de matriz judaico-cristã.

Dessa forma, os estigmas provenientes da tradição judaico-cristã, associados à exigência de eficácia e produtividade, compõem uma “mistura” perigosa, principalmente quando “cozinhados” na angústia que sentimos diante do sofrimento do outro. Tal angústia pode fazer com que nos defendamos de forma um tanto quanto maníaca, ancorando-nos numa suposta onipotência *psi*/biomédica e, conseqüentemente, deslegitimando outras formas de cuidado. Tal angústia também pode suscitar um sentimento de urgência, um forte desejo de “arrancar” o paciente/usuário de seu sofrimento. Isso é bastante delicado, pois nosso desejo de que o paciente melhore pode acabar passando por cima de seu próprio gesto, o que embota nossa escuta e nos distancia ainda mais daquele de quem intentamos cuidar¹⁹².

Tais questões frequentemente se expressam no sofrimento e nos sentimentos ambivalentes de profissionais de saúde que lidam com casos de suicídio. Para muitos profissionais de saúde, a morte de um paciente por suicídio provoca sentimentos de impotência, frustração e culpa. Certos profissionais vivem essas mortes como índices de uma falha na própria atuação e sentem-se culpados. Outros se sentem impotentes e frustrados devido à falta de profissionais nas equipes e à escassez ou má-alocação dos recursos financeiros nas instituições em que trabalham. Certos profissionais, por sua vez, vivem as mortes por suicídio dos usuários como uma afronta ética ou religiosa. Outros acabam por culpabilizar a própria pessoa que tentou suicídio ou culpabilizam os familiares da pessoas que morreram por suicídio.

Sentimentos como desesperança, frustração, raiva, medo, culpa e impotência são frequentes entre profissionais que trabalham com a prevenção ou a posvenção do suicídio (CASSORLA, 2021; 2017). No entanto, é possível criar espaços de acolhimento aos profissionais e elaborar dispositivos que lhes permitam modular tais afetos. Ao mesmo tempo, como veremos adiante, certas dinâmicas institucionais podem aprofundar tais sentimentos.

Tendo isso em vista, parece-me importante entender como certas dinâmicas institucionais dos serviços de atenção diferenciada podem intensificar certos afetos e catalisar certos posicionamentos dos profissionais. É importante lembrar que os trabalhadores do DSEI estão submetidos a dinâmicas institucionais bastante iatrogênicas e defrontam-se com grandes dificuldades em operacionalizar a assistência à saúde. Assim, no próximo capítulo, buscarei ilustrar como as orientações da SESAI, discutidas nos tópicos anteriores, reverberam nas “pontas” e, mais especificamente, nas estratégias desenvolvidas pelo DSEI-ARN para prevenção do suicídio nas comunidades hupd’äh.

¹⁹² Cf. Bion (1967).

CAPÍTULO 4

Estratégias do DSEI-ARN para prevenção e posvenção do suicídio em comunidades hupd'äh

Neste capítulo, aprofundarei algumas das discussões precedentes a partir do caso do DSEI-ARN. Busco apontar, com isso, i) como as políticas e diretrizes para atenção psicossocial discutidas acima são colocadas em prática pelo DSEI-ARN; e ii) como não tem havido uma interculturalidade efetiva nas ações de prevenção e posvenção ao suicídio no DSEI-ARN. A interculturalidade tem se resumido (quando muito) a *tolerar* (STENGERS, 2020; 2011) as medicinas indígenas, sem as levar realmente a sério e muito menos realizar ações que promovam o fortalecimento dos sistemas de cura ditos “tradicionais”. Ao contrário, tem havido muitas tentativas de enfraquecer o controle e a participação social dos indígenas, acompanhadas de uma deslegitimação da atuação dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), o que acaba por incrementar uma dependência da biomedicina (RAMOS, 2017; BANIWA, 2012).

A construção “de cima para baixo” das intervenções, ações de educação em saúde com formato bancário (FREIRE, 1987) e a falta de uma escuta qualificada às compreensões hupd'äh a respeito do fenômeno fazem com que as estratégias de prevenção e posvenção para o suicídio sejam inócuas e, por vezes, acabem até produzindo novos problemas e sofrimentos.

Vale sublinhar que discutir sobre as estratégias do DSEI-ARN para prevenção do suicídio nas comunidades hupd'äh é uma tarefa bastante delicada, pois envolve intrincadas questões cosmopolíticas, institucionais e éticas. Uma das principais preocupações que nortearam a escrita deste capítulo foi apresentar com o devido cuidado a complexidade da situação de trabalho das EMSI¹⁹³. Ao fazer uma análise crítica da atuação do DSEI em relação aos óbitos e às tentativas de suicídio nas comunidades hupd'äh, busquei mostrar, simultaneamente, como os trabalhadores das EMSI enfrentam uma situação frequentemente insalubre de trabalho. Sobrecarregados e submetidos a condições precárias de trabalho (faltam insumos, combustível, atividades de capacitação etc.), muitos profissionais sentem-se desamparados e despreparados para engajar-se ou corresponsabilizar-se na atenção psicossocial das comunidades onde atuam.

¹⁹³ Espanta-me a complexidade das questões com as quais as equipes têm de lidar cotidianamente. Por ser alguém de fora da instituição, penso que minha compreensão a respeito é limitada, repleta de lacunas e, provavelmente, equívocos. Ao mesmo tempo, justamente por estar fora da instituição, talvez possa oferecer um olhar distanciado, um olhar outro. Espero que esse olhar possa oferecer alguma contribuição para o desenvolvimento de ações de prevenção e posvenção mais sensíveis e satisfatórias.

Também é importante lembrar que as equipes que compõem o DSEI-ARN são bastante heterogêneas. Há profissionais com diversas formas de atuação e variadas compreensões a respeito dos agravos de saúde. Muitos profissionais com quem conversei se mostraram preocupados com a questão dos suicídios e engajados em buscar estratégias de prevenção e posvenção adequadas às realidades das comunidades hupd'äh. Mesmo trabalhando em um ambiente institucional bastante adverso, alguns profissionais têm se empenhado em criar planos de cuidado efetivamente interculturais e de forma realmente participativa. Muitos estão implicados em oferecer a melhor atenção possível aos usuários com uma atuação ética e qualificada. No entanto, faltam espaços de discussão e formação para que suas intenções possam se concretizar em práticas mais adequadas às realidades hupd'äh. Além disso, muitos profissionais têm receio de questionar abertamente algumas das intervenções e estratégias implementadas pelo DSEI, bem como de denunciar o sucateamento e a precarização da atenção à saúde diferenciada.

Desde 2016, tem havido cada vez mais casos de perseguição política e assédio moral a profissionais que se posicionam contrariamente a determinações da SESAI ou da coordenação do DSEI-ARN, de forma que muitos profissionais que ali trabalham temem ser demitidos ou transferidos para cargos que não lhes interessam. Não obstante, também há muitos profissionais que vêm reproduzindo posturas discriminatórias em relação às pessoas indígenas, especialmente em relação às pessoas hupd'äh. Uma parcela significativa dos profissionais que trabalham no DSEI-ARN tem baseado sua atuação em concepções religiosas, o que faz com que algumas de suas intervenções tenham um tom fortemente proselitista. Nos últimos anos, com a crescente atuação de religiosos e militares na SESAI e na FUNAI, tais intervenções de caráter religioso vêm ganhando cada vez mais espaço.

Ressalto, com isso, que o objetivo das discussões a seguir não é desqualificar o trabalho de nenhum profissional de saúde, mas sim refletir sobre as possibilidades de elaborar estratégias de prevenção e posvenção que sejam mais sensíveis, participativas, horizontais e dialógicas.

1. Breves conversas

Durante nossas conversas, alguns profissionais do DSEI-ARN falaram sobre as enormes dificuldades que enfrentam para realizar seu trabalho de maneira satisfatória, devido a questões políticas, logísticas e organizacionais. Por exemplo, muitos profissionais manifestaram o desejo de realizar um trabalho mais integral e complementar, mas apontaram que essa é uma tarefa homérica, dada a excessiva carga de trabalho e o fato de que passam muito pouco tempo em

cada comunidade¹⁹⁴. Como veremos adiante, as dificuldades logísticas enfrentadas pelos trabalhadores do DSEI estão relacionadas não apenas às especificidades do território, mas também ao sucateamento do SASI-SUS, às dificuldades de articulação interinstitucional¹⁹⁵ e à cristalização de relações de poder que ocorrem entre a SESAI e o DSEI e dentro do próprio DSEI. Essas dinâmicas institucionais colocam, por si só, uma série de entraves à efetivação da interculturalidade, complementariedade e integralidade na atenção à saúde mental: entraves para o uso da verba disponível, dificuldade de contratação de novos funcionários, falta de medicamentos, falta de meios de transporte adequado, falta de combustível, falta de profissionais com competências linguísticas e culturais nas EMSI etc. Além disso, tais dinâmicas têm o potencial de adoecer os próprios profissionais das EMSI, que, assim, podem acabar ficando menos disponíveis para cuidar.

Quando nós, profissionais da saúde, estamos sobrecarregados e sem a formação adequada para lidarmos com certas questões, tendemos a enrijecer nossas atuações e cristalizar certas compreensões para “dar conta do recado”. Isso pode ter efeitos extremamente nocivos, tanto para quem cuida quanto para quem é cuidado, pois a cristalização excessiva de uma determinada experiência e visão de mundo pode produzir reações defensivas que dificultam o cuidar¹⁹⁶. Quando nossas experiências e visões de mundo ficam por demais cristalizadas, ficamos menos sensíveis à maneira com que o outro nos afeta e menos capazes de perceber outros mundos vividos e sonhar outros horizontes de cuidado possíveis. Além disso, ficamos com menos disposição para oferecer hospitalidade e para acompanhar a pessoa em sofrimento na situação em que ela está naquele momento.

¹⁹⁴ O trabalho das EMSI consiste em passar 30 dias em área e 15 dias folgando. Como o território de abrangência do DSEI-ARN é gigantesco, as equipes visitam inúmeras comunidades referenciadas a determinado polo-base durante os 30 dias em área, de forma que geralmente passam no máximo dois dias em cada comunidade. Além disso, há uma alta rotatividade de profissionais nas equipes, de forma que muitos profissionais deixam o cargo antes de estabelecer vínculos sólidos nas comunidades.

¹⁹⁵ Duas questões que atingem a atenção à saúde indígena em geral são frequentemente apontadas pelas pessoas que trabalham na saúde diferenciada: a dificuldade de articulação interinstitucional (entre SESAI, FUNAI, SUAS, SUS, DSEI etc.) e a dificuldade de coordenação entre a SESAI e os DSEIs (ou entre Brasília e as “pontas”). Parece-me que a articulação interinstitucional fica prejudicada por uma excessiva burocratização e por relações pautadas por um “narcisismo das pequenas diferenças” (FREUD, 1930/2010). Ao mesmo tempo, a sobrecarga de trabalho imposta aos profissionais que trabalham nessas instituições parece estimular uma lógica de “passar a batata quente”: sempre que é possível, a responsabilidade por um problema é atribuída a outra instituição que, por sua vez, atribuí-la-á a outra instituição e assim por diante. Isso geralmente leva a uma constante busca por culpados, em vez de se assumir uma responsabilidade coletiva e empreender uma discussão séria do problema com as comunidades.

¹⁹⁶ Alguns exemplos imagéticos de reações defensivas frequentes: para não perder o chão, caindo no sem sentido, tento me agarrar com unhas e dentes ao mundo imóvel e duro que conheço; para que os ventos do horizonte não reduzam meu mundo a pó, protejo-me de tudo aquilo que sai do meu campo de visão, trocando o horizonte por um muro de espelhos voltados para dentro; para que o rosto do outro não transforme o meu, defendo-me com racismo, preconceito e (in)tolerância, pois a alteridade passa a ameaçar a frágil rigidez de minha experiência de mundo.

Para além dessas questões políticas, institucionais e logísticas, que têm deixado muitos profissionais exaustos, defendidos e frustrados, parece-me que a dificuldade de oferecer uma atenção psicossocial diferenciada também se relaciona aos próprios fundamentos ontoepistemológicos das estratégias de intervenção levadas a cabo pela SESAI e pelo DSEI-ARN. Essas estratégias, em grande parte, fundamentam-se em concepções multiculturalistas, que frequentemente vêm acompanhadas de intervenções tolerantes e arrogantes. No caso das estratégias de prevenção e posvenção dos suicídios, tais dificuldades parecem ser acentuadas por reações contratransferenciais dos profissionais ao deparar-se com tal problemática. A seguir, trarei alguns exemplos que permitem compreender melhor esses pontos. Com a preocupação de não expor os profissionais de saúde que tão generosamente dispuseram de seu tempo para conversar comigo, buscarei apresentar suas falas da forma mais anônima e genérica possível.

*

Durante nossas conversas, praticamente todos os profissionais ressaltaram a importância de levar em consideração a multifatorialidade do suicídio e as compreensões indígenas sobre tal fenômeno. No entanto, ao mesmo tempo, muitos também falaram sobre os suicídios em termos de causa e efeito, mencionando o consumo de álcool como principal causa dos suicídios ou explicando os suicídios como decorrências de transtornos mentais preexistentes. Além disso, ao longo das conversas, fui ficando com a impressão de que alguns profissionais consideram que as concepções biomédicas ou *psi* seriam neutras e dotadas de objetividade, enquanto que as concepções dos indígenas ou de antropólogos seriam enviesadas. Ouvi, por exemplo, tal afirmação:

Considero que existe transtorno mental entre indígenas sim, mesmo que eles não tenham esse conceito. Acho que em qualquer lugar tem [transtorno mental], só que o jeito que você chama muda de acordo com a linha teórica que você segue ou a cultura que você tem.

É relevante notar como esse tipo de afirmação parte do pressuposto de que haveria diversos nomes ou representações culturais para designar um mesmo fenômeno objetivo ou natural. Supõe-se que os transtornos mentais seriam algo da realidade objetiva, os quais poderiam ser diagnosticados e tratados a partir de dispositivos *psi* ou biomédicos. Ou seja, outras formas de ver e de cuidar do “transtorno mental” são toleradas, mas se considera que, no fundo, quem sabe mesmo o que está acontecendo e qual é a melhor forma de tratar seríamos nós, profissionais da saúde. Essa perspectiva, doravante chamada de “multiculturalismo tolerante”, frequentemente sustenta a formulação de estratégias verticalizadas e pouco

complementares, pois, no fundo, desconsidera e/ou deslegitima os saberes e itinerários terapêuticos dos usuários. Podemos compreender melhor esse ponto ao olhar para as ações de educação em saúde realizadas por muitos DSEIs.

No DSEI-ARN, assim como em muitos outros DSEIs do país, as estratégias de prevenção ao suicídio nas comunidades hupd'äh contam com ações de educação em saúde. Muitos profissionais com quem tive a oportunidade de conversar enfatizaram a necessidade de se fazer palestras sobre valorização da vida e ações educativas nas comunidades sobre temas como suicídio, saúde mental, depressão e baixa autoestima. Muitos apontaram o engajamento das EMSI nas atividades do Setembro Amarelo como uma estratégia de prevenção importante. Ouvindo o que motivava tais propostas, fiquei com a impressão de que alguns profissionais que trabalham no DSEI partem do pressuposto de que os Hupd'äh não entendem bem o que se passa com eles e que, portanto, caberia a nós, profissionais de saúde, explicar-lhes. Por exemplo, ouvi afirmações como: “Os jovens indígenas que têm ideiação [suicida] estão deprimidos. Eles precisam entender que estão deprimidos. A gente precisa trabalhar a cabecinha deles para eles tomarem remédio”. Parece-me que tal perspectiva acaba “tamponando” uma abertura à alteridade e ao diálogo, pois o respeito e o reconhecimento da cultura do outro acabam reduzidos à *tolerância*; ao mesmo tempo que se enfatiza que as diferenças “culturais” dos hupd'äh devem ser respeitadas, estas são consideradas como obstáculos à atuação das EMSI. Farei aqui um parênteses para explicar melhor o que quero dizer com isso.

Isabelle Stengers (2020; 2011) define a tolerância como uma postura típica de quem se pensa “moderno”: quem se reconhece como parte de um “nós” que se distingue dos “não modernos” em termos de crenças. Tal postura tolerante guarda um misto de nostalgia e condescendência arrogante. Toleram-se os “outros”, pois estes ainda confiariam em suas ilusões, estariam mais próximos do mundo encantado no qual teríamos morado no passado, antes de termos nossas ilusões destruídas pelas luzes da razão:

Mas a nostalgia e a tolerância para com os outros, que têm a sorte de “crer”, mal escondem um imenso orgulho. Nós somos “adultos”, somos capazes de enfrentar um mundo esvaziado de garantias e encantamentos, essa velha história já conhecida. Coincidentemente, ela constitui o tema favorito para os especialistas modernos do que Freud chamou de “três profissões impossíveis”: ensinar (ou transmitir), governar e curar. Três profissões cujo primeiro traço comum é designar preocupações práticas que todas as sociedades humanas compartilham. O segundo traço comum [...] parece ser que, em nossas sociedades ditas modernas, seus praticantes pretendem ser herdeiros privilegiados da perda das ilusões que define a modernidade. Como se eles tivessem por obrigação primeira afirmar o caráter irreversível, *nec plus ultra*, da destruição que suas práticas herdaram [...]. (STENGERS, 2020, p. 393-394)

Ou seja, supõe-se haver uma diferença de natureza entre “nós”, que saberíamos mais e teríamos a capacidade de julgar com objetividade, e “outros”, julgados em termos de crenças. Segundo Stengers, esse é um risco imanente às ciências humanas em geral, constituídas por práticas com um caráter altamente farmacológico (ou seja, com um caráter instável, que podem ser tanto remédio quanto veneno)¹⁹⁷. Preocupada com tais questões, a filósofa nos oferece alguns contrapontos à tolerância, que aqui parafraseio em forma de perguntas: e se aquilo que me parece um sucesso (como, por exemplo, diagnosticar rapidamente um caso, garantir a adesão medicamentosa do paciente, obter o assentimento do paciente diante uma interpretação) for um abuso de poder? Será que é ético redefinir a partir de meus próprios termos a maneira como o “outro” habita o mundo, supondo que sei o que é melhor para ele? Será que, quando me lamento que o “outro” perdeu sua “inocência”, “crença” ou cultura, não estou, no fim das contas, desqualificando o outro, supondo que até então ele ainda não sabia que o mundo é assim como “nós” o pensamos?¹⁹⁸ Como a maneira com que olhamos para o “outro” afeta nossas práticas? Como podemos evitar que nossas práticas bem-intencionadas não se transformem em “veneno” para os “outros”?

Como estávamos discutindo, quando as diferenças culturais são consideradas como obstáculos à atuação da equipe de saúde, as respostas das pessoas às intervenções são cada vez menos ouvidas. Tive a impressão de que alguns integrantes das EMSI não têm estado sensíveis às respostas dos usuários hupd’äh frente a suas intervenções. Alguns comentaram comigo que acham difícil trabalhar com os Hupd’äh, pois estes seriam “acanhados” e teriam pouca adesão ao tratamento: “a gente vai nas comunidades e as pessoas fogem ou não querem falar com a gente. Eles são tímidos...”. Alguns relacionaram essa timidez ou baixa adesão a um suposto desconhecimento que a maior parte das pessoas indígenas teria sobre a saúde mental e a psicologia:

¹⁹⁷ Se bem entendi, para Stengers (2020), a tolerância é um risco imanente ao campo das ciências humanas, cujas práticas são definidas por uma dupla obrigação: produzir saberes e produzir mediações (produzir conexões entre grupos heterogêneos). O risco está justamente na exigência que pode decorrer dessa dupla obrigação: exigir que os destinatários de “nossas” práticas (pacientes, indígenas, estudantes etc.) respondam a “nossas” perguntas nos termos em que “nós” as fazemos – o que não conseguem ou *recusam-se* a fazer. Com isso, conclui-se que os “outros”, destinatários de “nossas” práticas, só poderiam dar respostas faltantes e, a “nós”, em nome da Ciência e da Saúde, caberia construir as respostas por eles em outro lugar.

¹⁹⁸ “[...] a inocência desqualifica o outro, aquele que ainda não sabe, aquele que ainda não passou pela “grande divisão” (LATOUR, 1993) que nos forçou a reconhecer que um pássaro é apenas um pássaro, e que o Céu é indiferente às nossas construções.” (STENGERS, 2020, p. 399)

Aqui na cidade [de São Gabriel da Cachoeira], é muito ruim trabalhar como psicólogo. Porque as pessoas procuram o pajé, não um psicólogo. E ainda por cima pagam caro para o pajé!

A maior parte das pessoas hup realmente não está familiarizada com práticas e conceitos *psi* nos termos em que costumamos concebê-los. Contudo, têm suas próprias práticas de cuidado e arcabouços teóricos que, apesar de serem muito diferentes (ou justamente por serem diferentes) das práticas e teorias *psi*, interseccionam-se a estas em alguns aspectos. Há facetas do cuidar que ocorrem por meio da relação, outras que acontecem pela fala, algumas que requerem gestos de reparação, outras que requerem gestos de destruição... Essas intersecções podem ser campos férteis para experimentar ações interculturais que não sejam redutíveis a um multiculturalismo. Ou seja, ações que não tratem as diferenças como obstáculos ao cuidado, mas sim como sua matéria-prima; ações que não reduzam a diferença à diversidade, mas que reconheçam a irredutibilidade de cada sistema de cuidado e transformem os inevitáveis equívocos tradutivos em equívocos produtivos, que favoreçam o cuidar. Vale fazer a ressalva de que as falas, os gestos e as relações que tecem o cuidar não são as mesmas. As relações que o sustentam podem ser radicalmente distintas, pois os agentes que podem ser mobilizados no processo de cuidado são inúmeros. Todavia, justamente por não serem os mesmos agentes, falas e relações podem ser mobilizadas para compor percursos de cuidado singulares, tecidos por conexões parciais¹⁹⁹.

Infelizmente, ainda é muito comum que diferenças (culturais, linguísticas, ontológicas) sejam tratadas como obstáculos para a atuação das EMSI e dos profissionais *psi*. Quando as pessoas e comunidades manifestam-se indicando que “passar por cima” das diferenças não é um bom caminho, são ignorados ou tratados como ignorantes. Parece-me que esse tipo de reação de alguns dos profissionais de saúde, que desconsidera ou desqualifica as respostas das pessoas indígenas às intervenções realizadas, é intensificado quando se trabalha com pessoas com ideias ou tentativas de suicídio ou com os familiares de alguém que morreu por suicídio.

Como vimos, o trabalho com a prevenção ou posvenção do suicídio pode produzir fortes reações defensivas por parte dos profissionais de saúde, pois requer trabalhar num campo

¹⁹⁹ Duas imagens me vêm à cabeça quando tento entender melhor como poderia ser tal processo de cuidar: uma música polifônica e um território cheio de caminhos que se interseccionam. Na música polifônica, instrumentos com distintos timbres tocam linhas melódicas que se entrelaçam de tal forma que afeta e faz sentido, tanto para quem toca quanto para quem ouve. Em um território emaranhado de caminhos, cada caminho tem suas histórias, habitantes, paisagens e possibilidades, o que faz com que cada caminho tenha o potencial de transformar o lugar de chegada de forma singular. Por exemplo, posso ir a um rio distante caminhando, rastejando, de ônibus, de bicicleta, sozinha ou acompanhada. Os caminhos que me levam até o rio e a maneira com que os percorro transformam a mim e ao rio.

transferencial extremamente intenso e angustiante (CASSORLA, 2021). Assim, as reações defensivas face ao encontro com a alteridade que ocorre na atenção diferenciada se somam e se misturam às reações defensivas face ao encontro com a possibilidade da morte autoprovocada. Ambos podem ser encontros tão radicais com a alteridade – aquela estranha familiar, aquela inquietante estranheza que está ao mesmo tempo tão perto e tão longe²⁰⁰ – que podem produzir uma angústia vertiginosa se não forem modulados, se não houver tessitura simbólica o suficiente para “amansá-los” ou dar-lhes contorno. É compreensível que, ao sentirmo-nos sem recursos ou sem relações suficientes para dar contorno a tais encontros inquietantes, busquemos contornar (no sentido de “desviar”, “passar ao largo de”) o encontro, evitando deixar-nos afetar pela alteridade. Pressentimos o tamanho da transformação que um encontro com o outro pode produzir em nós e nos assustamos.

Há inúmeros caminhos para contornar o encontro inquietante com o outro. Uma maneira de contornarmos o encontro com a alteridade, por exemplo, é agarrarmo-nos a uma identidade rígida (profissional, religiosa, cultural etc.), o que nos dá uma sensação de contorno e impermeabilidade. Outra maneira é transformar a exigência de eficiência e a vontade de amenizar o sofrimento do outro em imperativos tão urgentes que acabam nos impedindo de perceber o timbre, o tom e o ritmo da comunicação do outro²⁰¹. Outra maneira possível é esquivar-nos da corresponsabilização (que, no DSEI-ARN, já é obstruída pela sobrecarga de trabalho e a falta de capacitação dos profissionais), “passando a batata quente” para outro profissional.

Nos DSEI, é comum que a atenção psicossocial fique excessivamente centralizada nas mãos dos profissionais *psi*, mesmo que estes busquem engajar as equipes nas questões compreendidas como questões de saúde mental. Muitas vezes, os profissionais *psi* que trabalham nos DSEI sentem-se numa “sinuca de bico”, tendo de conciliar uma série de exigências e expectativas contraditórias: corresponder às metas da SESAI e ao planejamento anual do DSEI; corresponder às expectativas dos outros profissionais (e, por vezes, dos usuários) de que tenham a solução para os problemas entendidos como problemas de saúde mental²⁰²; corresponder às diretrizes do SASI-SUS, atuando de forma intercultural e complementar; corresponder às normativas de sua categoria profissional (do CRP ou CRM) etc. Com isso, alguns profissionais *psi* acabam, por vezes, aderindo excessivamente a uma dessas

²⁰⁰ Ver Freud (1919/1987).

²⁰¹ A relutância em abrir-se ao encontro com o outro aumenta quando não se respeita o ritmo para que o gesto próprio em direção ao outro emerga (SAFRA, 1999b; WINNICOTT, 1978).

²⁰² É relativamente comum que haja a expectativa de que o profissional *psi* tenha a “pílula dourada” que solucionaria problemas extremamente complexos.

exigências ou expectativas: aderem de forma dogmática a compreensões biomédicas ou a certas normativas de seus respectivos conselhos que não consideram as especificidades dos contextos indígenas, buscam provar para o restante da equipe que seu trabalho é necessário, eficaz ou legítimo etc.

Essa dinâmica fica bastante perversa quando o reconhecimento do trabalho dos psicólogos passa a depender das variações na TMS das áreas de abrangência dos DSEIs²⁰³. Parece-me que sentimentos de frustração, impotência e culpa acabam sendo intensificados quando a redução das TMS passa a ser uma medida do desempenho dos profissionais. Uma das psicólogas com quem conversei comentou sobre a tensão que sente por ter de corresponder às metas colocadas pelo Ministério da Saúde que, muitas vezes, não consideram a realidade do território e não são factíveis, considerando os recursos humanos e financeiros disponíveis, nem criam meios para que mais profissionais sejam contratados ou para que mais recursos sejam alocados.

Ressalto que não considero que a meta de redução das TMS seja problemática em si, mas penso que a maneira com que tal meta foi elaborada e vem sendo perseguida aumenta as chances de que intervenções inadequadas sejam realizadas. Parece-me que a urgência em cumprir tais metas contribui para a elaboração de estratégias de prevenção e posvenção do suicídio emergenciais e assistencialistas *com pouca ou nenhuma participação das comunidades*²⁰⁴. Além disso, incrementa a inquietação dos profissionais e a urgência de encontrar nomes, causas e soluções para os suicídios, o que embota a capacidade de escutar e dialogar com as pessoas e comunidades. Com isso, pode acabar reforçando uma lógica de “guerra” ao suicídio, o que contribui para a patologização dos suicídios e tentativas de suicídio e sua subsequente medicalização.

A saber, algumas intervenções acabam ficando mais focadas no combate ao suicídio do que no acolhimento e na formação de vínculos terapêuticos com as pessoas enlutadas por suicídio e as pessoas com ideação suicida. Essa lógica de “guerra” ao suicídio também parece favorecer a adoção de uma postura heroica por parte de alguns profissionais que, afetados e mobilizados pelos acontecimentos, buscam resolvê-los sozinhos, o que pode surtir mais efeitos negativos do que positivos para as comunidades e pessoas usuárias e também desgastar os profissionais. Por fim, de um ponto de vista clínico, sabemos que enfrentar o sintoma, como se

²⁰³ Em 2018, preocupada com o aumento acelerado das TMS no DSEI-ARN e buscando corresponder às metas colocadas pela OMS, a SESAI colocou a meta de que o DSEI-ARN reduzisse a TMS em pelo menos 7% até o fim de 2019.

²⁰⁴ Repete-se, assim, a velha lógica de “apagar incêndios” que a estruturação do SASI-SUS buscou superar.

quiséssemos “arrancá-lo” do paciente, só incrementa suas defesas e pode inclusive cronificar o quadro sintomático, dificultando que o processo terapêutico se desenrole.

Tendo isso em vista, acho importante fazer algumas questões. Por que será que as mortes por suicídio mobilizam tanto a nós, profissionais de saúde? Quais *sentidos* vêm nos motivando a trabalhar com prevenção e posvenção ao suicídio? O que ou quem aparece em primeiro plano no horizonte de nosso trabalho: a redução de taxas para corresponder a metas da OMS, a eliminação de uma doença, o bem-estar de uma pessoa, o bem-viver de uma comunidade? Em que medida estamos engajados com tal questão por uma preocupação com as pessoas que estão sofrendo e em que medida estamos preocupados em atingir metas e eliminar algo que nos *incomoda* (ou incomoda ao Estado)? Será que algumas das intervenções do DSEI vêm servindo mais de continência a problemas institucionais e angústias existenciais e religiosas dos profissionais do que ao cuidado das pessoas indígenas com quem trabalham? Por que será que, às vezes, as mortes por suicídio mobilizam mais do que outros tipos de mortes que também ocorrem num índice muito elevado entre pessoas indígenas (como a alta taxa de mortalidade infantil por doenças evitáveis e o assassinato de lideranças)? Por que certos representantes do atual governo, declaradamente integracionista e anti-indígena, têm se mobilizado tanto em relação a esse tipo de morte em específico (cf. GOV.BR, 2019)?

2. Oficina sobre suicídio destinada às EMSI

Em 2019, tive a oportunidade de participar de uma oficina sobre suicídio promovida pelo DSEI na Câmara Municipal de São Gabriel da Cachoeira. A oficina durou quatro dias e foi direcionada aos profissionais de saúde que trabalham nos Polos-Base da área de abrangência do DSEI-ARN. Nos dois primeiros dias, representantes da SESAI, do DSEI-ARN e antropólogos realizaram palestras sobre o tema, que foram seguidas de debates. Nos últimos dias, foram realizadas atividades com as EMSI dos Polos-Base, que serão descritas a seguir. Além das EMSI, o evento contou com a presença de militares. Não havia representantes da FUNAI e quase não participaram representantes do CONDISI nem AIS.

A seguir, discutirei sobre algumas das falas e dinâmicas da oficina com o intuito de ilustrar a distância entre as cartilhas da SESAI e a atuação do DSEI-ARN, bem como a discrepância entre os discursos oficiais e extraoficiais que circulam nessas instituições. Olhar para as diferenças e os entrelaçamentos entre esses discursos pode nos ajudar a compreender melhor os pressupostos e sentidos que guiam a elaboração de estratégias de intervenção nas pontas.

Nessa oficina, as falas oficiais estavam majoritariamente alinhadas com as diretrizes da política de atenção integral à saúde mental das populações indígenas e com os demais documentos orientadores da SESAI. Enfatizavam a importância da interculturalidade, da valorização dos saberes e das práticas indígenas, de se considerar a multifatorialidade do suicídio etc. Nas palestras, falava-se do consumo de álcool como um fator catalisador dos suicídios (e não como uma causa) e enfatizava-se a importância de respeitar o consumo tradicional de caxiri, diferenciando-o do consumo abusivo de álcool industrializado. No entanto, os comentários durante os debates e intervalos tinham um tom bastante diferente. Muitos disseram considerar haver uma relação de causa e efeito entre o consumo de álcool (industrializado ou não) e outras drogas e os suicídios. Muitos consideravam que o álcool seria o “grande culpado” pelos problemas de saúde mental nas comunidades. Tal concepção pode facilmente incorrer em uma “demonização” do consumo de caxiri e, por vezes, até do ipadu²⁰⁵. Por exemplo, durante os debates, alguns participantes e palestrantes fizeram comentários do gênero:

O uso prejudicial de álcool e [outras] drogas é a base de todos os problemas de saúde mental.

O consumo de caxiri deixou de ser tradicional e se tornou cotidiano, sem princípios, de forma que não deve ser incentivado, pois algo que traz tanto sofrimento, como o consumo do caxiri, não pode ser normal, deixa de ser cultural [...].

Nenhuma cultura é totalmente saudável, de forma que a cultura não pode ser usada como desculpa se prejudica o indivíduo.

Esse tipo de retórica, comumente mobilizada por missionários²⁰⁶, deixa bastante evidente como a “guerra contra o suicídio” pode, por vezes, ocultar uma guerra moralista e

²⁰⁵ Diversas substâncias enteógenas são utilizadas pelos povos do Rio Negro desde os tempos pré-colombianos, em contextos cotidianos e/ou rituais. Tais substâncias são fundamentais para a fabricação e o cuidado de pessoas e das redes de parentesco e para a manutenção de relações equilibradas com outros seres. Dentre elas, as mais conhecidas são as bebidas fermentadas, o tabaco, o paricá, o tauari, a ayahuasca e o ipadu. O caxiri, chamado de *pòhòy* em hupd’äh (RAMOS, 2013), é uma bebida feita a partir da fermentação alcoólica de raízes, tubérculos ou frutos como a mandioca, o buriti, a pupunha, a cucura, a batata doce etc. (cf. TANAN DA SILVA, 2019; SZTUTMAN, 2000). O ipadu é um pó feito a partir da trituração de folhas de coca e folhas de embaúba. Entre os hupd’äh, o ipadu chama-se *pũ’ũk* e geralmente é consumido em encontros noturnos pelos velhos hup (cf. RAMOS, 2013).

²⁰⁶ É uma lógica que nos leva a concluir que as manifestações culturais compatíveis com “nossos” valores morais são boas e que apenas estas podem ser toleradas como especificidades culturais. O que não é compatível com “nossos” valores e ideais deve ser mudado ou eliminado. Dizendo de outra forma, considera-se que aquilo que não se assemelha às “nossas” concepções sobre o que é uma boa saúde e o que é uma boa vida comunitária é ruim e não será tolerado. Ou, ainda, que aquilo que não condiz com a fé cristã é demoníaco e não será tolerado. Ou seja, são ideias muito afinadas à teoria da enculturação ou inculturação, bastante popular entre missionários: busca-se

racista contra práticas e saberes indígenas, como o consumo de ipadu e caxiri, por exemplo. Esse moralismo também ficou aparente em comentários jocosos sobre comportamentos sexuais das pessoas nas comunidades e sobre configurações familiares que causavam estranhamento a alguns profissionais, com a preocupação de que essas configurações pudessem “afetar negativamente o psicológico das crianças e jovens”. É uma lógica que pode levar a concluir que tudo aquilo que contraria “nossos” preceitos morais é ruim; que transforma aquilo que foge a “nossas” normas em um problema de saúde (cf. FOUCAULT, 2010). Tal lógica me parece ser uma antítese de qualquer coisa que se pareça com uma atuação ética e intercultural. Além do mais, tais afirmações são falaciosas e equivocadas. O consumo de caxiri nas comunidades não é cotidiano; é geralmente consumido em festas, que são fundamentais para manutenção da “saúde” e do bem-estar das pessoas e comunidades (TANAN DA SILVA, 2019; RAMOS, 2013).

Aqui, penso que não é redundante repetir: é importante que nós, profissionais da saúde, atentemos para os *pressupostos e sentidos* de nossas práticas. Será que aquilo que é bem-estar para mim é o mesmo que é bem-estar para o outro? O que será que é um Bem-Viver para cada clã hupd’äh (e não apenas para um hupd’äh genérico ou um indígena genérico)? Nossas intervenções visam promover o Bem-Viver da pessoa e da comunidade em seus próprios termos? Ou visam promover apenas o que eu e minha equipe consideramos ser melhor para os indígenas, sem nem mesmo os ter consultado de forma adequada?

Nos últimos dias da oficina, cada Polo-Base se reuniu para traçar um plano de trabalho para lidar com os casos de violência interpessoal, violência autoprovocada e consumo abusivo de álcool. Em vários pontos, as propostas apresentadas estavam alinhadas com as orientações da SESAI e coerentes com o discurso oficial dos profissionais do DSEI e da SESAI. Incluíam, por exemplo, estratégias para manter as equipes fixas nos polos-base, visando criar vínculos com os usuários; busca ativa de consumo abusivo de substâncias, tentativas de suicídio e casos de violência em visitas domiciliares; mapeamento das situações de violência contra crianças e mulheres; realização de genogramas assinalando casos e tentativas de suicídio; capacitação de AIS para identificação de pessoas em risco de suicídio e notificação de tentativas; delegação de “sentinelas” em cada comunidade para identificar e cuidar de jovens com maior risco de suicídio. Além disso, a grande maioria dos Polos-Base levantou ideias para ações de educação em saúde nas comunidades, que foram endossadas pelo pessoal da SESAI: oficinas sobre

traduzir a ideologia cristã para os termos de determinada cultura indígena, valorizando os aspectos que supostamente já são cristãos daquela cultura e buscando apagar os aspectos que profanam a fé cristã.

planejamento familiar, rodas de conversa sobre suicídio e valorização da vida e palestras sobre temas como saúde mental, depressão e consumo de bebida alcoólica.

Ao mesmo tempo, alguns pontos dessas propostas me causaram imenso estranhamento. Fui percebendo que, talvez, esse estranhamento se devesse ao fato de que tais propostas faziam mais sentido considerando as lógicas presentes nos discursos extraoficiais do que considerando os discursos oficiais dos profissionais. Por exemplo, alguns Polos-Base sugeriram levar um projetor ou *tablets* para as comunidades para passar desenhos animados e “atrair” os hupd’äh para as palestras e oficinas (dado que estes não costumam comparecer às palestras). Muitos apresentaram planos de ação visando à redução do consumo de caxiri (e não apenas de álcool industrializado). Outros propuseram a realização de “gincanas pela vida” e torneios com os jovens. Foi inclusive sugerida a parceria com militares, pois sua presença garantiria que não ocorressem brigas e não se consumisse caxiri durante as atividades. Outros grupos, por sua vez, propuseram atividades cujo objetivo seria aumentar a autoestima e “amor-próprio” das pessoas hupd’äh. Algumas propostas consistiam em levar cortadores de unha, itens de higiene pessoal, maquiagem e roupas usadas para que os hupd’äh se sentissem melhor, presumindo que se sentiriam inferiores aos brancos e outros indígenas por não terem acesso a esses bens de consumo.

Fiquei preocupada ao ouvir tais propostas por algumas razões. Além de partirem de uma série de percepções imprecisas e equivocadas sobre as vidas das comunidades hupd’äh, tais compreensões partem de alguns posicionamentos que me parecem problemáticos em nível ético-político: i) o foco nas supostas faltas das pessoas hupd’äh; ii) o não reconhecimento das narrativas hupd’äh a respeito do processo colonial e das estratégias de reexistência e elaboração por eles desenvolvidas; e iii) a desautorização ou denegação da violenta história colonial. Vejamos.

Em primeiro lugar, muitas dessas propostas funcionam na chave da falta. Aos hupd’äh, faltariam autoestima, planejamento familiar e financeiro, noções básicas de higiene e de saúde mental e por aí vai. Inversamente a nós, profissionais de saúde, caberia corrigir ou suprir essas supostas faltas. Presume-se que sabemos de antemão o que falta às pessoas hup para atingirem um bem-estar e terem uma boa autoestima. Ainda mais quando se supõe que aquilo que falta aos indígenas, no fim das contas, é virar branco ou ser não indígena²⁰⁷; quando se supõe que os

²⁰⁷ Cabe notar que há ampla discussão a respeito do que ficou conhecido na literatura etnográfica como “virar branco” (KELLY, 2016). Etnografias realizadas nas terras baixas sul-americanas descrevem como diversos povos indígenas pensam e agenciam as relações com não indígenas em termos que não reduzem os primeiros a meras vítimas dos processos coloniais de assimilação, integração e branqueamento. Kelly aponta que “considerar o ‘virar branco’ como um processo de ‘perda cultural’ ou ‘contaminação’ não apenas consiste em uma hiper-simplificação,

hupd'äh têm baixa autoestima porque querem ser como “nós”, porque não têm aquilo que “nós” temos. É a armadilha ética sintetizada por Alain Badiou (1995): “*torna-te como eu e respeitarei tua diferença*”. Com isso, ao mesmo tempo que a falta é imputada ao outro, o profissional de saúde encobre suas faltas com a ilusão de onipotência²⁰⁸.

Em segundo lugar, algumas dessas propostas de intervenção baseiam-se na ideia de que tal baixa autoestima das pessoas hup seria decorrência do “*bullying*” que outros povos da região fariam com os hupd'äh. As discussões a respeito das relações assimétricas estabelecidas entre os povos indígenas na região já são antigas. Como vimos na introdução, estas já foram definidas como simbióticas, hierárquicas, de escravidão etc. Estudos historiográficos e antropológicos indicam que a atual configuração de tais relações assimétricas altorrionegrinas (e seus respectivos efeitos nas vidas de cada povo e clã) é indissociável da atuação de missionários, Estado, mercadores e demais colonos na região (MARQUES; RAMOS, 2019; LOLLI, 2016; MARQUES, 2015; POZZOBON, 2011; ATHIAS, 2008; 1995; ANDRELLO, 2006; WRIGHT, 2005). Dessa forma, compreender as relações assimétricas entre os hupd'äh e outras etnias da região como uma forma de *bullying* é extremamente impreciso em termos etnográficos e reproduz uma violenta invisibilização dos processos coloniais. Conseqüentemente, é uma compreensão equivocada e rasa em termos clínicos, pois embota a nossa capacidade de escutar, acolher e dialogar com as pessoas a quem oferecemos cuidados. Tal compreensão pode, inclusive, acabar produzindo um desamparo discursivo (ROSA, 2018)²⁰⁹ na pessoa que tenta expressar seus sofrimentos.

como também implica uma avaliação baseada em uma noção euro-americana de cultura que, penso, não é transferível para nossos interlocutores indígenas” (2005, p. 202). Tendo isso em vista, o autor discute sobre as ressonâncias entre o “virar branco” e outras formas de “devir-Outro” entre os Yanomami, como aquelas que se dão nos processos xamânicos. Vilaça (2002), Gallois (1988) e Jackson (1983), dentre muitas outras, descrevem como a relação entre indígenas e não indígenas envolve processos de domesticação, pacificação e amansamento dos inimigos/estrangeiros/brancos levados a cabo por seus interlocutores por meio da comensalidade, da consubstanciação e do casamento (cf. BRUSCO, 2019).

²⁰⁸ Fico ainda mais preocupada quando percebo a proximidade de tais pressupostos a alguns escritos do padre salesiano Alcionilio Brüzzi Alves da Silva (missionário que se propôs a escrever sobre a psicologia dos indígenas uaupesinos) como o seguinte trecho: “o indígena, não obstante sua exagerada filáucia, e expressões e manifestações de desprezo por todos os civilizados, sente-se inferior ao Branco. Uma análise mais acurada revela nele um complexo de inferioridade ante o civilizado, que ele chega a supor que seja de uma natureza diversa da sua e provido não só de recursos materiais superiores, mas também de poderes mágicos ocultos. São muito compreensíveis tais estados contraditórios de espírito, maxime em indivíduos de pequena inteligência e fraco raciocínio” (1962, p. 125).

²⁰⁹ A psicanalista Miriam Debieux Rosa (2018) discute sobre o desamparo discursivo gerado pela ausência de endereçamento possível que ocorre quando tudo aquilo que o sujeito diz é compreendido a partir do que supostamente já se sabe sobre ele – o sujeito fala e sua fala cai no vazio, pois quem o escuta não o escuta em sua singularidade. Isso se agrava quando é estabelecida uma polarização entre determinantes sociais e individuais. Individualizar e/ou patologizar o fenômeno oblitera sua dimensão sociopolítica e contribui para uma naturalização das violências, ao mesmo tempo em que não considerar a singularidade de cada caso leva a compreensões simplistas e pautadas por estereótipos.

Mais do que isso, afirmar que os suicídios estariam relacionados a questões de autoestima, amor-próprio ou *bullying* pode denegar aquilo que as pessoas hupd'äh estão comunicando a respeito de suas vivências. Ao elipsar e/ou destituir as falas das pessoas hupd'äh, tais compreensões e intervenções acabam reiterando processos de desautorização em relação às violências sofridas pelas pessoas hupd'äh, que atualizam outros processos de desautorização vividos ao longo de suas vidas e vividos por outras gerações ao longo do processo colonial.

Denegação e desautorização são diferentes traduções para *Verleugnung*, conceito freudiano que designa o processo de transformação de determinada vivência em não acontecimento (mais especificamente, refere-se ao mecanismo de defesa perverso de recusa à castração) (cf. FIGUEIREDO, 2008; LAPLANCHE; PONTALIS, 1997; FREUD, 1927/1987; 1940/1987). Todavia, é a releitura que o psicanalista Sándor Ferenczi (1931; 1933) dá ao termo o que nos interessa aqui. A traumatogênese ferencziana retoma a teoria da sedução traumática freudiana, deslocando o olhar das dinâmicas intrapsíquicas para o campo sociopolítico (KUPERMANN, 2015; GONDAR, 2012). Para o psicanalista húngaro, a constituição do trauma ocorre em dois tempos, pois depende de como a experiência vivida pode ser tecida relacional e simbolicamente: o trauma não se origina da vivência disruptiva em si (primeiro tempo do trauma), mas da forma com que o testemunho de tal vivência é (não) reconhecido pelo outro (segundo tempo do trauma). Dizendo de outra maneira, o trauma origina-se a partir do momento em que uma vivência disruptiva não pode ganhar inserção no campo sociopolítico, a partir do momento em que a pessoa em situação de vulnerabilidade não pode se servir do rosto do outro para dar modulação à violência que viveu.

3. Projeto *Mahasã E'katirã*

Em 2018, o DSEI-ARN elaborou o projeto *Mahasã E'katirã* (“Pessoas felizes” em Tukano), que seria realizado²¹⁰ nas comunidades hupd'äh de Nova Fundação (no Rio Tiquié) e Santa Cruz do Cabari (no Igarapé Cabari) e tinha como objetivo:

[...] sensibilizar o povo hup'däh e yuhup'deh [*sic*] das aldeias da abrangência do Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Negro, sobre suicídio e consumo abusivo de álcool industrializado, por meio de oficina. (BRASIL, 2017c, p. 1)

²¹⁰ O projeto não saiu do papel, pois foi fortemente contestado por trabalhadores da FUNAI.

O projeto apresentava como justificativa para sua realização o aumento progressivo da TMS e do consumo abusivo de álcool industrializado no Alto Rio Negro, especialmente nas comunidades hupd'äh e yuhupdëh, dado que estes seriam

[...] povos de grande vulnerabilidade sociocultural. A maioria dos indígenas desses povos *ainda são fechados* ou *se comunicam pouco*, pois *só* conversam com a língua materna, que a maioria dos povos indígenas que *aderiram* às línguas co-oficiais não entendem facilmente. *Entretanto*, com alcance da educação não indígena, *já* se tem professores da mesma etnia atuando nas aldeias, mesmo sendo em um número baixo, auxiliam muito no trabalho e acessibilidade dos profissionais da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena. (*Ibidem*, p. 4, grifos meus)

Nessas oficinas, destinadas a profissionais técnicos, lideranças e professores, seriam realizadas exposições visuais (*folders*) e audiovisuais (vídeos, músicas e uma “noite cultural” com “exibição de cinema”) e “*oficinas envolvendo a comunidade, incentivando a criatividade, por meio de desenhos, diálogo grupal, pintura indígenas, concurso de pintura faciais e desenho*” (*Ibidem*, p. 5). Além do “diálogo grupal” e das atividades culturais, foram elencadas como “estratégias”: “*identificar indiretamente os principais motivos do consumo abusivo de álcool industrializado e a prática do suicídio*” e “*produzir vídeos com depoimentos dos indígenas hup'däh e yuhup'deh*” (*Ibidem*, p. 5). De acordo com o projeto, tais oficinas tinham como “metas”:

- Sensibilizar o povo hup'däh e yuhup'deh sobre esses assuntos, para que os mesmos tenham conhecimento e já estejam preparados para as futuras campanhas do “Setembro Amarelo”.
- Mitigar o tabu sobre o suicídio e o consumo abusivo de álcool industrializado, até o término da execução do projeto.
- Colaborar com a diminuição do índice de consumo abusivo de álcool industrializado e suicídio. (*Ibidem*, p. 5)

Para finalizar as oficinas, que durariam três dias, previa-se fazer um “*repasso de lições aprendidas*” entre os participantes e para a comunidade em geral. A avaliação das oficinas, por sua vez, ocorreria posteriormente na cidade de São Gabriel, em um *workshop* com as pessoas envolvidas na execução do projeto (*Ibidem*, p. 9).

*

Refletir sobre certos pontos desse projeto pode nos ajudar a aprofundar discussões das seções anteriores. Começamos pelo nome do projeto. *Mahasã E'katirã* parece-me um nome um tanto quanto inadequado por duas razões. A primeira delas é que está escrito em Tukano, idioma

que muitas pessoas hupd'äh dominam, mas não é a sua língua materna. Tal nome evidencia que o projeto não foi elaborado em diálogo com as pessoas hupd'äh e indica a inadequação do projeto às especificidades hupd'äh, bastante distintas das dos Tukano. Além disso, faz lembrar das discussões feitas por Reid (1979) e Pozzobon a respeito do “*bias* Tukano” e da “mestiçagem de conceitos” que caracterizam boa parte da literatura sobre os povos “Maku” produzida até os anos 1970.

Howard Reid (1979) aponta que a literatura sobre os “Maku” produzida até então estava enviesada por um “*bias* Tukano”: os etnógrafos, cronistas e missionários tendiam a descrever os “Maku” a partir das percepções que as pessoas Tukano tinham a seu respeito. Era comum que pessoas Tukano descrevessem os “Maku” como feios, desconfiados, rudimentares, inferiores ou ladrões. Com isso, os “Maku” geralmente aparecem na literatura associados a ideias de inferioridade, rusticidade e escravidão. Jorge Pozzobon (2011), por sua vez, discute como tal “*bias* Tukano” ou “mestiçagem de conceitos”²¹¹ vinha informando as ações missionárias direcionadas aos “Maku”. A saber, propunha que as características imputadas aos “Maku” pelos Tukano eram incorporadas pelos não indígenas e serviam de justificativa para a atuação dos missionários – a ideia de que os hupd'äh seriam pouco civilizados, rudimentares e escravizados servia aos missionários como desculpa: catequizando os hupd'äh, estariam salvando-os da selvageria e libertando-os do cativeiro da escravidão.

A outra razão pela qual o nome *Mahasã E'katirã* parece-me inadequado é seu significado: “pessoas felizes”. Apenas para refletirmos, vamos presumir por um momento que os suicídios decorrem de uma falta de felicidade ou uma infelicidade. Se esse fosse o caso, uma atividade chamada “pessoas felizes” tenderia a produzir mais afastamento e isolamento por parte daquelas pessoas que não estão se sentindo felizes. Estas novamente se sentiriam distantes do mundo e da linguagem usada para falar sobre os sentimentos que lhes atravessam. Novamente, não encontrariam outro capaz de testemunhar, acompanhar e, quando necessário, dar continência a dores sem nome. O projeto como um todo, na verdade, parece-me uma espécie de defesa maníaca a uma situação altamente angustiante para as EMSI. Os objetivos, o nome e os materiais²¹² propostos no projeto parecem indicar uma dificuldade por parte dos profissionais de saúde em sustentar a angústia de trabalhar com pessoas com ideação suicida ou com familiares de pessoas que morreram por suicídio.

²¹¹ Retomando a discussão feita por Reid, Pozzobon (2011) propõe que a visão dos etnógrafos, viajantes e missionários sobre “Maku” estaria mesclada ao ponto de vista dos “índios do rio” (Tukano) a respeito dos “índios da floresta” (Naduhupy).

²¹² No orçamento do projeto, estava prevista a compra de balões de festa e camisetas amarelas com o logo do projeto.

Os objetivos do projeto também merecem atenção. Em primeiro lugar, partem do pressuposto de que o consumo abusivo de álcool industrializado e o aumento da TMS estariam diretamente relacionados, sem explicar tal suposição. Sabemos que tal relação entre o consumo de álcool e o suicídio é geralmente estabelecida em termos causais, incorrendo em compreensões reducionistas (tendo em vista a multifatorialidade do suicídio) e estigmatizantes (tendo em vista o estereótipo racista que circula amplamente no Brasil de que muitos indígenas seriam “bêbados” ou “cachaceiros”). O álcool, assim, torna-se o “grande culpado” pelo aumento das TMS nas comunidades. Além disso, sabemos que a preocupação em relação ao consumo de álcool industrializado frequentemente está relacionada a preceitos religiosos dos profissionais de saúde. Isso fica mais evidente quando percebemos que as intervenções que visam à diminuição do consumo de álcool industrializado também visam à diminuição do consumo de caxiri e outros preparados enteógenos.

Além disso, os objetivos do projeto oferecem uma boa ilustração de como uma ação de educação em saúde pode ser verticalizada e bancária: busca-se *sensibilizar* as pessoas hup, *fornecer* informações, *ensinar lições*, mas em nenhum momento menciona-se o intuito de *escutar* as pessoas hup²¹³. As pessoas mais diretamente implicadas com o problema em questão são tratadas como receptoras passivas de informação proveniente de “especialistas”. Ou seja, pressupõe-se que as pessoas hup pouco ou nada sabem sobre o mal que lhes afeta. Quando olhamos para as justificativas do projeto, isso fica ainda mais evidente.

Além do assimilacionismo evolucionista de fundo (revelado pelo emprego de advérbios temporais como “ainda” e “já”), podemos perceber que se confunde diferença com vulnerabilidade/falta. A saber, a “vulnerabilidade sociocultural” dos povos de recente contato é entendida como uma falta e é estendida a inúmeras esferas da experiência das pessoas e comunidades – como se, por estarem vulnerabilizadas, também estivessem incapacitadas para compreender e responder às vulnerabilidades que lhes são imputadas. Não falar português ou uma das línguas co-oficiais²¹⁴ se transforma, assim, em uma falta a ser suprida ou corrigida: os Hupd’äh *ainda* são fechados e *pouco* comunicativos; *ainda* não falam português ou as línguas co-oficiais, *somente* falam a língua materna, *entretanto*, isso já está sendo “corrigido”.

Façamos o exercício de mudar o sujeito da frase: os profissionais de saúde não indígenas ainda são fechados [aos mundos vividos hupd’äh] e pouco comunicativos; ainda não falam hupd’äh; [a maior parte] somente fala português. Mudar o sujeito da frase permite perceber

²¹³ Vale fazer a ressalva de que, no projeto, há propostas como “diálogo grupal” e “cartografia social”. No entanto, não há explicações a respeito do que seriam nem como seriam realizadas tais propostas.

²¹⁴ Esta, aliás, é uma afirmação errada, pois muitas pessoas hupd’äh falam fluentemente línguas co-oficiais.

melhor como ocorre a dinâmica de “procuração” das faltas que discutimos anteriormente. Além disso, permite perceber como essa dinâmica geralmente leva à elaboração de ações que objetificam o outro, reificando “suas” faltas e pressupondo que apenas o outro deve ser transformado pelo encontro (e transformado de acordo com “nossos” parâmetros e vontades). Dizendo de outra forma, a maneira como o problema está formulado implica uma resolução na qual as pessoas hupd’äh têm de mudar (como, por exemplo, aprender outras línguas), mas não os profissionais de saúde. É uma variação tropical da história da cama de Procusto²¹⁵, que produz a diferença como falta ou excesso a serem eliminados.

Também é importante refletirmos sobre as estratégias aventadas no projeto. A ausência de qualquer menção a respeito dos motivos e dos fins de tais estratégias aponta para uma fundamentação frágil em termos clínicos e etnográficos. Como seriam os *folders*? Será que estariam linguística e culturalmente adequados ao contexto hupd’äh? Quais seriam os sentidos das atividades envolvendo a “criatividade”? Fazer os desenhos seria apenas uma atividade “divertida” ou seria uma ferramenta para elaborar e discutir determinadas questões? Quais os sentidos de fazer oficinas de pinturas indígenas ou um concurso de pinturas faciais? Distrair e animar as pessoas como se faz em festas infantis? Quais tipos de pinturas faciais seriam feitos? Será que essa proposta não foi pensada com base na ideia de um indígena genérico? Houve alguma preocupação a respeito da circulação dos vídeos com depoimentos?

A ideia de aproveitar as oficinas para “identificar *indiretamente* os principais motivos do consumo abusivo de álcool industrializado e a prática do suicídio” também precisa ser discutida. Tal proposta me parece questionável de um ponto de vista ético-político e, por isso mesmo, disparatada de um ponto de vista técnico. A lógica policialesca que sustenta tal estratégia dificulta a formação de vínculos de confiança e tende a intensificar a circulação de sentimentos persecutórios. Quando buscamos extrair informações do outro à sua revelia, frequentemente acabamos tendo como resposta gestos defensivos de afastamento ou

²¹⁵ Procusto, também conhecido como Polipémon, é um personagem da história de Teseu, contada desde a Grécia Antiga. Procusto era um homem enorme que morava na serra de Elêusis e oferecia hospedagem aos viajantes que por ali passavam. Uma das versões da história conta que, em sua casa, havia apenas duas camas: uma de seu exato tamanho e outra menor. Procusto escondia uma das camas e oferecia ao viajante aquela cujo tamanho lhe fosse inadequado. Enquanto seus hóspedes dormiam, Procusto amarrava-os à cama e torturava-os: se fossem menores que a cama, esticava-os até que ficassem do seu tamanho; se fossem maiores que a cama, cortava suas pernas para que nela coubessem.

fechamento²¹⁶. Além disso, a insistência e a urgência em obter respostas ou soluções²¹⁷ pode nos levar a intervir de forma invasiva e pouco sintônica (no tom, no conteúdo, na forma, no ritmo) em relação ao outro.

Em vez de adotar estas estratégias policiaiscas, porque não perguntar aos jovens, velhos, pais e mães, professores e especialistas hup como compreendem o consumo de álcool industrializado e os suicídios? “Ora, tal estratégia foi pensada, pois os hupd’äh ficam tímidos, calados e não respondem às perguntas que lhes são dirigidas”, talvez alguns argumentassem. Entretanto, será que isso indica que devemos buscar extrair informações “à força”? Ou será que não pode indicar que nossa abordagem (a maneira de nos apresentar, de perguntar, de escutar, de intervir, de estar junto etc.) está equivocada? Será que o “fechamento” das pessoas hupd’äh em relação às equipes de saúde não está indicando que as intervenções das EMSI estão equivocadas?

Discutir sobre as metas do projeto pode nos ajudar a pensar sobre essas questões. Como vimos, o projeto visava sensibilizar e informar as comunidades a respeito do suicídio e consumo de álcool industrializado, “preparando-as” para atividades do Setembro Amarelo. Muitas atividades do Setembro Amarelo realizadas pelo DSEI-ARN ocorrem em forma de campanha²¹⁸: fazer palestras, atividades e levar *folders* para as comunidades. Tais campanhas frequentemente visam combater a suposta falta de informação e entendimento das comunidades a respeito de seus adoecimentos. Quando é assim, a população que é alvo de tais campanhas não é apenas tomada como ignorante, como também tende a ser culpabilizada por seus adoecimentos (cf. SILVA et al., 2010; VALLA, 1998)²¹⁹. Distribuem-se panfletos, dão-se conselhos e muito se fala a respeito das mudanças comportamentais necessárias para atingir uma melhor saúde mental (ou, mais cinicamente, um melhor bem-viver), mas as condições

²¹⁶ Não é à toa que muitos pessoas hup não falam sobre casos de suicídio ou tentativas de suicídio na família, pois ficam com medo de serem presos ou sofrerem alguma punição. Parece-me que esse medo diz menos sobre um desconhecimento a respeito da legislação brasileira por parte dessas pessoas e mais sobre uma compreensão bastante acurada a respeito das intenções e pressupostos de alguns profissionais.

²¹⁷ Urgência essa que fica bastante evidente na descrição das metas das oficinas, por exemplo: “mitigar o tabu sobre o suicídio e o consumo abusivo de álcool industrializado, até o término da execução do projeto”.

²¹⁸ Vale lembrar que as origens do modelo campanhista de atenção à saúde remontam às intervenções em saúde realizadas por exércitos coloniais no fim do século XIX. Tal inspiração militar ainda ecoa no linguajar bélico ou policial utilizado em muitas campanhas: campanha, luta contra o suicídio, identificação e vigilância de potenciais suicidas etc. Também vemos a influência militar na forma vertical de organizar e implementar tais campanhas, muitas vezes elaboradas por tecnocratas e impostas às comunidades de forma autoritária (SILVA et al., 2010).

²¹⁹ Um exemplo de como essa culpabilização dos usuários dos serviços de saúde pode ocorrer: vou à comunidade, faço as atividades e considero, com isso, que a população já foi informada a respeito dos riscos e benefícios de determinados comportamentos; considero que já fiz minha parte e agora é responsabilidade das famílias e comunidades, que já estão cientes do que fazem. Com isso, acabo desviando o foco dos problemas dos serviços de atenção à saúde, obliterando as omissões e a precarização que contribuem para que determinados adoecimentos aconteçam (VALLA, 1998).

sociopolíticas que contribuem para a produção dos adoecimentos são deixadas em segundo plano. Muitas dessas campanhas, inclusive, são imbuídas de um discurso moralizante e discriminatório, que busca ensinar às comunidades as “boas maneiras” (ou uma boa higiene moral): como devem ocorrer as relações interpessoais, sexuais, as festas, as configurações familiares, a criação das crianças etc. Face à (compreensível) reserva das comunidades em participar de tais atividades, busca-se persuadi-las com balões coloridos, *tablets* e sessões de cinema.

Por fim, é importante discutir a forma de avaliação proposta: um *workshop* na cidade de São Gabriel da Cachoeira com as pessoas envolvidas na execução do projeto. Novamente, não há uma preocupação de escutar as opiniões e impressões das pessoas hupd’äh a respeito das oficinas. Assim, tal *workshop* me parece, no mínimo, um fim infeliz para o projeto. Além de excluir as pessoas hup, cuja participação seria indispensável para efetivamente avaliar o projeto, empobrece significativamente as possibilidades de reformular as estratégias para que estivessem mais adequadas às realidades de cada comunidade hupd’äh. Dizendo de outra maneira, tal finalização me soa como uma negação da autonomia e do protagonismo das pessoas hupd’äh e uma recusa à possibilidade de construir caminhos alternativos em conjunto com as pessoas hupd’äh e com outras instituições pertinentes.

4. Se alguém morrer, eu avisei!

Há alguns anos, em uma carta endereçada à FUNAI, o antropólogo Rafael Moreira Silva escreveu a respeito da visita de uma psicóloga à comunidade hupd’äh na qual ele então trabalhava. Alguns trechos dessa carta oferecem-nos cenas que nos permitem aprofundar algumas questões discutidas anteriormente. Ressalto, novamente, que o intuito não é problematizar a atuação individual de um profissional da saúde, mas sim apontar como tal atuação faz sentido considerando as dinâmicas institucionais e os fundamentos ontoepistemológicos que parecem embasar a atuação do DSEI-ARN.

Na carta, o antropólogo se mostrou preocupado com a falta de interlocução com as lideranças e a falta de preparo técnico dos profissionais do DSEI/ARN no tocante às iniciativas de prevenção do suicídio entre os Hupd’äh. A título de ilustração, descreveu intervenções da psicóloga que considerou equivocadas, indicando como sua visita, apesar de bem-intencionada, acabou tendo efeitos negativos, pois não estava amarrada a um entendimento mais amplo do modo de vida dos Hupd’äh e a um esforço interinstitucional para dialogar com eles. Com isso, Moreira apontou para a necessidade de capacitação de tais profissionais no que diz respeito à prevenção do suicídio e à organização política, territorial e cosmológica desse povo,

considerando que uma compreensão mais ampla a respeito possibilitaria uma melhor interlocução com as lideranças hupd'äh para a elaboração de iniciativas de prevenção do suicídio mais adequadas às especificidades desse povo.

No dia da visita da psicóloga, as famílias preparavam um Dabucuri²²⁰ para os professores da comunidade e estavam ocupadas cuidando de suas roças, torrando farinha e confeccionando flautas para a festa. A chegada da psicóloga foi uma surpresa, pois as lideranças e famílias não haviam sido avisadas que sua visita ocorreria. A maneira de a psicóloga falar também causou certo estranhamento, pois, como descreveu um homem hup, “ela falava igual a uma pastora”. A psicóloga então pediu que o capitão (liderança comunitária) chamasse pessoas cujos familiares tivessem morrido por suicídio ou tivessem tentado suicídio para conversarem. Transcrevo aqui um trecho do relato:

Primeiramente, ela [a psicóloga] conversou com um casal que tinha recentemente perdido um filho de dez anos. Ela dirigiu-se à casa deles. Os Hupd'äh pararam em frente ao local para observarem e escutarem o que conversavam. Como a mãe não fala português, somente o pai do jovem falou, bastante constrangido. A psicóloga perguntou então para eles se eles tinham “fé”, querendo saber qual a religião deles. Antes de sair da casa, a psicóloga aconselhou aos pais que ficasse alguém da família sóbrio para vigiar e controlar a ação de alguém da família que, por ventura, tentasse o suicídio. Saindo da casa, ela então disse que se por acaso alguém da família morresse naquele dia, ela já tinha avisado sobre o perigo do caxiri. Neste mesmo dia, outro filho do casal suicidou-se [...]

Após essa primeira conversa, a psicóloga dirigiu-se à casa de outra jovem que quase morreu enforcada poucos dias antes do Dabucuri. Desta vez, ela pediu para somente o capitão acompanhá-la na conversa. Neste momento, os pais da jovem passavam perto da psicóloga, mas eles não quiseram parar para falar com ela. A psicóloga não prestou atenção a esse fato e desceu para encontrar a jovem mesmo assim. Chegando perto da casa da jovem, a irmã informou que ela não estava no local. A jovem estava em casa no momento, porém reticente para conversar. A psicóloga foi com o capitão da comunidade encontrá-la. A visita durou pouco tempo, tempo suficiente para a psicóloga sugerir que a jovem tentou tomar a própria vida em função de um namoro frustrado e de uma briga familiar. Tal constatação, a meu ver, carece de dados mais sólidos.

No início da tarde, as mulheres começaram a trazer as cuias de caxiri para a maloca comunitária, dando início à celebração. Enquanto isso, a psicóloga começou a tirar fotos das pessoas bebendo caxiri. Muitas pessoas convidaram a psicóloga a participar da festividade e

²²⁰ O Dabucuri é uma festa realizada por vários povos do Alto Rio Negro. Nela, os moradores de uma aldeia convidam parentes de outra aldeia para uma celebração na qual oferecem caxiri aos visitantes, que retribuem com frutos, farinha, massa de tapioca, peixes ou carne de caça. A dança, a música, a fartura de comida e caxiri são fundamentais para alegrar a festa. Assim como o Jurupari, o Dabucuri (*Pã'* em hupd'äh) é um ritual que regula e equilibra a vida social, a pessoa e o cosmos como um todo, ajudando o *hãwäg* a crescer e se regenerar (RAMOS, 2013; REID, 1979).

ofereceram-lhe cuias de caxiri, mas ela recusou. Como estavam todos os moradores presentes na maloca, o capitão convidou a psicóloga a falar sobre o motivo de sua visita. A psicóloga, de modo genérico, falou que viera para conhecer a comunidade (pois nunca tinha estado ali), que as vidas dos indígenas eram importantes e que planejava retornar no próximo ano. No entanto, ao conversar com o antropólogo, foi mais específica, explicando que faria um relatório sobre os suicídios a partir da visita. A psicóloga foi embora da comunidade naquela mesma tarde, durante o Dabucuri.

A partir desse relato, percebemos a necessidade de haver maior diálogo e participação das lideranças hupd'äh na elaboração das ações do DSEI, o que ajudaria a prevenir o acontecimento de intervenções invasivas e dessintonizadas com o cotidiano da comunidade. Mais que isso, percebemos a necessidade de os indígenas serem consultados a respeito das intervenções que lhes concernem. O intuito de produzir um relatório sobre os suicídios não foi informado ao capitão e aos familiares e estes ficaram constrangidos e sentiram-se expostos ao serem chamados para conversar sobre questões tão delicadas diante da comunidade, ainda mais em um dia de festa. Além disso, percebemos certa urgência por parte da profissional em tirar conclusões a respeito dos suicídios, apressadamente relacionando-os ao consumo de caxiri, questões relacionadas à fé e problemas interpessoais. A pergunta da psicóloga a respeito da fé dos pais do menino que morrera por suicídio parece não ter fundamentos técnicos, mas ser embasada em suas próprias concepções religiosas. As intervenções da psicóloga a respeito do caxiri, além de demonstrarem um desconhecimento dos mundos vividos pelos hupd'äh, também parecem motivadas por concepções religiosas dogmáticas que discriminam o uso de substâncias enteógenas.

É importante lembrar que intervenções de cunho proselitista religioso violam princípios de ética e disciplina da classe de psicólogos²²¹ e ferem o direito constitucional ao respeito às diferenças e à liberdade de expressão religiosa (CFP, 2005). Além disso, tais intervenções promovem sentimentos de culpa, desamparo e desorientação, destituem as experiências das pessoas com ideações ou tentativas de suicídio e seus familiares e atualizam violências que vêm sendo perpetradas desde a chegada dos missionários na região. Além de serem pautadas por avaliações moralizantes e doutrinárias, tais intervenções expressam uma profunda

²²¹ De acordo com o Código de Ética Profissional do Psicólogo, é dever de todo psicólogo “Prestar serviços psicológicos de qualidade, em condições de trabalho dignas e apropriadas à natureza desses serviços, utilizando princípios, conhecimentos e técnicas reconhecidamente fundamentados na ciência psicológica, na ética e na legislação profissional” (CFP, 2005, p. 8). Ao psicólogo é vedado “induzir a convicções políticas, filosóficas, morais, ideológicas, religiosas, de orientação sexual ou a qualquer tipo de preconceito, quando do exercício de suas funções profissionais” (*Ibidem*, p. 9).

incompreensão dos mundos vividos pelos hupd'äh. Uma incipiente percepção desses mundos já permite compreender que uma oferta de caxiri, de compartilhar comida ou de participar de uma festa são convites para formar vínculos, são ofertas de relação. Negar tais ofertas, além de ofensivo, é negar a possibilidade de formar vínculos de confiança mútua com as pessoas e comunidades.

Além desses pontos, podemos levantar algumas questões éticas e técnicas a respeito das intervenções psicológicas realizadas no âmbito da prevenção e posvenção do suicídio em geral para além do campo da atenção diferenciada.

Trabalhar com a temática do suicídio pode ser extremamente angustiante e frequentemente faz com que os profissionais de saúde e demais cuidadores “passem ao ato”: culpabilizam a pessoa que tentou suicídio ou os familiares e entes queridos da pessoa que morreu por suicídio; invadem o espaço dos enlutados e desrespeitam seu tempo de elaboração do luto; pressionam as pessoas que tentaram suicídio ou os enlutados a encontrar explicações sobre o acontecimento; “sufocam-nos” com conselhos ou teorias sobre o suicídio e o luto; subestimam a perda dos enlutados comparando-a com outras perdas; falam sem escutar; julgam e estigmatizam a pessoa que morreu ou tentou suicídio e/ou seus familiares e amigos etc.

Cassorla (2021), quando escreve sobre as contrarreações do profissional que trabalha com situações de suicídio, aponta como a identificação do profissional com o paciente é necessária para que o processo terapêutico se desenrole. No entanto, é necessário que o profissional tenha suficiente preparo e autoconhecimento para não se misturar patologicamente com o paciente. A pessoa com ideações ou tentativas de suicídio vive sentimentos de aniquilação e desestruturação extremamente ameaçadores. Tais sentimentos violentos e aterrorizantes podem engolfar o cuidador por mais preparado que ele esteja. Com isso, o profissional pode inconscientemente descarregar a violência introjetada na equipe, nos familiares ou devolvê-la ao paciente (*Ibidem*, p. 161). Assim, o profissional, engolfado pelo ódio projetado, pode tornar-se agressivo com o paciente, desistindo dele ou punindo-o. Ou, ainda, invadido pelos sentimentos de culpa, desestruturação e desesperança do paciente, o profissional pode identificar-se com o paciente, ficando desesperançado e desistindo dele. Ou pode reagir de forma maníaca a tal invasão de afetos do paciente, menosprezando seu sofrimento e seu risco de suicídio (*Ibidem*, p. 162)²²². Cassorla sugere alguns caminhos para

²²² Cassorla aponta que quando o profissional reage menosprezando o sofrimento do paciente e seu risco suicida, “trata-se de mecanismos maníacos (negação, triunfo e desprezo) como reação contra sentir-se tomado pelos elementos melancólicos e culpógenos do paciente. Dessa forma, sem perceber, o profissional acaba contribuindo para o suicídio, por omissão ou comissão” (*Ibidem*, p. 162).

perceber e desfazer a identificação patológica do profissional com o paciente (como, por exemplo, a auto-observação constante de suas reações, sentimentos e pensamentos; a discussão do caso e de seus próprios sentimentos com colegas; a busca de uma psicoterapia, dentre outros) e aponta que:

Desidentificado, o profissional poderá tornar útil sua experiência de ter vivenciado profundamente o sofrimento de seu paciente quando vivia engolfado por ele. Como vimos, o terapeuta deve utilizar sua capacidade clínica para deixar-se levar pelas identificações projetivas do paciente de forma controlada. Dessa forma, ele vive o sofrimento junto com ele, mas ao mesmo tempo observa o que está sentindo e pode utilizar essa observação para compreender a si mesmo, seu doente e o que ocorre entre ambos. Nesse modelo, o psicanalista se torna o paciente, mas sem perder sua identidade e sua capacidade profissional. Como vimos, nem sempre isso é possível ao mesmo tempo. Mas a avaliação do que ocorreu, ainda que num tempo posterior, não só recupera o funcionamento mental do profissional como o torna clinicamente mais potente do que antes do engolfamento. (*Ibidem*, p. 162-163)

Fukumitsu (2019), em um trabalho sobre os cuidados e as intervenções com enlutados por suicídio, aponta que a obstinação em “salvar” vidas e a dificuldade de lidar com a própria impotência pode dificultar que os profissionais de saúde e demais cuidadores ofereçam acolhimento, zelo, empatia e respeito ao sofrimento das pessoas que tentaram suicídio ou dos enlutados por suicídio (*Ibidem*, p. 15). A falta de acolhimento, a culpabilização e os comentários “infelizes” sobre a pessoa que morreu por suicídio e seus entes queridos promovem o adoecimento dos enlutados, isolando-os, silenciando-os e ampliando sua solidão e sofrimento (*Ibidem*, p. 30). Muitos enlutados deixam de falar sobre o que viveram e sobre o que sentem para não ouvirem mais acusações e não se sentirem novamente incompreendidos²²³ (*Ibidem*, p. 46). O isolamento e silenciamento do enlutado amplia seu sentimento de falta de pertencimento e falta de familiaridade com o mundo que foi revirado pela morte por suicídio de um ente querido (*Ibidem*, p. 51).

É importante notar que tais formas de (não) fazer “contato” com os enlutados – inospitalidade, incompreensão, culpabilização, invasão, exposição, hipernomeação – incidem

²²³ Segundo Fukumitsu, é comum que o enlutado por suicídio se isole ao perder a esperança de que pode ser escutado e compreendido: “O sobrevivente do suicídio lida com o estigma e com o preconceito, reforçados pela vergonha de mencionar a causa da morte e pelo receio de se sentir acusado e julgado. Trata-se de um emaranhado de dor, preconceito, vergonha, tabu, curiosidade e desamparo. Devemos, portanto, adotar um olhar mais respeitoso e de acolhimento em relação aos que se mataram e aos que foram impactados pelo suicídio de pessoas amadas. Comentários indevidos, como “Faltava Deus na vida dele” ou “Ele não tinha direito de evoluir”, provocam ainda mais desamparo. Lembremos que a pessoa em processo de luto tem de enfrentar sentimentos ambivalentes e fortes que são agravados pelo julgamento do ato suicida por pessoas de seu entorno” (*Ibidem*, p. 68).

justamente sobre pontos de grande sofrimento, angústia e confusão dos enlutados, aprofundando-os. Dizendo de outra maneira, o acompanhamento de enlutados por suicídio, quando feito sem o devido cuidado e respeito, acaba provocando sentimentos que vão ao encontro do que os enlutados já estão sentindo: culpa, autoacusações, vergonha, raiva, revolta, mágoa, rejeição, abandono, desamparo, medo, falta de sentido, impotência etc. A impressão que dá é que os profissionais de saúde e demais cuidadores frequentemente “capturam” o caos de sentimentos dos enlutados numa transferência especular. No entanto, não conseguem fazer um trabalho elaborativo sobre essa comunicação avassaladora e devolvem-na em estado bruto aos enlutados²²⁴.

Fukumitsu orienta que, além de acolher a diversidade e ambivalência de sentimentos e pensamentos que o suicídio pode desencadear, o trabalho com os enlutados deve sempre ter como ponto de partida e de chegada a compreensão de que o suicídio é um fenômeno multifatorial que sempre ultrapassa nossa possibilidade de compreensão²²⁵. Os enlutados, ao elaborarem sua perda, vivem sentimentos ambivalentes e buscam explicações para a morte por suicídio do ente querido. Nesse percurso, deparam-se com experiências que vão para além de sua possibilidade de compreensão. É importante respeitar e acolher a pessoa que vive essa experiência de mistério e não saber, suportando a sensação de impotência e reconhecendo os limites à busca de respostas para tais eventos. Mesmo que possamos elencar múltiplos fatores de risco e possíveis causas para o suicídio, serão sempre elucubrações (*Ibidem*, p. 45). Assim, é importante não silenciar ou invadir o enlutado com nossas próprias elucubrações a respeito da morte por suicídio.

Além do uso de uma linguagem respeitosa, Fukumitsu aponta que a suspensão de julgamentos e acusações deve ser a primeira preocupação na posvenção. Além disso, menciona algumas condutas desejáveis ao acompanhar um processo de luto por suicídio:

[...] em vez de explicar, oferecer a compreensão dos sentimentos e compartilhar com a pessoa aquilo que viveu com o morto; em vez de dar respostas, acolher; e, em vez de oferecer teorias sobre o luto, confirmar a vivência singular daquele que morreu. [...] O enlutado deve ser respeitado em

²²⁴ Numa linguagem bioniana (cf. BION, 2000), poderíamos dizer que, nessas situações, os elementos-beta comunicados pelos enlutados não são transformados em elementos-alfa pelos cuidadores. Sem continência pela função alfa, tais elementos são devolvidos para os enlutados em estado bruto.

²²⁵ É frequente que, no trabalho com enlutados por suicídio e com pessoas que tentaram suicídio, os cuidadores considerem fatores proximais/precipitantes e desconsiderem fatores distais/predisponentes. Na cena descrita na carta, por exemplo, a psicóloga relacionou o suicídio apenas a fatores proximais/precipitantes. Note, ainda, que a precariedade das intervenções que não consideram a multifatorialidade do suicídio fica ainda mais evidente em contextos de atenção diferenciada, pois estas não levam em consideração fatores distais e proximais absolutamente imbricados às mortes autoprovocadas, tais como território, experiências de racismo, dinâmicas cosmopolíticas etc. Sobre a multifatorialidade do suicídio e a diferença entre fatores distais e proximais, cf. Bertolote (2012).

seu tempo singular. [...] considero importante não fazer pela pessoa em luto, mas com ela. [...] Além disso devemos evitar: dar conselhos; fazer comentários moralistas sobre a pessoa que morreu; subestimar a perda, comparando-a com outras perdas e falando de si próprio em vez de escutar o enlutado; determinar um tempo para o processo de luto; e atribuir novas responsabilidades imediatamente. (*Ibidem*, p. 69-70)

5. Alternativas possíveis

5.1. Como contornar a tolerância?

As mortes por suicídio ou tentativas de suicídio são fenômenos multifatoriais, extremamente delicados e complexos (WHO, 2018), ainda mais quando se trata de comunidades indígenas. Nos casos das comunidades e pessoas hupd'äh, por exemplo, é necessário considerar não apenas aspectos relacionados à violência colonial capitalista nos termos em que costumamos concebê-la, como também aspectos vividos e nomeados pelas próprias pessoas hupd'äh, que colocam em questão a própria definição do fenômeno como suicídio e como objeto de cuidado do campo da saúde mental. Há anos, lideranças, professores, conhecedores, benzedores e pajés vêm se mobilizando para entender melhor o que está acontecendo e desenvolvendo técnicas para prevenir novas mortes, mas têm sido ignorados ou, no máximo, tratados de forma condescendente por muitos profissionais das EMSI (principalmente por aqueles que ocupam cargos superiores na hierarquia institucional).

As pessoas hupd'äh e antropólogos com quem conversei apontaram para aspectos relacionados às mortes por enforcamento, envenenamento e afogamento (e aos dispositivos de cuidado elaborados para preveni-las) que vêm sendo sistematicamente ignorados por alguns profissionais das EMSI e gestores do DSEI. A saber, apontaram para fatores que vão para muito além de processos psicossociais: ataques xamânicos, problemas relacionados à constituição da pessoa e ao equilíbrio de seus componentes, mudanças no território relacionadas aos impactos do colapso climático, maus-encontros com outras gentes etc.

Como veremos adiante, quando as pessoas hupd'äh relacionam tais mortes ao encontro com outras gentes e forças invisíveis para olhos destreinados, não estão falando metaforicamente. Ali, dizer que um jovem está vulnerável a ataques xamânicos não diz respeito a uma construção imaginária do sujeito, mas se refere a perigos reais, concretos, no caso dos hup relacionados a processos descontrolados de separação do “princípio vital” (o *hãwäg*) do “corpo” (*sàp*) ou a um encontro com “espíritos sombra” (*b'atib'*) e seres de outros planos-casa (LOLLI, 2010), que acabam por capturar o princípio vital da pessoa. E consequências possíveis

dessa captura ou dissociação do princípio vital são o *k'at ʔt hu ʔi ʔy* (“enforcamento”) ou o */d ʔuç ägyi ʔy/* (“tomar timbó”)²²⁶ (MARQUES, 2015; ATHIAS, 1998).

Infelizmente, esses aspectos apontados pelos especialistas e lideranças hupd’äh não têm sido levados a sério pelas equipes do DSEI. Assim, podemos perceber que não tem havido uma interculturalidade efetiva nas ações de prevenção e posvenção ao suicídio no DSEI-ARN. A interculturalidade tem se resumido (quando muito) a tolerar as medicinas indígenas, sem levá-las realmente a sério e muito menos realizar ações que promovam o fortalecimento dos sistemas de cura ditos “tradicionais”. Ao contrário, vêm ocorrendo cada vez mais tentativas de enfraquecer o controle e a participação social dos indígenas, acompanhadas de uma deslegitimação da atuação dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), o que acaba por incrementar uma dependência da biomedicina (RAMOS, 2017; BANIWA, 2012). A construção de cima para baixo das intervenções e a falta de uma escuta qualificada às compreensões hupd’äh a respeito do fenômeno fazem com que as estratégias de prevenção e posvenção para o suicídio sejam inócuas e, por vezes, acabem até produzindo novos problemas e sofrimentos.

Tendo isso em vista, seria importante pensarmos, sonharmos e experimentarmos, *junto com as pessoas hupd’äh*, possibilidades clínicas na atenção à saúde diferenciada para lidar com esses sofrimentos e processos de morte. Para isso, um passo fundamental é compreender de quais formas as pessoas hupd’äh estão experimentando e elaborando esses acontecimentos. Quais caminhos as pessoas hup (os AIS, os professores, os benzedores, as diferentes famílias, os conselheiros distritais, as mulheres e os homens, os jovens e os idosos etc.) têm percorrido para descrever, elaborar e cuidar desses “processos de morte” (FUKUMITSU, 2019) chamados de suicídio no campo da saúde? Onde esses caminhos se cruzam com os caminhos percorridos pelas EMSI? Onde podem se cruzar? E onde podem seguir divergentes, compondo dispositivos de cuidado em conjunto? Será que, para compor cuidados, é necessário chegar a um acordo a respeito das causas dessas mortes e sofrimentos? Para percorrer esses questionamentos, também é importante mapear como nós, psicólogos e demais profissionais da saúde, estamos compreendendo o fenômeno. Quais os pressupostos e quais os efeitos de nomear essas mortes como suicídios? Como poderíamos construir caminhos na atenção diferenciados que não passem pelo multiculturalismo tolerante?

Parece-me que uma atuação intercultural que não se resume a um multiculturalismo tolerante implica em conferir dignidade ontopistemológica a mundos, práticas e teorias “não modernas” (FERREIRA DA SILVA, 2007; LATOUR 1994). Ou seja, implica reconhecer que

²²⁶ Comunicação pessoal feita pelo antropólogo Bruno Marques (2019).

as chamadas diferenças culturais não são apenas diferentes maneiras de dar sentido e significado a um mesmo e único mundo, mas sim que os múltiplos sentidos e significados geram e nascem de mundos vividos distintos, sustentados por configurações espaçotemporais radicalmente diferentes. Cada mundo (seja ele vivido por um psicólogo ou por uma pessoa hupd'äh) é tecido por determinadas redes relacionais que sustentam a criação de conceitos e práticas localizados e permitem o atravessamento pela alteridade de forma singular. Os mundos vividos são, portanto, mundos em movimento, vivos, plásticos, abertos à alteridade, suscetíveis aos encontros, mas (por isso mesmo) irreduzíveis uns aos outros. Um desafio enorme da interculturalidade na atenção à saúde é movimentar-nos por esses mundos que coexistem (MACEDO et al., 2018).

Penso que, para transitar nesses mundos (e seus entre-mundos), precisamos de ferramentas igualmente vivas, de técnicas que ajudem a tornar nossas compreensões e práticas mais maleáveis. Mais que isso, precisamos nos sustentar numa ética de abertura à alteridade, à dimensão do outro (habitado pelo Outro, atravessado pelo Real) que permanece sempre inapreensível, incognoscível; suportar o espanto que acontece no encontro com o outro; fundamentar nossa atuação profissional no reconhecimento de que sempre haverá falhas na comunicação, de que nossas concepções são situadas e nossas compreensões limitadas, de que sempre haverá lacunas/buracos nas traduções, de que certas paragens dos mundos vividos permanecem sempre desconhecidas. Entretanto, são justamente essas paisagens vivas, incrustadas de aléns e “aquéns”, que dão potencialidade criativa ao encontro. É o movimento possível entre os buracos e as intersecções desses múltiplos mundos vividos que torna o trabalho na atenção diferenciada tão importante e desafiador. Nessas movimentações, temos de lidar com uma série de equívocos que inevitavelmente acontecerão e criar traduções parciais, sempre insatisfatórias (cf. VIVEIROS DE CASTRO, 2004). Isso é difícil, mas, justamente por isso, pode nos mobilizar a situar e conhecer melhor nossas próprias concepções e práticas, o que permite encontrar fendas que podem ser caminhos para traduções mais maleáveis e atuações mais sensíveis ao gesto do outro²²⁷.

Acho importante ressaltar que esses questionamentos e incertezas não deveriam nos paralisar – podem, ao contrário, tornar-se nossas ferramentas de trabalho. Se aponto para nossas faltas e dificuldades como profissionais da saúde, é porque penso que precisamos reconhecer

²²⁷ Inclusive, tenho a impressão de que muitas pessoas hup estariam dispostas a experimentar composições possíveis caso vínculos de confiança e respeito mútuo fossem estabelecidos e espaços de comunicação mais plásticos (ou intermediários, transicionais, diriam alguns psicanalistas) fossem criados em conjunto.

que somos faltantes no encontro para parar de imputar essa falta ao outro²²⁸. Quando reconhecemos que somos faltantes e que o outro sempre excede nossa capacidade de compreensão, tendemos a pensar duas vezes antes de depositar as faltas e dificuldades que não queremos reconhecer em nós no outro. Dessa forma, o reconhecimento de nossas faltas e vulnerabilidades pode ser um elemento importante para uma atuação intercultural mais ética e satisfatória. E se explicito alguns equívocos que emergem nesse trânsito entre mundos, é justamente porque espero que possamos buscar outros mundos possíveis, que possamos construir comuns onde caibam paisagens diversas (KRENAK, 2015).

Assim, reitero o convite para olharmos com cuidado para os pressupostos antropológicos que embasam as nossas teorias e práticas no campo da saúde e seus efeitos para os vários seres que habitam esse planeta. Penso que, além de esta ser uma postura ética, é absolutamente necessária, dado que talvez só consigamos lidar com alguns problemas de saúde de uma forma mais adequada se começarmos a levar os outros realmente a sério. E não só aqueles outros que chamamos de humanos, como nos lembra a antropóloga Guarani Nhandeva Sandra Benites (2020):

Não consigo entender a lógica dos *djurua kuery* [não-indígenas] quando tratam da doença sem entender que o caminho do bem-estar no mundo inclui humanos e não humanos em volta. Quando tentam cuidar dos corpos, só enxergam os que já estão contaminados.

Como veremos no próximo capítulo, os questionamentos sobre a intencionalidade e responsabilidade da pessoa que morre por enforcamento, envenenamento ou afogamento nos levam a pensar sobre as condições mesmas que possibilitam que alguém *esteja* pessoa – o que, por sua vez, impele-nos a seguir as redes relacionais que constituem e são constituídas por uma pessoa. Isso, talvez, ofereça-nos caminhos para experimentar, com o devido cuidado, maneiras de acionar ou habitar essas redes de forma a promover movimentos de cuidado, proteção e reexistência. Ao mesmo tempo, espero que olhar para os “furos” e as zonas emaranhadas das redes que constituem as próprias práticas e conceitos *psi* permita criar “canais de contágio” com outros mundos vividos, o que, quiçá, poderia contribuir para a elaborarmos práticas de cuidado mais adequadas – não apenas no campo da saúde diferenciada.

O desafio na interculturalidade em saúde diz respeito não apenas a diferentes epistemologias, ou seja, diferentes maneiras de conhecer um mesmo mundo, mas implica

²²⁸ Não me parece que essa defesa onipotente que busca encobrir as próprias faltas seja um problema individual de alguns profissionais de saúde. O narcisismo exacerbado de nossa sociedade precisa ser cuidado para que o cuidado intercultural possa acontecer mais efetivamente.

mundos distintos, que emergem de redes de relações que se conectam, mas não se sobrepõem ponto a ponto. Levar isso em consideração é importante para pensarmos as propedêuticas em relação ao suicídio, pois justamente um dos principais “nós” da questão é que esses múltiplos mundos coexistem num mesmo planeta. E quanto mais tempo demorarmos para olhar para os desafios de construir comuns para coexistir, quanto mais demorarmos para olhar para as múltiplas redes relacionais que envolvem muito mais gente do que gente humana, mais esses problemas se cronificarão e mais este planeta se tornará um não lugar para os seres humanos e muitos outros seres que aqui habitam.

5.2. Plano de Gestão Territorial e Ambiental (PGTA)

Os Planos de Gestão Territorial e Ambiental das Terras Indígenas (PGTA) são instrumentos previstos pela Política Nacional de Gestão Ambiental e Territorial das Terras Indígenas (PNGATI), cuja finalidade é construir planos fundamentados no diálogo intercultural para a gestão territorial e ambiental nos territórios indígenas. Por meio da construção coletiva de acordos entre comunidades indígenas, parceiros da sociedade civil e instâncias governamentais, tais planos visam subsidiar a elaboração e implementação de políticas públicas (FOIRN, 2019, p. 6).

O PGTA da Terra Indígena Alto Rio Negro (TI-ARN) é uma iniciativa que resulta de um processo de construção coletiva que ocorreu entre 2015 e 2018. Nesse processo, liderado pela Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN)²²⁹, participaram lideranças, jovens, homens e mulheres que habitam a TI-ARN (*Ibidem*, p. 3). O documento elaborado a partir dessa agenda participativa é apresentado da seguinte forma:

Nós queremos viver bem e em paz.

O PGTA – Plano de Gestão Territorial e Ambiental é uma forma de não esquecermos os conhecimentos de nossos antepassados, mesmo que o mundo esteja em transformação contínua.

Muito antes das leis dos não-indígenas, nossos antepassados já faziam a gestão ambiental e territorial de nossas comunidades e territórios quando pensavam o futuro a partir dos conhecimentos dos mais velhos, das formas de manejo e

²²⁹ O PGTA é “uma iniciativa liderada pela Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN), em cooperação com as cinco Coordenadorias Regionais, o Conselho Diretor e a rede de associações indígenas de base. Na agenda de elaboração dos Planos de Gestão Territorial e Ambiental (PGTAs) das Terras Indígenas de atuação da FOIRN, a Federação mobilizou mais de duas mil pessoas, entre lideranças e representantes das comunidades indígenas. Entre 2015 e 2018, foram realizados mais de 50 encontros, oficinas inaugurais, oficinas do Grupo de Trabalho PGTA, consultas nas comunidades e validações em assembleias regionais, Assembleia Geral e Conselho Diretor da FOIRN. Instituto Socioambiental (ISA), Funai (Coordenação Regional do Rio Negro), Instituto Chico Mendes para a Conservação e Biodiversidade (ICMBio) colaboraram e fizeram parte da Comissão de Governança dos Planos de Gestão Territorial e Ambiental (PGTAs) das Terras Indígenas do Alto e Médio Rio Negro” (*Ibidem*, p. 3).

do fortalecimento da saúde de cada pessoa, família e povo. Quando praticavam dabucuri, wayuri (mutirão), benzimentos de proteção das pessoas, dos lugares e acordos entre os moradores das comunidades. Mais recentemente, as organizações indígenas, Coordenadorias da FOIRN e capitães de comunidades também praticam a gestão e baseiam-se nos princípios do bem-viver e convivência dos diferentes povos da região. (*Ibidem*, p. 7)

No PGTA da TI-ARN, as comunidades avaliaram que o suicídio é uma questão prioritária para o desenvolvimento de ações comunitárias e políticas públicas. No campo da atenção à saúde, ressaltaram a necessidade de que os profissionais sejam capacitados para trabalhar com a temática e que passem longos períodos nas comunidades para entender melhor por que tantos suicídios estão acontecendo e ajudar a propor soluções. Além disso, apontaram para a necessidade de uma atuação interdisciplinar e interinstitucional para fazer o diagnóstico do problema e acompanhar os casos com o trabalho conjunto de psicólogos qualificados, antropólogos e conhecedores tradicionais. Além de apontarem para a importância de “reunir profissionais especializados em equipe multidisciplinar e intercultural para dialogar com comunidades, escolas e conhecedores(as) sobre suicídio” (*Ibidem*, p. 234), propuseram o estabelecimento de um programa de apoio intercultural a jovens e famílias, com um trabalho que incentive as famílias a conversar com os jovens sobre a questão, e um “trabalho sério voltado à juventude, para que estes se sintam valorizados e acolhidos e se sintam parte da comunidade” (*Ibidem*, p. 245).

Além de trazer essas propostas, que apontam para a necessidade de estratégias horizontais, participativas, interdisciplinares e comunitárias para lidar com os casos de suicídio que acontecem entre indígenas no Alto Rio Negro, o PGTA nos ajuda a entender como qualquer estratégia de prevenção e posvenção dos suicídios entre os povos Hupd’äh e Yuhupdêh tem de estar enraizada em seu território:

No decorrer das atividades de elaboração do PGTA, foram realizados trabalhos de mapeamento participativo iniciais com comunidades Hupd’äh e Yuhupdêh, os quais representaram os sentidos profundos – míticos, xamânicos, memoriais, alimentares, de saúde, de convivência social entre os diferentes grupos – da mobilidade espacial e da rede de caminhos na floresta. Mapas que mostram uma floresta em cujo interior não existem vazios, e sim uma densidade absoluta e composição delicada, envolvendo conhecimentos sofisticados, de vida humana e de seres outros. (*Ibidem*, p. 199)

O território habitado pelos Hupd’äh é feito por uma série de lugares (como serras, pedras, lagos e cachoeiras, dentre outros) que guardam marcas vivas de seus antigos (*Ibidem*,

p. 196). Tais lugares são conectados por muitos caminhos de hup (*hup tíw*), caminhos de roça, caminhos dos antigos (*wähäd tíw*) e caminhos de muitos outros seres (RAMOS, 2013). Esses lugares e caminhos desvelam acontecimentos que ocorreram na origem do mundo, guardam histórias e potências dos antigos e são moradas de inúmeros seres da floresta (como “espíritos” e “donos” dos animais) (FOIRN, 2019, p. 48)²³⁰. Assim, o território tem importância vital para os hupd’äh e outras gentes que moram por ali, não apenas por ser lugar de caça, pesca e coleta, de morada, de cultivo de roçados etc., mas também por ser espaço de memórias, histórias, relações, movimentos e potencialidades constitutivas das pessoas e coletivos hupd’äh. A saber, a relevância desses locais para o manejo ambiental é indissociável de sua importância xamânica contemporânea e de sua importância mítica.

Jaime Boreiro, ancião Hupd’äh do rio Papuri, ajuda-nos a entender melhor como um bem-viver dos Hupd’äh depende de movimentos que ocorrem em múltiplos tempos e espaços que se desvelam no território. O ancião conta sobre os *Pùd-dēh moh* (“Lagos-de-Leite”), que foram deixados pelos *Hib’ah Teh d’äh* (“Filhos do Nascimento”) no topo da Serra Patauí²³¹ para que seus descendentes ficassem fortes e sem doenças:

Isso mesmo eu estou falando. Tem ele que toma banho nesse lago? O lago do remédio bom. “Fazendo fogo ele vai cercar com o benzimento a doença. Nesse lago, os que tomarem banho”. Hib’ah Teh Ìh (Filho do Nascimento) disse essa fala, ele deixou no tempo do começo. Esses que tomam banho benzem cercando, avivando o fogo, juntando. Nós não pegamos doença. Sem doença, não ficamos abertos. “O corpo deles vai existir”, Hib’ah Teh Ìh disse naquele

²³⁰ Nos documentos elaborados a partir dos trabalhos de mapeamento participativo, “podem ser vistos uma variedade de ‘lugares sagrados’: *Paç* (serras), *Hü Moy* (Casa de Caça), *Döh Äy Moy* (Casa de Curupira), *Bisiw Moy* (Casa de Bisiw), *B’atib’ Moy* (Casa de espectros predadores da floresta), *Moh* (Lagos), *Höp Moy* (Casa de Peixe), dentre outros. E também sítios antigos, ligados a famílias de determinados clãs, que antigamente viveram dispersos em tapiris (acampamentos com cobertura de folhas de palmeiras) ou concentrados em malocas (com cobertura de palha de caraná), bem como em *Paç Moy* (moradias em cavernas, nas quais podem ser encontrados restos cerâmicos e outros materiais de relevância arqueológica)” (*Ibidem*, p. 199).

²³¹ Jaime Boreiro também conta sobre a origem da Serra Patauí, entrelaçada à origem dos Hupd’äh e de sua fala: “Essa serra [Serra Patauí] nós erguemos por cima de nós no tempo primeiro. Quando *Hib’ah Teh Ìh* (Filho do Nascimento) chegou, a pedra era baixa, estava um pouco acima de nós. Assim disseram. A pedra era baixa e apertava o coração, a respiração dos antigos. Aí ele, o *Hib’ah Teh Ìh*, mandou eles, os Pássaros, os Gaturamos. Estavam todos os Gaturamos, os que são da floresta. Estavam todas as Garças. Quantas delas havia? Os Udu, os Uirapurus... Mandou eles: “Vocês junto comigo, vamos pegar isso juntos! Isso está pesado, se eu fizer sozinho, não será bom erguer”. Disse para eles. Aí juntaram um grupo só e alçaram a pedra. Alto! Empurraram e colocaram a pedra lá em cima. Deixaram tudo bem certo! Eles voltaram descendo, *Hib’ah Teh Ìh* desceu junto. E lá deixou o nome da serra. Lá, a Gente do Nascimento subiu, os avós, os primeiros do Nascimento. Naquele tempo, eles iam indicar o nome, a Gente do Nascimento. Nossos avós, naquele tempo, vieram descendo, dando nome para essa serra. “Patauí”, eles disseram. “Serra Patauí”, eles disseram. Assim, nesse tempo passado, *Hib’ah Teh Ìh* nos trouxe. Subindo pelo rio, naquele tempo, na Canoia do Nascimento, remando, subindo. E disse: “Estou mandando vocês ficarem aqui nesse lugar mesmo! Com os nossos cunhados”. Os cunhados antigamente vieram junto, os que subiram no Nascimento com a gente. Esses, os *Tëg D’uh Ag Tehd’äh* (Filhos da Fruta da Árvore). Assim, ficamos para fora. Os que somos nós, *S’ug Hupd’äh* (Gente da Floresta), ficamos circulando pela floresta. Nós, Hupd’äh, os que trabalhavam com os Tukano, ficamos circulando pela floresta. Assim saiu a nossa fala, os que somos nós, nossos avós” (*Ibidem*, p. 197).

tempo, “vai existir”. “Eles vão beber nesse lago”. Os Hib’ah Tehd’äh (Filhos do Nascimento) deixaram naquele tempo. Assim foi. Os que tomavam banho no lago não falavam a fala feia. Eles existiam naquele tempo, os que tomavam banho aqui, nesse lago, nesse banco, nesse banco-remédio, banco-cura, banco-sem-doença. Eles assentam, eles vão sentar nesse banco, nesse banco-remédio. Em cima, eles assentam. Eles vão sentar bebendo, esses bebedores, os que tomam banho no lago. Ele deixou naquele tempo primeiro. Ele deixou essa fala naquele tempo da origem. (*Ibidem*, p. 197)

O grande número de suicídios, que acontece sobretudo entre jovens, foi relacionado por muitos participantes do PGTA, dentre outros fatores, ao fato de que os jovens não são mais tão fortes como eram os que hoje são velhos – os jovens estão fracos, pois “não acordam cedo para tomar banho, não cheiram pimenta, muitos não escutam os benzimentos como antigamente, não sabem tocar bem cariçu e outros instrumentos. Alguns ficam desanimados e pensam coisas tristes” (*Ibidem*, p. 211).

Para que as pessoas vivam bem e cresçam fortes, é preciso haver um constante manejo do território e um cuidado das pessoas por meio de práticas cotidianas e cerimoniais que mediem as relações estabelecidas entre os diversos seres que habitam os múltiplos planos cósmicos²³². Tal manejo permite lidar com potencialidades e perigos característicos de cada época dos ciclos anuais, colaborando para a manutenção do movimento e do equilíbrio do mundo e da continuidade dos ciclos. Um manejo cuidadoso e respeitoso do território que esteja fundamentado nos conhecimentos dos antigos promove o bem-estar dos diversos seres e diminui as possibilidades de que apareçam doenças e outros infortúnios para os humanos (*Ibidem*, p. 45). Tal manejo envolve deslocamentos pelo território que ocorrem em múltiplos planos e são empreendidos por diferentes componentes da pessoa. O movimento pelo mundo acontece de diversas formas e por diferentes planos-casa. Todos esses movimentos são indispensáveis para que as pessoas cresçam fortes e para cultivar um bem-viver. Para compreender melhor esse ponto, é importante ter em vista como a pessoa hup é constituída.

*

Os processos cotidianos de construção da pessoa e sua imbricação com os processos de construção do parentesco são amplamente discutidos na literatura etnológica (cf. TAYLOR, 2012; 1997; VILAÇA, 2005; 2002; COELHO DE SOUZA, 2004; 2001; OVERING, 1999;

²³² “No alto rio Negro o território é muito mais do que o espaço geográfico visível de onde os povos indígenas extraem os recursos necessários para a sobrevivência. O território e suas paisagens são também história, memória e fonte de poderes espirituais fundamentais para a manutenção da vida. O que para os não-indígenas é uma simples pedra, uma serra, um banco de areia ou uma ilha qualquer no meio do rio, para os conhecedores dos diversos povos do alto rio Negro pode ser uma casa ancestral, onde estão guardados as memórias e os poderes criativos do tempo da origem do mundo e da humanidade. Ou pode ser também a morada de algum espírito da floresta, em geral responsável pela vida e reprodução dos peixes e outros animais.” (*Ibidem*, p. 47)

MCCALLUM, 1998; GOW, 1989; SEEGER et al., 1979) e vêm sendo discutidos por antropólogos que trabalham com os povos Hupd’äh e Yuhupdëh (cf. RAMOS, 2013; LOLLI, 2011; ATHIAS, 1998; REID, 1979). Os apontamentos que se seguem visam apenas situar o leitor para que este possa compreender melhor como o cuidado e a constituição das pessoas e dos coletivos é indissociável do cuidado com outros seres e do movimento pelo território. Para tal, de forma concisa e simplificada, retomarei algumas discussões dos trabalhos de Danilo Paiva Ramos (2013).

Segundo o antropólogo, a pessoa hupd’äh é composta pelo equilíbrio de três elementos: o *sàp* (“corpo”), o *b’atib’* (“duplo-sombra”) e o *hãwäg* (“sopro vital”). O *sàp* cresce por meio da alimentação e é enterrado após a morte. O *b’atib’* origina-se do sangue materno e é “um princípio vital ligado ao calor, à força e à agressividade. A urina, as fezes, os suores e os odores são materializações do /b’atib’/ eliminadas pelos orifícios corporais” (*Ibidem*, p. 315). O *b’atib’* é grande quando a criança nasce e vai diminuindo ao longo da vida, ficando pequeno quando a pessoa já está velha. Fica localizado no antebraço e está relacionado às doenças, aos infortúnios e à feitiçaria, ficando maior quando a pessoa adoece com o roubo ou enfraquecimento do *hãwäg*. O *hãwäg*, por sua vez, origina-se do esperma e é um princípio vital frio. O *hãwäg* é pequeno quando a criança nasce e vai crescendo por meio dos benzimentos, da participação nos rituais e dos cuidados cotidianos. Reside no peito da pessoa e é composto por *yóh dëh* (“água pura”), *pud-dëh* (“leite”) e *hãg-sàk* (“sopro-pulsar”). “É um princípio vital ligado à serenidade, à fala, à sabedoria e à ação xamânica protetora e terapêutica” (*Ibidem*, p. 315).

Os benzimentos e outras ações xamânicas são tarefas cotidianas e necessárias para que as pessoas cresçam, vivam bem e permaneçam equilibradas. As pessoas e o espaço de morada devem ser continuamente fabricados, cuidados e protegidos, ao mesmo tempo em que é necessário cuidar dos perigos inerentes às relações entre os vários seres que habitam o cosmos. *Tà’* (“cercar”) é um procedimento em que os benzedores, por meio de encantamentos-sopros, criam envoltórios que protegem pessoas, lugares e princípios vitais. Os cercamentos podem ser feitos com fumaça de tabaco, breu, entre outros. Os envoltórios de fumaça criados nos cercamentos protegem as pessoas e comunidades dos olhares potencialmente perigosos de outras gentes.

Além de criarem envoltórios protetores para evitar a aproximação de outras gentes, os xamãs e benzedores também viajam pelo cosmos para interagir com outras gentes e suas potencialidades. Assim, as diferentes formas de proteção das pessoas e aldeias que podem ser realizadas nos benzimentos constituem-se “à medida que o benzedor desloca-se, visita as casas de diversos seres, acalma-os ou convoca-os para auxiliá-los” (*Ibidem*, p. 229). Mediante os

deslocamentos xamânicos, os benzedores viajam entre os diversos planos-casa que constituem o território (LOLLI, 2010). Ao visitar e interagir com os habitantes dos diferentes planos-casa, assumindo seus pontos de vista, os benzedores podem transformar e afetar as percepções dos seres que moram ali²³³.

Por intermédio dessas viagens xamânicas, os benzedores e xamãs realizam mediações progressivas para transformar e afetar as percepções dos seres que vivem nos distintos planos, o que os possibilita proteger e curar as pessoas hup dos malefícios e infortúnios causados pelo trânsito de pessoas e de seus diferentes componentes pelo território. Frente ao aspecto pluridimensional do mundo, dos seres e das coisas, a agência xamânica busca influenciar os campos de percepção dos outros seres e manejar as transformações que ocorrem entre os diversos planos-casa.

É importante ressaltar que as ações xamânicas e benzimentos para proteger e garantir o bom crescimento das pessoas e comunidades não são separadas das ações cotidianas. Comer, banhar, caminhar, conversar, sonhar, brincar, ir à roça, caçar etc. também são ações nas quais se “fabrica” e regenera a pessoa, ao mesmo tempo em que se cuida dos perigos inerentes às relações entre os vários seres que habitam o mundo. Assim, os deslocamentos entre os diferentes planos cósmicos não são feitos apenas pelos benzedores e xamãs, mas são feitos cotidianamente por todas as pessoas hup. Ramos nos ajuda a “perceber os Hupd’äh como viajantes cujos movimentos são simultaneamente espaciais e cosmológicos” quando escreve:

Os “caminhos antigos” transformam-se em “caminhos de onças” e, de repente, é preciso correr, pois a “roça dos antigos” passou a ser “roça de onça”. Pelos afazeres diários, pela habitação, os seres disputam as paisagens que não podem ser vistas apenas como “níveis cósmicos” atingidos por “viagens extracorpóreas” de “especialistas rituais”. Caminhando, benzendo e sonhando os viajantes percorrem esses outros mundos onde os pontos de vista de seres como os /b`atib/, as onças ou a /Dòh`Äy/ podem ser predominantes. Andarilhos cujos passos formam “caminhos de hup”, os viajantes são os cronistas de seus passos e dos encontros com os diversos seres com quem coabitam os mundos vividos. (*Ibidem*, p. 110)

Benzer, realizar círculos de coca, sonhar e caminhar permitem deslocamentos para as moradas dos ancestrais – casas do céu, do rio e da terra onde moram outras gentes. São as Casas-de-Pedra, lugares vivos e potencialmente perigosos que podem ser conhecidos-criados

²³³ Há perspectivas inerentes a cada plano-casa, o que gera uma descontinuidade entre pontos de vista. Segundo Ramos (2013), os deslocamentos xamânicos entre os diferentes pontos de vista geram um contínuo, por meio de movimentações que possibilitam aos xamãs e benzedores assumirem os vários pontos de vista e interagir com os habitantes de cada plano.

por meio de deslocamentos cósmicos e de uma educação da atenção por meio do engajamento perceptual. Segundo o antropólogo, as pessoas hup se engajam em processos de contínua criação da vida mediante caça, nascimentos e benzimentos, que permitem curar e proteger as pessoas e aldeias a partir das paisagens dos Lagos-de-Leite (*Ibidem*, p. 43).

O Lago-de-Leite (*Pùd-Dëh Mòh*) é o lugar onde a humanidade surgiu, quando respondeu ao chamado de *K'ég Téh*, o demiurgo (*Ibidem*, p. 72-73). De lá, como vimos brevemente na introdução, os ancestrais fizeram uma longa viagem na água/rio/cobra até o Uaupés. Os lugares dos primeiros tempos e os movimentos dos ancestrais continuam a ser desvelados e recriados pelos Hupd'äh. Quando uma mulher gesta um filho, seu ventre é também um Lago-de-Leite. Ao nascer, a pessoa viaja pelo rio de leite como um ancestral para chegar à vida (*Ibidem*, p. 437). Assim como *K'ég Téh* chamou os humanos e ofereceu-lhes as histórias da origem e a possibilidade de narrar, os pais e mais velhos oferecem a seus filhos as palavras, os modos de atenção e de ação que permitem revelar o mundo, os seres, os caminhos e as histórias (*Ibidem*, p. 167). Ao fazerem rodas de coca no entardecer, os velhos criam-percebem o Lago-de-Leite no interior da roda. Em uma festa de caxiri, enquanto todos estão bebendo, conversando, tocando e dançando, forma-se um Lago-de-Leite no centro da maloca (*Ibidem*, p. 198). Para realizar certos benzimentos, os benzedores viajam ao Lago-de-Leite para “tirar” uma série de elementos das casas ancestrais que permitem compor e proteger o *hãwäg* e “trocar” (renovar) seus poderes (*Ibidem*, p. 183). No peito de cada pessoa hup, que é casa do sopro vital (*Häg-Sàk Mòy*), revela-se o Lago-de-Leite. O Lago-de-Leite, assim, é o centro, o “ponto nodal das vidas e ações dos habitantes” (*Ibidem*, p. 209), é um “lugar de contínuo renascimento da humanidade através da palavra, das substâncias, das viagens e dos círculos de fumaça” (*Ibidem*, p. 215).

Não apenas o nascimento e a vida são marcados por viagens, mas também a morte. Ramos aponta que, assim como a viagem xamânica e o sonho, a morte é um deslocamento da pessoa reconfigurada pelo cosmos. Com a morte, os princípios vitais do corpo separam-se e empreendem viagens distintas. O *b'atib'* vaga pela floresta e depois vai para a Casa Subterrânea, onde outros *b'atib'* o esperam. O *hãwäg* caminha para *Paç Pòg*, a Serra Grande e, de lá, sobe para a casa de *K'ég Téh* (*Ibidem*, p. 195). Ao enterrar o corpo, os familiares colocam fósforos e farinha para que o *hãwäg* não passe fome e frio em sua caminhada (*Ibidem*, p. 195)²³⁴. Quando chegam à casa de *K'ég Téh*, os mortos passam a levar uma existência sem

²³⁴ É relevante notar que os caminhos dos mortos também estão em estado de contínua criação e transformação. Américo Socot contou-me, por exemplo, que os mortos por suicídio não conseguem chegar à Serra Grande e muito

doenças e sem fome. Assim, o antropólogo ressalta que morte e vida são movimentos entre dimensões do cosmos. A morte é uma metamorfose/reconfiguração da pessoa por meio de movimentos de transformação e de fabricação do corpo²³⁵.

*

Os participantes do PGTA apontam que o cuidado do território-mundo é indissociável do cuidado do corpo. O movimento do mundo e pelo mundo é necessário para fazer e cuidar das pessoas e comunidades hup. Tais pontos podem ser mais bem compreendidos no seguinte trecho do PGTA, que fala sobre alguns cuidados com o corpo-território praticados pelos Hupd'äh desde o tempo dos antigos:

Para ter o corpo e a pele duros, para ser um bom caçador, o menino deve fazer muitas coisas. Ser bem benzido desde o nascimento. Tomar banho nos lagos de leite de cima das serras, no fundo da floresta, na cabeceira dos igarapés. Tomar o banho do guerreiro logo ao acordar, muito cedo, vomitar água e cheirar pimenta. É como no jurupari, para ficar forte e com saúde. Andar sempre com seu pai pela floresta para aprender os caminhos, os rastros e os sons dos animais, os lugares onde estão as árvores de fruta plantadas pelos ancestrais em suas antigas moradas. Antes dos caçadores entrarem na floresta, o benzedor faz seu benzimento com tabaco. Na floresta, há muitos seres, muitos donos de lugares e animais que são da floresta e podem ser vistos e visitados pelos pajés e benzedores. O benzedor manda na frente as formigas-pari, essas, mexendo nas folhas, espantam os que podem fazer mal aos caminhantes. Com o cigarro, soprando sua fala, o benzedor faz o dono da caça ficar em seu quarto dentro da serra, lhe dá tabaco, ipadu e outros alimentos, guarda suas armas em seu jirau, assenta-o em seu banco e faz com que ele não olhe para fora, para não perceber os caminhantes na floresta. Assim a caçaria pode ser boa, sem acidentes, sem picada de cobra, sem doenças e dores provocadas pelas armas dos donos da caça. Para liberar os animais para serem caçados, o pajé cheira paricá e viaja para as *Hũ Moy* (Casa de Caça) e o benzedor faz cigarro, abrindo a porta da casa. Do mesmo jeito, o pajé faz os frutos da mata crescerem bem, para que os animais tenham seu alimento e para que os humanos façam suas festas de dabucuri. Assim é a relação com os que são da floresta. E assim deve ser para que os Hupd'äh tenham corpos duros, fortes e saúde. A floresta toda depende disso, todos os seus seres. É assim que os caçadores passam bem pela mata, do mesmo modo que seus ancestrais sempre fizeram. Indo, seguindo, de um lugar para o outro, retornam para suas comunidades, bem cercadas com benzimento, com caças e frutos. (FOIRN, 2019, p. 44)

É importante notar que tais movimentos não devem ser feitos à toa. Devem ser feitos com cuidado, atenção e têm de ser acompanhados de benzimentos para fortalecer e proteger as

menos à casa de *K'ég Téh* – os mortos por suicídio são enterrados sem fósforos nem farinha, transformam-se em bichos e ficam vagando por aí passando fome, frio e sofrendo terrivelmente.

²³⁵ Ramos aponta que tais experiências de morte e vida não são pautadas por oposições como material/imaterial, continente/conteúdo, parte/todo ou corpo/alma, mas consistem em “regimes distintos de corporalidade” (*Ibidem*, p. 213).

pessoas e comunidades, mediando as relações com os outros seres que podem estar pelos caminhos. Américo Socot, um dos coordenadores do PGTA, chama nossa atenção para esse ponto:

O benzimento é primeiro, cabeça do PGTA. Se não benze, tem suicídio, criança morre. Toda vida depende de benzimento, de cercar a comunidade. Se não fizer benzimento a roça não sobe, a criança morre. Cercando o alto, o subterrâneo, toda a comunidade, se não o dono das minhocas traz doença para Hupd'äh vivo... benzer bem o nosso lugar de estar... benzer bem com breu para consertar a nossa comunidade. (*Ibidem*, p. 71)

Percebemos, assim, que o horizonte de um bem-viver se fundamenta na força dos benzimentos e no respeito e na valorização do modo de vida dos antigos, ao mesmo tempo em que incorpora aspectos da vida contemporânea. Para que as pessoas e comunidades vivam e cresçam bem, é necessário cercar e continuamente regenerar o território e a vida dos Hupd'äh. O território, a pessoa e a vida estão em contínuo estado de criação, num processo de formação que se desenrola desde o nascimento até a morte. Como nos aponta Américo Socot, é preciso começar esses processos de criação e crescimento do jeito certo e deles cuidar cotidianamente para que as pessoas nasçam, cresçam e morram bem (*Ibidem*, p. 202).

5.3. Por um DSEI Naduhupy

Há anos, lideranças hupd'äh vêm reivindicando uma atenção à saúde realmente integral e complementar e vêm apontando para passos necessários para a construção de uma atenção à saúde efetivamente diferenciada, sensível e adequada às especificidades de suas comunidades e seu território. Muitas das reivindicações e proposições dizem respeito à importância do estabelecimento de processos efetivamente participativos e dialógicos de elaboração, implementação e avaliação das estratégias de atenção à saúde e à necessidade de que haja contratação e formação continuada de AIS hupd'äh.

Quem tem familiaridade com a atenção à saúde indígena talvez observe que tais proposições são desejáveis, mas excessivamente utópicas, considerando a realidade da maior parte dos DSEIs do país: falta tempo, profissionais, equipamentos, capacitação etc. No entanto, será que levar em consideração os desafios logísticos e as idiosincrasias linguísticas e culturais das comunidades hup implica que nos contentemos com o “menos pior”, que nos resignemos com uma atenção à saúde que sabemos estar muito longe de ser intercultural, integral e complementar?

Algumas lideranças hupd'äh têm apontado para caminhos bastante concretos para a efetivar seus direitos e contornar essas alternativas infernais que tanto paralisam os profissionais e gestores do DSEI-ARN e da SESAI como, por exemplo, *a construção de uma casa de apoio para acolher as famílias Hupd'äh e Yuhupdëh que viajam a São Gabriel da Cachoeira e a criação de um DSEI específico ou de Polos-Base específicos para atender a pessoas falantes de línguas Naduhupy*. Além de possibilitar um serviço de atenção à saúde mais adequado às especificidades dos povos da família linguística Naduhupy e criar condições favoráveis para maior participação e protagonismo das comunidades na atenção à saúde, a criação de um DSEI ou de Polos-Base específicos tenderia a facilitar os processos de trabalho dos profissionais do DSEI (gestores, referentes técnicos e equipes), deixando-os menos sobrecarregados.

A criação de um DSEI Naduhupy ou de Polos-Base voltados ao atendimento de pessoas falantes de línguas Naduhupy parece ser um caminho profícuo para lidar com os desafios colocados pelas comunidades hupd'äh e yuhupdëh no que diz respeito à atenção à saúde diferenciada. Ao longo do PGTA, as comunidades apontaram para a importância de haver um atendimento à saúde específico para as comunidades yuhupdëh e hupd'äh (*Ibidem*, p. 211), baseado em 1) um conhecimento mais aprofundado sobre a vida dos Hupd'äh e Yuhupdëh por parte das equipes de saúde que trabalham nas comunidades; 2) uma maior interlocução entre os AIS e as equipes e a ampliação, o fortalecimento e a promoção de melhores condições de trabalho para os AIS; 3) um melhor preparo e organização das equipes para realizar atendimentos em comunidades e sítios localizados no centro da floresta, o que envolve uma melhoria nos meios de comunicação e articulação entre as comunidades e o DSEI-ARN; 4) a produção de materiais informativos sobre saúde nas línguas hup e yuhup; 5) a implementação de Casas de Apoio e Polos-Base nas regiões mais distantes das beiras dos grandes rios; 6) a participação efetiva de lideranças hupd'äh e yuhupdëh no Conselho Distrital de Saúde; e 7) a promoção e o fortalecimento da medicina tradicional, considerando parteiras, benzedores e pajés (*Ibidem*, p. 244).

Os desafios colocados à atenção à saúde estão imbricados com os problemas e desafios relacionados à garantia dos direitos e da cidadania dos povos Hupd'äh e Yuhupdëh. A inadequação das políticas públicas para as realidades dos povos Hupd'äh e Yuhupdëh – manifesta na dificuldade de acesso a documentos e benefícios, que estende a estada desses povos na cidade de São Gabriel da Cachoeira – expõe-nos a vulnerabilidades sanitárias, socioeconômicas, de segurança, alimentares e psicossociais (*Ibidem*, p. 212). Assim, as comunidades hupd'äh e yuhupdëh apontaram para a importância de que: 1) as famílias planejem

junto com a comunidade seus deslocamentos para a cidade; 2) haja uma central de informação (adaptada às especificidades desses povos) sobre benefícios sociais, que possa repassar informações e responder perguntas às comunidades através da radiofonia; 3) haja um local apropriado para estada na cidade (como casas de apoio específicas para os povos Hupd'äh e Yuhupdëh); 4) as instituições de acesso a documentação, benefícios sociais e bancárias estejam capacitadas para atender aos povos Yuhupdëh e Hupd'äh com pessoas que possam fazer a tradução linguística e intercultural; e 5) os benefícios sociais, a retirada de documentação e a efetivação de outros direitos sociais estejam adaptados à realidade desses povos (*Ibidem*, p. 213).

Vale lembrar que tais reivindicações encontram respaldo na legislação, tendo em vista que estamos falando da atenção à saúde de povos indígenas de recente contato. Como vimos, os Hupd'äh são classificados pela FUNAI como “povos de recente contato”, denominação que não se refere necessariamente ao tempo de “contato” com a sociedade nacional, mas se aplica aos povos ou grupos que mantêm relação permanente ou intermitente com a sociedade nacional e que mantêm alto grau de autonomia em relação à sociedade nacional, incorporando seus bens e serviços de forma singular e seletiva (cf. FUNAI, 2012). Tendo em vista essas especificidades, enfatiza-se a necessidade de políticas públicas diferenciadas *específicas* a cada um dos grupos de recente contato. A promoção de ações específicas para povos de recente contato está prevista na PNASPI, que determina o estabelecimento de normas técnicas e ações de saúde específicas a cada povo de recente contato, visando diminuir os impactos negativos das próprias ações de saúde²³⁶.

Atualmente, tais caminhos parecem distantes, tendo em vista o acelerado desmonte da atenção à saúde indígena e o ódio à diferença que se prolifera no país. Entretanto, falar sobre esses caminhos é uma maneira de mantê-los vivos, pulsantes. É uma maneira de escapar à captura por alternativas infernais que nos deixam sem lugar. Neste momento tão mortífero, é vital que preservemos nossa capacidade de sonhar e de imaginar em companhia uns dos outros.

²³⁶ Tais ações específicas, por exemplo, devem contemplar: “1 - prevenção e controle de agravos à saúde em povos com pouco contato ou isolados, com estabelecimento de normas técnicas específicas e ações de saúde especiais que diminuam o impacto causado à saúde no momento do contato e pelos desdobramentos posteriores. Deverão ser contemplados: a preparação e capacitação de equipes de saúde para situações especiais, quarentena pré e pós-contato, imunização da população, estruturação de sistema de vigilância e monitoramento demográfico; [...] 4 - acompanhamento, monitoramento e desenvolvimento de ações que venham coibir agravos de violência (suicídios, agressões e homicídios, alcoolismo) em decorrência da precariedade das condições de vida e da expropriação e intrusão das terras indígenas” (BRASIL, 2002, p. 19).

PARTE 3

Eu tô te explicando

Pra te confundir

Eu tô te confundindo

Pra te esclarecer

[...]

Carinhoso pra poder ferir

Lentamente pra não atrasar

Atrás da vida pra poder morrer

Eu tô me despedindo pra poder voltar

Tom Zé

CAPÍTULO 5

Tropeços de um quase-campo

Nos meses de Julho e Agosto de 2019, viajei à cidade de São Gabriel da Cachoeira para preparar a pesquisa de campo prevista para o ano seguinte. Apesar de não ter planejado a estadia na cidade como um campo propriamente dito, muitas questões nasceram a partir dos encontros que tive naqueles meses. Ao voltar de viagem, tentei dar alguma forma às questões e inquietações que surgiram, o que resultou nas páginas que se seguem.

Ao refletir sobre esse “quase-campo”, pretendo falar sobre a importância de adotar uma postura mais hesitante e cuidadosa ao mobilizar conceitos como “suicídio” e “paranoia” para descrever realidades ancoradas em outras premissas que as psicanalíticas ou biomédicas. A compreensão dos enforcamentos e mortes por ingestão do veneno de timbó ou gasolina como mortes intencionalmente autoinfligidas precisa ser matizada em muitos contextos do Alto Rio Negro, dado que muitos indígenas ali compreendem e vivem estas mortes ou quase-mortes como resultados de ataques xamânicos: sopro, estrago ou feitiço.

Também buscarei trazer, brevemente, algumas considerações sobre as conversas que tive com colegas psicanalistas em São Paulo, que compreenderam o fenômeno lastreando-se na noção de paranoia. Explicitar os equívocos implicados nessas compreensões coloca uma série de impasses e deixa-nos em uma posição de não saber que, por mais angustiante que seja, pode ser boa para pensar em propostas clínicas que estejam em maior consonância com as realidades locais.

1. Suicídio?

O aspecto que mais me saltou aos olhos no tempo que passei em São Gabriel é que o conceito de suicídio permite acessar apenas algumas facetas destas mortes. Ao mesmo tempo, parece organizar eventos muito diferentes sob um mesmo nome. Ao longo dos dias, fui percebendo que partir deste conceito para conversar com as pessoas criava uma série de equívocos e impedia-me de formular boas questões. Também fui percebendo que esse termo era usado pelas lideranças Hupd’äh com quem conversei apenas em situações bastante específicas: lançavam mão do termo “suicídio” quando a conversa era sobre políticas públicas, principalmente quando seus interlocutores eram profissionais de saúde. Indígenas de outras etnias com quem conversei (Tukano, Desana, Baré, Carapanã, dentre outros) mobilizavam o conceito de “suicídio” com mais frequência do que meus interlocutores hupd’äh. No entanto,

fui me dando conta que aquilo que muitos deles estavam chamando de “suicídio” era bastante diferente daquilo que os profissionais de saúde do DSEI chamavam de suicídio.

Aos poucos, fui percebendo que, para muitas pessoas indígenas com quem conversei, as mortes por enforcamento, envenenamento e afogamento mais se aproximam de homicídios do que de suicídios – não são propriamente mortes autoinfligidas, mas sim mortes causadas pela ação de terceiros. São casos de feitiço, de sopro ou estrago, como dizem por lá. As pessoas indígenas de diferentes etnias com quem conversei davam-me diferentes explicações sobre quem eram os *responsáveis* pelas mortes: parentes invejosos, pajés poderosos, Gentes-Peixe, “espíritos” de pessoas que se enforcaram... Ouvi uma imensa variedade de explicações, que dependiam de quem era meu interlocutor ou interlocutora, da intimidade que tínhamos e das circunstâncias da conversa.

Em um primeiro momento, quando ainda não conhecia as pessoas muito bem, falavam-me que as mortes eram motivadas por situações aparentemente banais: a mãe negou um pedaço de carne ao filho e ele se enforcou, o jovem tomou timbó porque foi traído pela namorada, o menino se matou porque o pai “ralhou” com ele... Às vezes comentavam, espantados, que ninguém previra o acontecimento. Também ficavam desorientados com o fato de que muitos dos jovens quase não faziam esforço para morrer: morriam com os pés no chão, com um laço frouxo no pescoço, com uma camisa fina como forca...

Quando a conversa se adensava, inevitavelmente aparecia o tema dos ataques xamânicos. Contavam que os ataques xamânicos que levam aos suicídios podem ser feitos contra uma comunidade inteira ou podem ser um sopro sobre apenas uma pessoa. Diziam, ainda, que, antes de procurar a forca ou o timbó, alguns jovens começam a escutar uma voz em seu ouvido que fica sedutoramente chamando-os para seu mundo. Geralmente, a voz que os jovens escutam é de algum ente próximo morto por suicídio ou de alguma entidade. Explicavam que, quando dão ouvidos a estes chamados, alguns jovens envenenam-se ou enforcam-se num rompante, enquanto outros começam a comportar-se de forma “estranha” – ficam tristes, brigam com seus parentes, isolam-se e sonham repetidamente com o morto ou a entidade que os chama. Também contavam que alguns dos jovens que haviam sobrevivido a uma tentativa de enforcamento ou envenenamento não lembravam de nada que acontecera durante a tentativa, como se voltassem de um transe. Outros, por sua vez, relatavam ter experimentado uma percepção alterada do mundo durante a tentativa: contavam que a corda não aparecia-lhes como corda ou que o veneno de timbó parecia uma bebida açucarada.

É interessante notar que as explicações de feitiço não se contrapõem necessariamente às explicações que atribuem as mortes a motivações pessoais, conflitos interpessoais e questões

sociais. Essas explicações parecem ser diferentes facetas de uma intrincada rede cosmopolítica (STENGERS, 2011). Assim, as compreensões de que os suicídios são reverberações de violências coloniais se entrelaçam às compreensões de que os suicídios são resultados de ataques xamânicos. Um sopro pode esquentar os ossos da pessoa, o que vai levá-la a brigar com seus parentes e potencialmente se matar. Na cidade, convive-se demasiado próximo de parentes invejosos e de não parentes, que podem soprar para “estragar” a pessoa. Jovens que vivem situações de violência e humilhação podem experimentar estados de tamanha tristeza ou raiva que ficam mais “abertos” à agência potencialmente nociva de outras gentes. Além disso, a proximidade com a cidade faz com que os jovens fiquem com o corpo malfeito, pois comem errado e não passam por uma série de benzimentos, resguardos e cuidados indispensáveis à formação de uma pessoa “equilibrada”. Assim, os jovens ficam enfraquecidos, diminuídos, e expostos a ataques ou tentativas de sedução por outras gentes. A fragilização dos jovens é ainda mais preocupante quando se considera que as relações “diplomáticas” com outros seres que habitam aquele território vêm se estremecendo, dado que as redes de socialidade – compostas por humanos e mais que humanos – têm sido profundamente impactadas pelas violências coloniais-capitalistas naquela região²³⁷.

Levando a sério estas elaborações, podemos perguntar: o que a noção de “suicídio” mobilizada pelos profissionais de saúde do DSEI-ARN oblitera? Em primeiro lugar, esta noção recusa que uma socialidade possa ser composta por muito mais gente do que a gente considera gente. Em segundo lugar, recusa que a pessoa possa ser composta por mais gente do que ela mesma e por intencionalidades outras, potencialmente fora de seu controle. Ao não permitir considerar que as pessoas e coletivos são imanentemente constituídos por seus outros (humanos e mais que humanos), a mobilização desse conceito de suicídio acaba reduzindo amplas redes relacionais a processos psicológicos individuais ou a dinâmicas interpessoais. Com isso, relações muito diversas são organizadas sob uma mesma forma, o que pode se colocar como uma barreira para aproximar-se de outras maneiras de viver e pensar a subjetividade, a intencionalidade e a agencialidade²³⁸.

²³⁷ É comum ouvir por lá, por exemplo, que as Gente-Peixe têm muita inveja dos humanos e por isso causam muitas doenças. No entanto, João Paulo Barreto, antropólogo do povo Ye’pamahsã, durante uma conversa em Manaus, explicou-me: “Se eu roubar tua mochila, você vai vir correndo atrás de mim, não vai? Se você jogar uma lata de tinta em mim, eu vou ficar bravo e vou brigar com você, não vou? É isso que está acontecendo com as Gente-Peixe e outras gentes; as pessoas não estão sabendo respeitar, se relacionar bem com eles. Não é que eles sejam invejosos.” (Comunicação pessoal feita em Agosto de 2019).

²³⁸ Ou seja, não permite perceber que cada pessoa e cada coletivo é, em si (um “em si” sempre incompleto, vale lembrar), um universo múltiplo, numa estrutura fractal: “Da pessoa fractal não se poderia dizer onde ela começa e acaba sem uma certa arbitrariedade. E se nos acontece seccioná-la ora como um ser humano, ora como um clã, o que estamos fazendo é criar (algo arbitrariamente) identificações ou pontos de referência em um campo relacional.

Pensar a respeito da adequação de tal conceito de suicídio para descrever tais experiências nos permite formular algumas questões, que serão abordadas mais detidamente no próximo capítulo. Se pensamos que a construção da pessoa é coextensiva à construção da socialidade e que esta é tecida por gentes humanas e mais que humanas, poderíamos pensar os “suicídios” como *movimentos* entre diferentes mundos vividos? Será que a pessoa que busca a força ou o veneno busca morrer? Ou será que busca habitar outro mundo vivido? A pessoa que se “suicida” morre *para quem*?

2. Paranoia?

Quando voltei para São Paulo e contei a alguns colegas psicanalistas e psicólogos sobre essas conversas, muitos interpretaram meus relatos na chave de que essa busca por “desesperadamente localizar de onde vem o mal” seria característica de uma organização de mundo de tipo paranoide, criada para se defender de um estado de intensa aflição que atinge a todos. A aflição, aqui, seria uma espécie de respiro possível antes de cair na agonia, no sem sentido. Por conta da progressiva destruição dos mundos ameríndios devido ao contato com não indígenas e do subsequente “descozimento” de suas organizações mitológicas, os indígenas estariam destituídos da experiência de comunidade. A morte, assim, apareceria aos jovens como um caminho para restaurar os vínculos comunitários. As vozes de amigos e parentes falecidos que os jovens ouvem, convidando-os a morrer e ir morar com eles, seria ouvida como uma promessa de reencontro com uma dimensão comunitária perdida. O suicídio seria, assim, motivado por uma fantasia de cura, já que a morte seria vista como caminho para restaurar um mundo que foi perdido. Seria um ato desesperado, paradoxalmente movido pela esperança de encontrar uma conexão com os outros.

Se, por um lado, estas compreensões apontam para aspectos importantes – como, por exemplo, o sofrimento de não poder devir alguém-para-outrem e um anseio por uma experiência de comunidade que pode se abrigar no gesto “suicida” – por outro, podem nos levar a abordar os fenômenos em questão predominantemente na chave da falta, limitando a

A pessoa fractal não é um todo, não é um princípio de totalização, mas o que seccionamos e tratamos como ponto de referência em um certo campo relacional. Tampouco é uma parte, pois não pode ser destacada de um todo. Ela só se evidencia por sua relação com outras, depende das relações externas que tem com outras e, o principal, suas relações externas são suas próprias relações internas, as mesmas que a constituem por dentro.” (LIMA, 2005, pp. 121-122). A partir do momento que consideramos que a diferença entre uma pessoa, um coletivo e o cosmos é uma questão de escala e que todos são constituídos por redes de relações potencialmente caóticas, fica evidente que a posição de sujeito nunca é definitiva; tem que ser continuamente construída e delimitada, o que requer uma série de trocas e negociações com muitos tipos de gente.

compreensão das situações de “suicídio” às perdas e destruições dos sistemas cosmológico, social e mitológico que se deram a partir do contato com os brancos.

Penso que pode ser interessante buscar compreender estes fenômenos como *transformações* e mudanças de escala, como propôs Tânia Stolze Lima (2005) ao analisar a tragédia demográfica que ocorreu entre os Yudjá no século passado. Ao invés de pensar na chave da destruição do sistema social Yudjá, Lima buscou compreender como este sistema estava operando em *escala reduzida* e como os Yudjá estavam investindo na “elaboração de um passado para si mesmos” (*Ibidem*, p. 80). Diante da catástrofe, Lima faz a escolha politico-epistemológica de não tratar os Yudjá como menos do que eles foram, como herdeiros de um passado que seria mais completo, mas olhar para sua posição criativa diante da catástrofe.

Além disso, não me parece que estas interpretações fariam sentido para muitas das pessoas de lá. Penso que, aqui, é importante “resistir à tentação de achar que nós sabemos mais ou melhor do que eles, ou que sabemos o que é melhor para eles”, como escreveu uma vez Marina Vanzolini (2018, p. 328). Quando o pessoal de São Gabriel me falava de outras gentes e forças invisíveis para olhos destreinados, não estavam falando metaforicamente. Ali, dizer que um jovem está vulnerável a ataques xamânicos não diz respeito a uma construção imaginária do sujeito, mas refere-se a perigos reais.

No caso de pessoas Hupd’äh, tais perigos estão relacionados a processos descontrolados de separação do princípio vital (o *hãwäg*) do corpo (*sàp*) ou a um encontro com seres de outro plano-casa, que acabam por capturar o princípio vital da pessoa. E consequências possíveis dessa captura ou dissociação do princípio vital são o *k’at’it hu’ yé’iy* (enforcamento) ou o *d’uç ägyt’iy* (tomar timbó). Dizer que esses casos são suicídios, que são efeitos do contato ou que haveria um *ethos* hupd’äh paranoico produz traições de sentido, unificando sob pontos de vista totalizantes os diversos mundos que os Hupd’äh concebem e desconsiderando sua própria compreensão sobre o fenômeno.

Uma saída possível para esse impasse foi proposta por Viveiros de Castro (2004), em sua teoria da equivocação controlada, que propõe aceitar os ricos da tradução entre mundos heterogêneos. Para o autor, o equívoco não seria o contrário do verdadeiro, mas do unívoco enquanto pretensão da existência de um sentido único. O erro seria justamente imaginar que haveria uma única verdade abaixo ou detrás do equívoco. Ou, como disse Miguel Aparício, antropólogo que trabalha com os Suruwahá, “Em contraposição a este exercício de equivocação controlada, o erro consiste em reduzir as concepções indígenas à condição de metáforas ‘interpretadas’ segundo nossos marcos explicativos da realidade.” (2017, p. 224) Assim, parafraseando Aparício, não afirmar um ponto de vista total implica na impossibilidade de

estabelecer equivalências entre suicídio e vítima de feitiço ou entre paranoia e uma captura do princípio vital. Trata-se, assim, de aceitar os limites de tradução das experiências e ideias hupd'äh a nossas próprias experiências e dispositivos conceituais.

*

Toda essa discussão me lembra de um artigo de Clara Flaksman (2018), antropóloga que trabalhou no Gantois, terreiro de candomblé em Salvador, e me inspirou na construção deste capítulo. Partindo das discussões de Melman (2005) sobre a paranoia, Flaksman fala da inoperância desta noção naquele contexto. Buscando tratar as ideias das pessoas com quem conviveu no terreiro sem alinhá-las a um termo preexistente, a antropóloga retoma algumas proposições do etnopsiquiatra Tobie Nathan.

Segundo Nathan (2004), há dois tipos de sociedade: aquelas de universo único e aquelas de universos múltiplos. Nas sociedades de universos múltiplos, parte-se do princípio que o cosmos é habitado por múltiplos seres e os infortúnios ou doenças normalmente se devem à ação de entidades não humanas. O ato terapêutico interroga estes outros mundos; é um ato de criação que institui uma interface entre os mundos, permitindo transitar entre eles e manejar as forças de um mundo multiagencial. Ao mesmo tempo, é um ato que separa o sintoma da pessoa, associando-o a agentes externos. Já a biomedicina ou a psicanálise seriam dispositivos terapêuticos adequados para tratar pessoas de universo único. Em mundos de universo único, a agência é atribuída exclusivamente àqueles que consideramos humanos (e a alguns animais, por vezes). Por sua vez, o ato terapêutico que pressupõe um universo único “costura” o sintoma à pessoa, associando-o a características internas ao sujeito.

Apesar da ambição de Nathan de dividir o mundo em tipos, com uma pretensão ontologizante²³⁹, e do fato de sua descrição das sociedades de universos múltiplos estar pautada em uma experiência com imigrantes africanos na França, parece-me que suas proposições podem ser boas para pensar os equívocos e outras criações que se produzem no encontro entre as etiologias e propedêuticas dos profissionais de saúde do DSEI e dos Hupd'äh e para investigar possibilidades clínicas assumindo os riscos que isso implica.

Um bom exemplo para pensar os equívocos produzidos no encontro entre propedêuticas que pressupõem um universo único e propedêuticas gestadas em universos múltiplos é a

²³⁹ Também há de se levar em conta os riscos de sistematizações como a de Nathan, que podem acabar por reforçar um divisor “Nós *Vs* Outros”, produzindo essencializações de ambos os lados. Parece-me que, para construir sua argumentação, Nathan acaba por fazer uma imagem demasiado simplificada da psicanálise e práticas biomédicas, transformando-as em “espantalhos” contra os quais produz contrastes com as chamadas sociedades de universos múltiplos. Pergunto-me sobre as possibilidades de dialogar com Nathan de forma a produzir alianças com outros mundos e não mais assombro (ainda mais considerando situações de “suicídio”, que afetam as pessoas visceralmente).

correlação feita entre consumo de bebidas alcoólicas e os suicídios. A grande maioria dos profissionais do DSEI com quem conversei colocava o consumo de cachaça e caxiri como causas dos suicídios. Alguns poucos compreendiam que o consumo abusivo de álcool não seria uma causa, mas um catalisador do ato suicida. Explicavam-me que o álcool, depressor do sistema nervoso, “baixa as defesas” da pessoa, intensificando os processos depressivos ou aumentando as possibilidades de ocorrerem conflitos interpessoais que motivam os suicídios. Em suma, tudo acontece dentro do sujeito - o consumo de álcool interfere em processos psíquicos, neurológicos ou fisiológicos que levam a pessoa a se relacionar de forma diferente com o ambiente.

Muitos indígenas (Hupd’äh e de outras etnias altorrionegrinas) também correlacionavam o consumo de caxiri e cachaça aos suicídios, mas de uma forma muito diferente daquela dos profissionais do DSEI. Diziam-me que o consumo de caxiri e cachaça deixa a pessoa mais propensa à comunicação com outras gentes. Segundo algumas pessoas hup e antropólogos com quem conversei, o consumo de bebidas alcoólicas aumenta a quantidade de *K’i* (“calor”) no corpo da pessoa hupd’äh, o que pode aumentar o *b’atib’* (“duplo-sombra”), a agressividade e o fedor da pessoa, trazendo uma série de perigos. Assim, o consumo de bebidas alcoólicas afeta relações que se dão em múltiplos planos (que poderíamos relacionar com o que Nathan chama de mundo invisível ou oculto), produzindo movimentos entre estes planos – de forma que o estado de embriaguez não é radicalmente distinto de outros estados liminares (como os estados de sonho, de morte ou de doença), como também foi apontado em outros contextos etnográficos (LIMA 2005; SOUZA ET AL. 2007; ARÁUZ 2017; MOREIRA 2017; BUENO 2017).

Da mesma forma, parece que os suicídios expressam uma série de acontecimentos que se passam em distintos planos e temporalidades. O que aparece aqui e agora como embriaguez e como suicídio é um efeito ou uma imagem do que se passa em outro lugar e vice-versa. Ou seja, no limite, tudo vem de algum outro lugar, de forma que, ao invés de pensar em causas dos “suicídios”, pode ser mais interessante buscar perceber as relações e movimentos que fazem com que estas pessoas morram para nós e atentar para os sentidos destes movimentos. Além disso, parece que buscar costurar o sintoma à pessoa, aqui, só serve à patologização do fenômeno, à sua caracterização como desvio social e à negação de múltiplos universos e agências. Até porque, para costurar o sintoma à pessoa, é preciso presumir que estes estejam separados de alguma forma. Parece que a costura, mais do que juntar, só faz esconder essa separação.

Na verdade, parece-me que as explicações de alguns psicólogos e psicanalistas com quem conversei para os suicídios, de uma forma ou de outra, também colocam em questão a intencionalidade e responsabilidade da pessoa que se suicida sobre seu ato e atribuem a agência a fatores externos ao sujeito ou a forças que o atravessam: “É o álcool que leva a pessoa a se matar ou lhe dá força para passar ao ato”; “Eles se matam por causa da cultura deles”; “É por causa da depressão”; “Eles se matam por causa do contato com a cultura dos não indígenas”; “O sujeito passa ao ato movido por forças inconscientes”. Fazendo uma brincadeira, se levo a sério o que disseram alguns colegas e considero que há um único universo e que paranoico é quem atribui um conflito interno ou a própria agressividade a terceiros, fico tentada a concluir que essa forma dos psicólogos e psicanalistas pensarem também é um tanto quanto paranoica: presumem que eles é quem sabem dos perigos reais do mundo, enquanto todos os outros se enganam. Além disso, a forma mais comum de falar sobre o tema também seria sintomática: estratégias de enfrentamento ao suicídio, luta pela valorização da vida. São gritos de guerra.

Assim, parece-me que o que diferencia as compreensões desses psicólogos e psicanalistas e as compreensões xamânicas dos “suicídios” se deve menos ao fato de atribuir o infortúnio a forças externas ou a terceiros e mais ao estatuto ontológico outorgado a esse terceiro. Isso me levou a perceber que, na verdade, a maior parte das definições de suicídio também carrega esse dilema sobre a intencionalidade e responsabilidade do sujeito sobre seu ato. Contrapondo o suicídio a maneiras “normais” de morrer, afirmam a intencionalidade do sujeito sobre seu ato ao mesmo tempo em que negam sua responsabilidade, ao buscar causas universais que seriam extraindividuais (fatores químicos, genéticos, sociais, econômicos etc.) (MÜNSTER; BROZ, 2015)²⁴⁰.

3. Homicídio?

A constatação de que as concepções *psi* ou biomédicas a respeito do suicídio também carregam uma ambivalência em relação à agência, intencionalidade e responsabilidade do sujeito sobre sua própria morte ofereceu-me novas nuances para escutar aquilo que as pessoas indígenas falavam-me a respeito dos enforcamentos e envenenamentos. Dei-me conta que “homicídio” tampouco era um conceito suficientemente bom para traduzir como me descreviam que aquelas mortes haviam ocorrido. A saber, percebi que a questão não era exatamente que

²⁴⁰ Como apontam Münster e Broz (2015), a própria definição do CID-10 (Classificação internacional de Doenças publicada pela OMS) classifica o suicídio como “Lesão autoprovocada intencionalmente”, mas coloca-o no capítulo “Causas externas de morbidade e mortalidade”, junto a homicídios, acidentes de carro e outras mortes que não seriam naturais.

tais mortes mais se aproximam de homicídios do que de suicídios, mas sim que tais mortes são concebidas como causadas pela ação de terceiros e *também* como autoinfligidas; parece haver um reconhecimento de que acontece um ato sobre si mesmo, mesmo que este ato seja provocado por outrem.

Ademais, percebi que, tanto nas conversas com pessoas indígenas, quanto nas conversas com profissionais do DSEI e psicanalistas, em algum momento da conversa, a questão da morte autoinfligida aparecia como um acontecimento que beira o impensável. Com isso, apareceu uma questão importuna: como traduzir o impensável?

Se, por um lado, a impensabilidade do “suicídio” coloca-nos diante da inefabilidade de determinadas experiências – e, por isso, pode ser extremamente incômoda – por outro, ela constitui-se como ponto de interface que possibilita alguma comunicação entre mundos vividos distintos. No entanto, tal comunicação hesita em inscrever-se como palavra – e não apenas devido às dificuldades de tradução entre diferentes línguas e mundos vividos, mas também devido à dificuldade em aproximar-se das vivências daqueles que sentem-se atraídos pela força ou pelo veneno. Por isso, talvez, antes de qualquer tradução suficientemente pregnante, imponha-se o contato, um tatear junto ou *sentir-com* que pode acompanhar comunicações verbais mas não depende delas.

Às voltas com essa questão, fui percebendo que achar que o problema do cuidado intercultural em situações de “suicídio” seria de ordem eminentemente tradutiva talvez fosse um engano. Fui me dando conta que as questões que me inquietavam não se limitavam a problemas tradutivos ou interpretativos, mas diziam respeito aos campos relacionais que fazem com que estes problemas emerjam. Como veremos no próximo capítulo, ao conversar com amigos hup, os problemas tradutivos na atenção diferenciada apareciam como uma questão fundamental. Entretanto, esta questão só fazia sentido quando percebida como figura em um fundo mais abrangente: as formas com que os profissionais do DSEI-ARN dispunham-se a estabelecer relações com as pessoas e comunidades hup. Em suas falas, o problema da tradução aparecia principalmente como uma decorrência da dificuldade de estabelecer vínculos de confiança, de temporalidades dessintonizadas, de ausência de convivência, de comunicações invasivas, de falta de interesse, de falta de respeito, de falta de comensalidade etc.

Com isso, percebi que o “nó” da questão talvez não seja apenas *entender* o que são os enforcamentos e envenenamentos para as pessoas hup e o que são os enforcamentos e envenenamentos para os profissionais de saúde, para então buscar tornar tais concepções e experiências mutuamente inteligíveis. Quando focamos primeiramente ou apenas nos problemas tradutivos, criamos algumas armadilhas que podem dificultar que o cuidado

aconteça. Podemos, por exemplo, pensar que, a partir do momento que entendermos melhor “a” cosmologia e “o” sistema médico hupd’äh, os problemas do cuidado intercultural de situações de “suicídio” estarão resolvidos. Ou, ainda, podemos postular uma incomensurabilidade entre mundos vividos distintos, ficando desesperançosos com a possibilidade de um cuidado efetivamente intercultural ou buscando resolver a impossibilidade de comunicação a partir de soluções teóricas demasiado distantes dos mundos vividos em questão.

Talvez, antes de buscar entender, seja importante buscar *aproximar-se* ou *avizinhar-se* dos mundos vividos hupdäh, o que só é possível fazer a partir do estabelecimento de relações afetivas com as pessoas, seus territórios, seu cotidiano, suas histórias etc. Daí, sim, talvez possam constituir-se entendimentos a respeito dos problemas envolvidos nas situações de “suicídio” que ofereçam caminhos de cuidado pertinentes. Tais entendimentos, vale notar, não necessariamente serão os mesmos para as diferentes pessoas e coletivos implicados nestas relações. E talvez não precisem ser os mesmos.

Afinal, por que é importante que nós profissionais *psi* ou profissionais de saúde aproximemo-nos dos mundos vividos hupd’äh? Certamente não é para colocar aquilo que escapa ao nosso entendimento e que diverge de nossas compreensões de adoecimento e cuidado na “caixinha” da cultura e seguir mobilizando as mesmas propedêuticas de antes. Também não é para adquirir mais ferramentas de forma a promover uma maior adesão às nossas formas de cuidado. Mas tampouco é para que adiramos às maneiras hup de cuidar. Aproximarmo-nos dos mundos vividos daqueles com quem buscamos tecer um cuidado é importante pois permite estabelecer relações de implicação e afeto – relações estas que, se de fato são implicadas e afetivas, transformam-nos na medida em que passam a nos constituir como pessoas e profissionais. A disponibilidade de efetivamente aproximar-nos é uma maneira de oferecer-nos para sermos criados como alguém-para-o-outro, o que não apenas possibilita que o outro se torne de fato alguém-para-nós, mas também abre a possibilidade de entrarmos em contato com os outros que nos habitam.

Talvez, o nó da questão esteja em buscar onde e como é possível constituir um “nós”²⁴¹ – um “nós” que não necessariamente implique um entendimento comum a respeito do sofrimento ou dos processos que o engendram, mas que sustente-se em uma busca conjunta de caminhos de cuidado que façam sentido para as diferentes pessoas implicadas. Os sentidos, nesse caso, não estão dados *a priori*, mas emergem das próprias relações estabelecidas. Mais

²⁴¹ Um “nós” que seria ora inclusivo, ora exclusivo, permitindo a inclusão ou exclusão do interlocutor a depender do problema, do contexto e do caminho de cuidado em questão.

do que isso, talvez o nó da questão consista em buscar como estabelecer relações de amizade²⁴² que sustentem o cuidar e sirvam de esteio para as traduções que se fizerem necessárias para tal.

Se, por um lado, não precisamos necessariamente partir de uma compreensão comum a respeito das situações de “suicídio” para buscar caminhos de cuidado fecundos, por outro, precisamos constituir lugares que sustentem nosso caminhar. Parece-me que um lugar possível é a experiência de amizade, na qual, sentindo-com-o-outro, transbordamos – experimentamos uma simultânea aproximação e deslocamento de nós mesmos junto ao outro.

Além de constituir-se como um lugar que permite a aproximação mútua de mundos vividos distintos, a experiência de amizade pode ser um antídoto para nomeações ou intervenções precipitadas e potencialmente violentas. Isso me parece ser especialmente importante para aproximar-nos de situações de “suicídio”, cujos relatos apresentam o que pode significar ser destituído da possibilidade de vir a ser alguém para outrem.

Se entendemos que existir é existir para alguém, ser destituído da possibilidade de vir-a-ser-alguém-para-alguém é mais que doloroso, é uma experiência de horror e agonia – um horror da dissolução de si mesmo (um si mesmo, vale reiterar, irremediavelmente constituído por outros) e uma agonia enclausurante da dissolução dos sentidos que dão densidade aos mundos vividos compartilhados com outros. Quando a nomeação ou a intervenção são impositivas, dessintonizadas ou demasiado distantes do idioma pessoal da pessoa que está em sofrimento, acabam por repetir experiências de destituição e impossibilitar a constituição de sentidos encarnados e efetivamente compartilhados. Com isso, podem inclusive acelerar os movimentos potencialmente fatais que lançam a pessoa em direção a outros mundos vividos.

Cada vez mais, parece-me que as relações de amizade são indispensáveis para que algum cuidado intercultural aconteça. Não se cuida de qualquer um e não se é cuidado por qualquer um. Durante nossas conversas, meus amigos do rio Negro apontavam para a

²⁴² Quando falo de amizade, penso na maneira com que Agamben “define” tal experiência. Ao comentar um tratado de Aristóteles sobre a amizade – no qual o filósofo parte do pressuposto de que sentir que vivemos é, em si, doce e que, con-sentindo, experimentamos e desejamos a doçura como um bem não apenas em relação a nós, mas também em relação aos amigos – Agamben escreve: “Nessa sensação de existir insiste outra sensação, [...] que tem a forma de um con-sentir (*synaisthanesthai*) a existência do amigo. A amizade é a instância desse con-sentimento da existência do amigo no sentimento da existência própria. Mas isso significa que a amizade tem uma condição ontológica e, ao mesmo tempo, política. A sensação do ser é, realmente, já sempre dividida e con-dividida, e a amizade nomeia essa divisão. Não há aqui nenhuma intersubjetividade – essa quimera dos modernos –, nenhuma relação entre sujeitos: antes, o ser mesmo é dividido, é não idêntico a si, e o eu e o amigo são as duas faces – ou os dois polos – dessa con-divisão. O amigo é, por isso, um outro si, um heteros autos. [...] O amigo não é um outro eu, mas uma alteridade imanente na mesmidade, um devir outro do mesmo. No ponto em que eu percebo a minha existência como doce, a minha sensação é atravessada por um con-sentir que a desloca e deporta até o amigo, até o outro mesmo. A amizade é essa dessubjetivação no coração mesmo da sensação mais íntima de si. [...] Os amigos não compartilham alguma coisa (um nascimento, uma lei, um lugar, um gosto): eles são con-divididos pela experiência da amizade.” (2012, p. 4-5)

importância de que o cuidado se constitua a partir de relações em que se é alguém para outro alguém. Mas como é possível estabelecer relações dessa qualidade na atenção básica diferenciada, em que os profissionais ficam pouquíssimo tempo nas comunidades e, no tempo em que passam lá, têm muitas tarefas a executar e “incêndios” a apagar? E mais, como estabelecer este tipo de relação quando o cuidado se insere em um modo de atenção à saúde atravessado pela impessoalidade que estrutura os serviços oferecidos pelo Estado?

CAPÍTULO 6

Recomeços de conversa

Nos meses de março e abril de 2022, com alguns amigos hup, voltei à São Gabriel da Cachoeira para conversar sobre o que já tinha escrito e para fazer entrevistas. Como já havia acabado o período de férias escolares, havia poucas famílias hupd'äh na cidade. Acabei conversando principalmente com Américo Socot, suas filhas, filhos e cunhados, que moram num sítio a uma hora de rabeta da cidade, mas vão à São Gabriel com frequência.

De segunda a sexta, Américo viaja à São Gabriel para levar uma de suas filhas à escola, fazer compras e auxiliar parentes em trâmites burocráticos com documentação, benefícios sociais, acesso às contas bancárias etc. Em alguns dos dias que iam à cidade, eu os encontrava no porto Queiroz de manhã cedo e acompanhava-os pelos labirintos burocráticos na cidade. Almoçávamos juntos e, depois de descansarmos um pouco, eu ligava o gravador e começávamos as entrevistas, deitados na rede ou sentados em torno da mesa tomando um café.

Algumas entrevistas foram feitas no sítio de Américo e Isabel, sua esposa, onde me convidaram para passar alguns dias. Ali, geralmente realizávamos as entrevistas sob os açazeiros no terreiro da casa de Américo, acompanhados por Isabel, seus filhos, netos e parentes da comunidade de Santa Cruz do Cabari, que estavam acampados ali havia alguns meses para resolver questões de documentação na cidade. Durante as entrevistas, os parentes de Américo participavam, fazendo comentários em português ou em hupd'äh.

Apesar de ter entrevistado alguns de seus parentes, as entrevistas que apresentarei a seguir foram quase todas realizadas com Américo. Além de ser a pessoa com quem criei maior intimidade, Américo era quem se sentia mais à vontade para conversar longamente em português comigo. Seus filhos, filhas e cunhados falam fluentemente o português, mas não pareciam sentir-se tão à vontade para responder às minhas perguntas quanto Américo. Pareciam sentir-se mais à vontade comentando aquilo que ele dizia. As mulheres mais velhas que estavam ali preferiam falar em hupd'äh, o que, dado meu praticamente nulo entendimento da língua, impossibilitava as entrevistas (tendo em vista que eu não teria tempo para fazer as entrevistas em hupd'äh e posteriormente traduzi-las).

Parece-me que Américo sentia-se mais à vontade para fazer as entrevistas comigo, pois, além de ser mais velho e falar fluentemente o português, é uma liderança acostumada a fazer a mediação com não indígenas e trabalha há décadas com questões relacionadas à saúde. Por muitos anos, Américo foi Conselheiro Distrital de Saúde, trabalhou em projetos da Associação Saúde Sem Limites e acompanhou antropólogos em seus respectivos trabalhos de campo. Além

disso, Américo é alguém particularmente preocupado com a questão dos “suicídios” nas comunidades hup. Há muitos anos, vem investigando essa questão e anotando em um caderno todos os casos, dos quais tem notícia, de enforcamento e envenenamento por timbó que acontecem em comunidades nos rios Tiquié e Japu.

Como já mencionei anteriormente, a apresentação das entrevistas não visa oferecer respostas ou esclarecimentos a respeito dos “suicídios” que vêm ocorrendo nas comunidades hup, mas sim apresentar a complexidade da temática e alargar o campo de questões passíveis de serem formuladas.

1. Trabalhar junto para aprender

As pessoas hup com quem conversei expressaram grande desconfiança em relação às intenções e intervenções realizadas por psicólogos e demais profissionais da saúde para lidar com a questão do suicídio nas comunidades hupd’äh. Tal desconfiança expressa-se na seguinte fala de Américo:

Psicólogo vem fazer relatório, pediu dinheiro por causa do nome do suicídio, suicidão. Falaram que a gente ia trabalhar junto. Desde então morreram já 40 pessoas em Santa Cruz do Cabari. Não voltaram mais. Eu fiquei com dúvida pra essas pessoas. Pessoal do DSEI faz escondido. Isso não dá. Tem que compartilhar planejamento, prestação de contas... Pessoal faz projeto, estoura balão e aí some. Na comunidade de Santa Cruz do Cabari, meu cunhado Thiago, que é agente de saúde, fala do mesmo jeito: “estão mentindo pra nós, Américo”. (Transcrição de conversa com Américo Socot em 30/03/22)

Além disso, Américo apontou para o desconhecimento que os profissionais de saúde têm dos mundos vividos hupd’äh, avaliando que há um evidente desinteresse por parte das equipes do DSEI em aprender e trabalhar junto com as comunidades. Quando lhe perguntei o que achava das intervenções do DSEI-ARN para cuidar dos suicídios, Américo respondeu em tom severo:

Essas equipes de psicólogos não fizeram nada. Eu não me engano com isso aí. A equipe chegou com meu cunhado, que é agente de saúde. Ele falou que a equipe chegou, ficou olhando, foi falando, perguntando quantas pessoas morreram, anotando e foram embora. Esses psicólogos não consideram nada pras pessoas, não fazem nada. Eu digo assim. Quando a equipe vem na comunidade, eu digo assim mesmo pra eles. Esses psicólogos não trabalham nada. Só pensam na família deles. Faz projetinho, aí suicídio morre, eles fazem uns relatórios lá. Eles não fizeram nada. Falta consideração, falta conselho, falta palavra boa. Eles não dão nada. Vêm, olham a comunidade, olham, só isso. Eles não têm interesse pra gente, não tem interesse pra dar nada, você vai ver quando você entrevistar o pessoal nas comunidades. Vem

a equipe de saúde, eles perguntam quantas pessoas morreram, colhe lâmina, só isso. Eles já viram a realidade da comunidade? Não viram nada! É do mesmo jeito aqui no Parauari. Os parentes sofrendo. A gente fala um monte de coisa, o que que acontece, o que que eles precisam, e ninguém ouve nada, ninguém faz nada, ninguém dá nada. Eu lembro quando começaram as equipes de saúde, eu nunca vi os psicólogos fazerem nada. Ele não quer saber a minha língua, ele não quer fazer cartilha na minha língua pra pensar o suicídio. Muita gente não sabe ler, mas quem sabe ler vai ler. Eu penso assim. Por isso que eu falo que não dá pra trabalhar escondido. Escondido, não pode. [...] Eu quero que quem trabalhar pergunte sobre meu povo. Que venha equipe de saúde direto, antropólogo direto, pesquisador direto pra perguntar. Se não souber falar Hupd'äh eu traduzo pro Tukano. [...] A minha vista é assim: a equipe de saúde, os brancos, não sabem hupd'äh, não têm interesse na gente, não têm ideia, não querem trocar, por isso é assim mesmo. Eu vi isso mesmo quando vem a equipe do DSEI. Eles não fizeram nada. É só você perguntar pras pessoas nas comunidades, eles vão falar isso, você vai ver. [...] Ninguém quer aprender minha língua, não querem ensinar o português pra gente. Tem que aprender e ensinar pra gente trabalhar junto. Não é ficar um dia, dois dias e voltar só depois de meses, assim não dá nada. (Transcrição de entrevista realizada com Américo Socot em 03/04/22)

Américo e outros interlocutores ressaltaram inúmeras vezes que qualquer intervenção no campo da saúde e da assistência social tem de ser formulada e empreendida com as comunidades hupd'äh para que seja adequada a suas realidades específicas e não a uma indigenidade ou humanidade genérica:

Tem que trabalhar junto pra aprender. Não dá pra aprender antes. Vai trabalhando junto e vai aprendendo. (Transcrição de entrevista realizada com Américo Socot em 30/03/22)

Nós somos diferentes. Minha língua é diferente, minha imagem é diferente, minha comida é diferente, minha casa é diferente. O branco sabe, o tukano sabe. (Transcrição de entrevista realizada com Américo Socot em 31/03/22)

Durante as conversas, foram aparecendo algumas “pistas” de como tornar possível trabalhar e aprender junto. Álvaro Socot, filho de Américo, ficou hospedado, por alguns dias, na casa onde eu estava morando em São Gabriel. Durante os jantares, Álvaro ia me dando algumas “deixas” como esta: “você falou que os psicólogos gostam de conversar e escutar. Pra conversar bem, tem que sentar junto, comer junto, beber junto. Os jovens têm vergonha de falar. Só vão falar assim, quando a gente tá comendo uma comidinha, bebendo um caxirizinho. Senão não fala nada”.

*

Percebemos nessas falas que os desafios na atenção à saúde intercultural aparecem como questões *relacionais*, antes que epistemológicas. A saber, se consideramos que as

epistemologias são fundadas em relações, a incerteza e desconfiança em relação ao cuidado oferecido pelo outro não se apresenta como problema epistemológico, mas sobretudo relacional. A doença, como veremos adiante, também aparece como um “objeto” relacional (e não uma representação de algo dado), de forma que as relações estabelecidas se tornam condição de possibilidade para o cuidado e para que haja alguma eficácia terapêutica²⁴³.

Tais apontamentos ganham ainda mais sentido quando compreendemos que os processos de cuidado e adoecimento nos mundos ameríndios estão intimamente relacionados a processos de familiarização, a saber, que a feitura dos corpos e a ativação de capacidades por meio de incorporações de cuidados, afetos, disposições e substâncias promovem o aparentamento. O adoecimento acontece no momento em que a humanidade compartilhada com parentes está em risco por causa da iminência de outros aparentamentos e suas metamorfoses nos afetos do corpo. Assim como os processos de adoecimento, os processos de cuidado também implicam metamorfoses e capturas. Ser acolhido e cuidado por alguém em determinado lugar implica apreender e deixar-se apreender por essa perspectiva – o que provoca uma série de transformações.

2. *Náw ibiy*

Em uma de nossas conversas, contei a Américo que tinha lido o trabalho de Lirian Monteiro (2011), que discute a ideia de *Náw ibiy*, termo empregado pelos hupd’äh da comunidade de Barreira Alta e traduzido pela autora como “fazer bem” ou “viver bem”. Perguntei a Américo qual era o sentido de *Náw ibiy* para ele, ao que respondeu e desenhou:

É quando ele fica bem, a vida dele fica bem. *Náw ibiy* é vida boa. É a vida do respirador, o *háwäg*. Não é a vida do corpo não. É só a vida do respirador. Aqui [põe a mão no coração] é vida boa. Esse aí toca pra nós coração, aí depois imagem vai tocar. Se parado aqui coração, aí não tem vida não. Tá ruim vida, fica triste, tá ruim mesmo. Fica triste, saudades, vida não tá concordada não. É como eu dizia, às vezes, tá triste, sem comida, sem roupinha, sem documento. Esse é triste. Às vezes, não consegue escutar conselho. Isso é vida triste. Vida ruim. (Transcrição de entrevista realizada com Américo Socot em 30/03/22)

²⁴³ Tal compreensão nos permite formular questões importantes a respeito dos “suicídios”: o que, ou quem, torna as mortes por enforcamento ou envenenamento “existíveis”? Quais práticas, dispositivos e teias relacionais trazem esses fenômenos à existência? Os corpos e adoecimentos são feitos visíveis para quem e sob quais condições? O que estar sob os cuidados de profissionais de saúde não indígenas pode produzir? Recusar ou aceitar com (significativas) ressalvas os cuidados *psi* pode ser uma forma das famílias, comunidades e pessoas construírem seus itinerários terapêuticos, modulando as capturas, conexões, desconexões, visibilidades e opacidades que se desvelam nos encontros. Agradeço à antropóloga Valéria Macedo, que me ajudou a formular tais questões.



Figura 5. Desenho de Américo Socot (30/03/22).

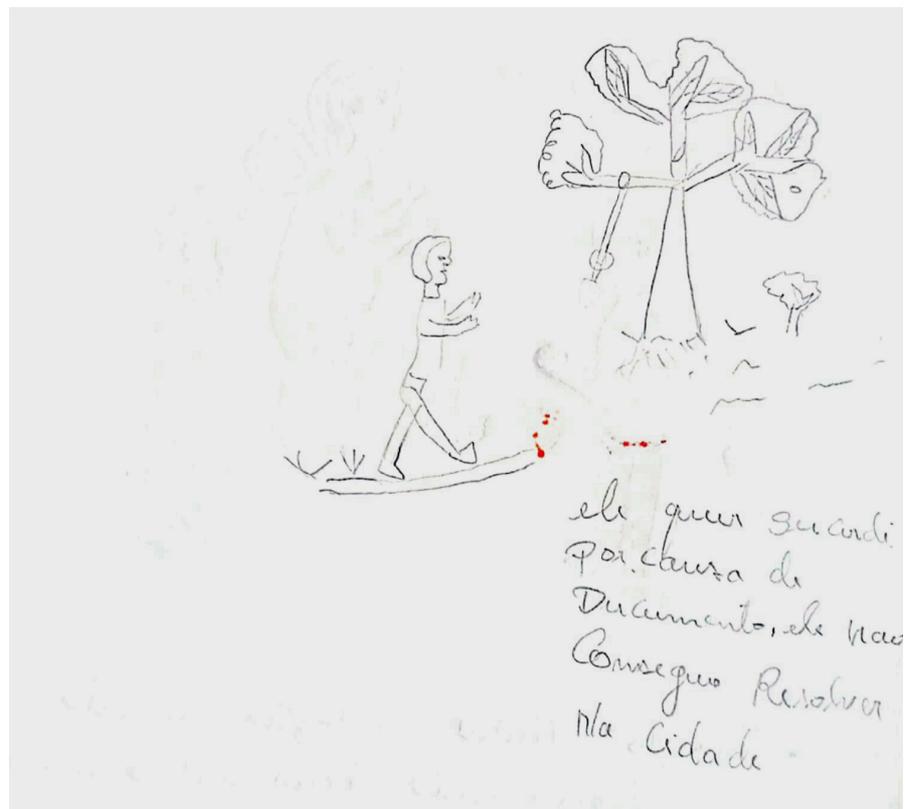


Figura 6. Desenho de Américo Socot (30/03/22)

Alguns dias depois, estava folheando um dicionário Hupd’äh (RAMIREZ, 2006) que Karmem, filha de Américo, emprestara-me e deparei-me com a seguinte expressão: *hãwäg hi*

hũ', traduzida no verbete como “estar triste”. Fiquei especialmente interessada, pois, numa tradução mais literal, teríamos algo como “terminar/acabar (*hũ'*) o coração/sopro-vital (*hãwäg*)”. Perguntei a Américo se era assim que ele falava “estar triste”. Ele disse que sim, que essa era uma possibilidade, e explicou que o estado *hãwäg hi hũ'* deixa a pessoa mais vulnerável e confusa, relacionando esse estado a pensamentos de morte:

Hãwäg hi hũ', coração, pensamento, memória ruim. Primeiro pensando ele triste. Duas semanas, um mês, fica triste. Eu não sei a vida dele, às vezes, ele não consegue respiração, às vezes, ele quer alguma coisa, não consegue comer... Se a gente planta na roça, aí fica bem, não fica triste, não. Sem comida é dificuldade. Se pesca a noite toda, quando volta, não conseguiu nada aí fica triste. Sem dinheiro pra comida, aí fica triste. [...] Por isso, ele triste primeiro. Quando ele triste, vem uma... triste outras coisas pra viver, bom e ruim. Depois ele começa pensar feio. Alguma coisa, problema, dificuldade pra ele, aí fica feio respiração. Aí vem chegando pra ele pra pensar, consegue pensar desse caminho, desse jeito, pra pegar timbó. “Eu queria morrer logo”, ele diz, pensando esse triste. “Eu quero morrer”. Onde vem, pensamento vem na cabeça. Vem aqui no coração, perdeu memória dele, aí consegue de pensar de tirar timbó na roça. O planta, timbó, eu falei né. (Transcrição de entrevista realizada com Américo Socot em 08/04/22)

*

Para entender as palavras de Américo a respeito da dificuldade em cultivar um viver bem nas comunidades hup, é preciso considerar os processos sócio-históricos que produziram transformações no território e nas condições e modos de vida hup. Como apresentei na introdução, os hupd'äh vêm passando por um processo de transformação social muito intenso nos últimos 40 anos. As redes de trocas dos hupd'äh foram e vêm sendo cada vez mais desestruturadas em muitos níveis: trocas comerciais, rituais com outros indígenas, com não indígenas, com não humanos etc.

Temos de levar esses processos de colonização, genocídio e etnocídio em consideração para entender o que Américo diz quando fala que as pessoas estão tristes porque estão “sem comida, sem roupinha, sem documento”. Isso pode parecer óbvio para muitos, mas é bastante comum que as vulnerabilidades psicossociais que os hupd'äh enfrentam sejam concebidas como qualidades *a priori* e não como consequência das violências coloniais. Comumente, tais processos são obliterados pelos profissionais de saúde e gestores – obliteração essa que geralmente produz compreensões e intervenções individualizantes, patologizantes e moralistas. Frequentemente, por exemplo, fala-se que os jovens estão sem perspectivas de futuro, considerando que isso se deve à falta de escolarização, às dificuldades de inserção no mercado de trabalho, às diferenças intergeracionais, à falta de interesse e empenho dos jovens etc., sem,

no entanto, considerar quais processos históricos produziram as atuais condições de vida e delimitaram horizontes de futuro.

Entretanto, não basta apenas considerar as violências coloniais e suas atualizações nos processos de adoecimento e cuidado. É necessário se atentar para como os diferentes povos, comunidades e pessoas viveram, vivem e pensam a respeito dos processos coloniais e suas transformações. Quando escutamos o que as pessoas hup têm a dizer, percebemos que o contato com não indígenas tem engendrado problemas de ordem xamânica, da formação da pessoa humana e da produção do parentesco. Aqui, a questão da desumanização em termos de dignidade ou de direitos humanos se diferencia e se articula à questão da humanidade em termos ameríndios, de devir-outro²⁴⁴.

A busca de documentos na cidade, por exemplo, não é apenas uma questão de busca por cidadania, mas também articula questões relacionadas ao xamanismo, à mobilidade territorial e ao manejo de relações assimétricas com outras gentes. Rafael Silva nos ajuda a entender esse ponto quando discute termos hupd'äh para referir-se à carteira de identidade: *pib k'ep*, que pode ser traduzido como “folha de força” e *núh k'ep*, cuja tradução literal seria “cabeça de folha” (2017, p. 231). Quando Silva perguntou a Américo Socot sobre a “folha de força”, este lhe respondeu:

Folha de força, ele tem poder. A identidade. Cidade, ele tá ajudando, ele tá chamando *pib k'ep*. Força, significa. Quando ele for São Gabriel ele ajuda, ele precisa pra mim. Cadê o identidade? Aí mostra. Eu falei né, sem identidade não tem o nome no cartório, né. Sem identidade, olha aqui animal! Animal não tem identidade, não tem força, né! Não registraram no cartório, os animais domésticos. Eles não têm força, identidade. Essa identidade do branco. Sem identidade não dá pra passear em São Gabriel. Como eu, tirei registro do nascimento no cartório do Brasil. Se eu tenho identidade. Se eu tenho o identidade, eu tirei registro de nascimento, título de eleitor, CPF, tudo. Se eu não tenho identidade, ele não sabe pra mim. Pessoal do cartório conhece animal doméstico? Ele não conhece. Mesma coisa sem o identidade. Se eu não tenho identidade, ele não conhece de mim. Não conhece, nem Brasília, nem Manaus, até São Gabriel não conhece. Igual dos animais. Se eu tenho, aí tem poder. Ele precisa, branco pra mim. Cadê a identidade? Tá aí. Uma vez como que chama meu parente, o Odilón. Ele perdeu o identidade toda vez, quatro vezes. Aí o policial falou, você é animal, vai viver pra fora no mato. Tem que viver no mato, você não sabe cuidar identidade. Ele falou, onde você fica, vai pra fora, ele dizendo. Vai viver no mato, ele dizendo. Esse é o poder do “*pib k'ep*”. Poder do branco! Se você não tem identidade, não pode entrar aqui na minha área. Se você tem assinatura, aí vem, né. Se não tem, não vem, não. (*Ibidem*, p. 231)

²⁴⁴ Agradeço ao antropólogo Miguel Aparício, que me ajudou a formular tais questões.

Silva, a partir da fala de Américo, aponta que, na cidade, sem a folha de força, você é como um xerimbabo, um animal doméstico, sem poder. O xerimbabo é aquele que faz trabalho para os “donos”, que depende dos “donos” para se manter vivo. A folha de força não é apenas um emblema de identidade cívica que permite distinguir “marginais” de “cidadãos”, mas também permite aos hupd’äh proteger-se e mediar a relação com os brancos, frequentemente designados como *yo’òm ìh*, termo que poderia ser traduzido como “dono”, “chefe” ou “patrão” – gentes poderosas e potencialmente perigosas.

Contudo, há muitos outros *yo’òm ìh* além dos brancos, tanto na cidade quanto na floresta (até porque, dizem algumas pessoas hup, a floresta também é cidade). Por isso, caminhar pela cidade e pela floresta requer uma série de cuidados que promovam o fortalecimento e a proteção dos caminhantes (RAMOS, 2013). Como veremos adiante, na cidade, as pessoas hup ficam com menos instrumentos de proteção e fortalecimento e, portanto, mais vulneráveis à agência de outras gentes. Além disso, a diminuição da mobilidade pela floresta também tem enfraquecido as pessoas.

Como aponta Bruno Marques (2021), caminhar pela floresta tece a pessoa hup, física e xamanicamente. As potências vitais que constituem a pessoa hup são ativadas pelas relações que se estabelecem no e com o território. Os caminhos percorridos são profundamente relacionais – tecem as relações entre os diferentes clãs e com outras gentes e perfazem os caminhos percorridos por *K’ég Téh* e pelos antigos. No entanto, a atuação missionária e, posteriormente, determinadas políticas públicas foram fixando cada vez mais as famílias em comunidades e diminuindo a circulação pelo território. Todavia, não foi só a vida dos hupd’äh que mudou. A própria terra mudou – há novas doenças adentrando a floresta, há menos caça do que antes, as árvores estão dando menos frutos do que antes... Assim, fica mais difícil de passar longos períodos em acampamento de caça. Esse, aponta Marques, é mais um fator que contribui para as famílias irem para a cidade e não para o mato durante as férias escolares.

3. Os jovens estão fracos

É muito comum ouvir, no Alto Rio Negro e em outros contextos indígenas, que os jovens estão fracos. No entanto, o que isso quer dizer no caso dos jovens hupd’äh? Pelo que pude entender, a fraqueza dos jovens parece ser um problema eminentemente relacional – diz respeito às relações com parentes, antepassados e com outras gentes como os brancos e outros seres que habitam a cidade e a floresta. A saber, “estar fraco” não aparece nas falas das pessoas com quem conversei como sinônimo de estar em situação de vulnerabilidade psicossocial tal qual esta é geralmente concebida no campo da saúde ou da assistência social, mas sim como

uma determinada disposição relacional que faz com que essas vulnerabilidades incidam de forma mais nociva sobre os jovens.

A seguinte fala de Américo nos ajuda a compreender melhor esse ponto:

Os jovens estão fracos. É diferente de quando eu era criança. Quando eu era criança, eu estava assim mesmo, pescando, com amigos, brincando, tomando banho, passeando, alegria, conversando, ficava com meu pai, brincava, gostava de pescar, escutava os conselhos do meu pai, entendia quando ele me ensinava. [...] Não brigava com colegas, não bagunçava, respeitava os outros. Agora os jovens estão fracos. Fica todo mundo triste, não quer aprender, não quer amigo nem prazer. Eu não era assim. Quando vinham na minha casa, eu dava chibé, se tinha comida eu dava pedaço de peixe... Era diferente. Agora eu dou conselhos pros meus filhos fazerem do mesmo jeito. Eu ajudo os outros na cidade com documentos. Mas agora os jovens tão fracos. Dormem demais. Os velhos não estão benzendo com tabaco, tá esquecida nossa cultura, nossos costumes, não banham nada, têm inteligência fraca, ficam fraquinhos, ficam lembrando "quero morrer". (Transcrição de entrevista realizada com Américo Socot em 03/04/22)

Na percepção de muitas pessoas mais velhas, a fraqueza dos jovens se manifesta principalmente nos seus comportamentos e nas formas de se relacionar com os outros. Os mais velhos dizem que os jovens estão esquecidos, não ouvem conselhos, não observam certas prescrições e restrições alimentares e sexuais, não tomam certos cuidados cotidianos com o corpo, brigam com seus familiares, sovinam e ficam excessivamente tomados por desejos pelos “materiais” dos brancos:

Os jovens estão esquecidos. Eu vou falar outras coisas. Na época dos antigos, meu pai trabalhava bem sem materiais dos brancos. Ele não vinha pra cá, meu pai só ficava na floresta. Sabia benzer bem, vomitando assim, assim, ele prática igual medicamento, ele pensando. E pra cá, vim pra cá, eu sou filho da geração dele. [...] Antes de descer pra cá, não era assim. Ficava bem lá, com nossos materiais, pra lá no meu território, ficava lá. Ninguém ajuda não, os velhos estão acabando. Nós, os filhos, eu tô aqui mesmo com você. Com materiais como celulares, televisão, rabeta, vem na cidade, olhando pra vocês, olhando como tá vivendo o branco na cidade. Aí perdida a nossa cultura quase. Eu não perdi não, eu estou lembrando. Meu pai sabia caçar, eu também caço, meus filhos sabem caçar, fazer aturá, acordar três horas da madrugada... Mas agora eu venho pra cá e materiais do branco a gente nós dependendo. Filme estragando os olhos, ouvidos, não dá pra segurar não nossos materiais da cultura. Eu penso assim. Esse material vem de São Paulo, de outro país... Aí ficamos olhando televisão, filme, celular, luz, luz, luz e não quer mais nada. Todo mundo sabe isso, Tukano sabe, Baniwa sabe. Só pra te lembrar. Agora a gente vai ter que levantar a nossa cultura pra continuar, pra não esquecer. Materiais esquecidos, *carissu* também nada, *mawaco*. (Transcrição de entrevista realizada com Américo Socot em 07/04/22)

Quando diz que “os velhos estão acabando”, Américo se refere à percepção de que há cada vez menos velhos que saibam benzer bem, fazer encantamentos xamânicos fortes e que lembrem bem das histórias dos antigos. Com poucos velhos, é muito mais difícil fazer crescer jovens fortes, dado que os comportamentos e as disposições relacionais dos jovens associam-se ao fato de que eles não estão devidamente constituídos e protegidos por benzimentos, festas rituais e cuidados cotidianos. Vale notar que a feitura de pessoas fortes depende de práticas de cuidado cotidianas e não apenas de rituais – depende da alimentação, das conversas, da troca de substâncias, das caminhadas, da convivência, dos benzimentos feitos no dia a dia etc. Mais que isso, as práticas rituais não são apartadas do cotidiano, mas nele se misturam. É importante ressaltar esse ponto, pois é comum, especialmente no campo *psi*, tomar o ritual como algo apartado do cotidiano e considerar que o cuidado e a cura são feitos majoritariamente por “especialistas”.

Durante nossas conversas, Américo explicou-me que a fraqueza dos jovens é um problema que remonta ao nascimento e à constituição da pessoa ao longo de sua vida:

Os velhinhos eram assim mesmo, cuidavam bem da vida. Agora está piorando, as crianças não estão bem, estão fraquinhas, não estão ouvindo os pais. Antigamente tinha benzimento forte. Tinha benzimento forte no parto. Benzia bem no parto pra criança crescer forte. Aí fica melhorando vida. Agora é outro dia, mudança vida. Criancinha já tem filho agora, com dez, doze anos já tem filho já. Na época antes, só mais velho tinha filho, de 20 pra cima. Agora não. Vai piorando a saúde. Parentes da comunidade hupd’äh estão assim. Agora assim, pequenozinho, com oito, dez anos já tá bebendo. Bebe demais, cheira gasolina, caxiri sem controlar... Tem que alimentar e banhar primeiro, depois vem o caxiri. Se não alimentar primeiro, fica ruim. Antes de tomar caxiri, tem que organizar bem, tem que benzer. Mas agora esses meninos não estão conseguindo benzer nada. Por isso que tá bagunçado, fazem besteira, suicídio, e aí já foi essa vida, perdida. (Transcrição de entrevista realizada com Américo Socot em 30/03/22)

Percebemos, assim, que é preciso ter velhos e adultos atentos e cuidadosos para que os jovens cresçam fortes e para que a vida na comunidade transcorra sem grandes conflitos ou intempéries. Os benzimentos e demais cuidados devem ser feitos continuamente, desde o nascimento da criança, permitindo que a pessoa regenere-se e mantenha-se fortalecida, alegre e protegida ao longo de sua vida. Quando falo em regeneração, refiro-me àquilo que Américo denomina “trocar”:

Troca o corpo assim: dá uma água bem direito, com sopro, na cabeça derrama o benzimento, protege na cabeça pra cima, falando, faz benzimento com *K’ég Téh* igual chapéu, benzimento de proteção, que protege assim em cima da

cabeça. Eu estava dentro do meu cobertor, com a benzida fica alegria na sombra. Essa é a troca do *hãwäg*, do espírito, de bom, de boa, aí fica alegria no meu parto. Se às vezes alguns não consegue benzimento, os outros eles conseguem de benzer pra viver. Algumas pessoas conseguem, sabem bem trocar com tabaco, com breu, aí fica alegria na família e tudo o mais. Tem tudo o mais aqui no mato pra tirar e derramar no coração. Por isso que meu cunhado contou bem do mato pra tirar, igual tirar do pensamento dele. No pensamento dele tem um pingo de mel, bem doce, um pingo direto no coração, aí fica alegria no coração quando a gente consegue fazer o sopro do benzimento. Às vezes, algumas pessoas conseguem de benzer: ficam bem, não pegam doença, ficam protegidos quando vão pra cidade, não tem briga, não tem inveja... É assim. Esse tabaco mesmo mais forte, tabaco é o primeiro mais forte. Forte demais. E aí depois vem um monte de outras coisas... Pra tirar tudo natureza pra viver aqui. Pra tirar mel, igual mel, leite, tem água. Pra trás tem uma árvore pequena, e pra cá tem uma árvore pra cá. Aí tira, tem um leite, tira um pingozinho, tu traz, em pensamento tira pra trás, pra cá, benze com água de benzimento, água de tabaco, vem pensando pra cá, aí cai no meu pensamento, aí toma, aí fica bem, alegria no coração. Tudo aqui natureza tem tudo benzimento do mundo. Tem tudo vida, como que viver. Planta, isso é vida, tem que tirar vida dela e aí fica com a gente. Todo mundo é gente aqui. Pra cima, qual rio, onde tem ingá, tem uma água dele. Tira a água do ingá. Tudo no pensamento, não tiro na minha mão, não, tiro no pensamento. Tem que tirar aqui na sabedoria, tirar nos meus saberes. Vai pra cima, pra caatinga, onde tem areia grande, lá tem fruta, casca de árvore... Tu tira a água da frutinha, tu traz a água dela e aí benze com essa água, água de benzimento. Tu vai de novo pra lá, tu tira, volta, e aí de novo e de novo. Aí fica alegria. Tem que reforçar seu tabaco. Tabaco é o mesmo tabaco. Isso está benzimento. Tem que trazer água, proteger, afastar o perigo, afastar, tirar pra fora o problema de viver. Tirar e jogar fora. Tira e joga fora. Joga fora, joga fora, eu quero o novo! Eu quero o novo. Eu falei hoje na minha história. Eu quero viver bem, eu quero ficar, eu quero ver dia, eu não quero ficar morrer logo não, minha idade é muito curta. Tem que pensar assim. Se não pensar assim, aí vai o pensamento torto, aí fica morrendo logo, esse morrer logo é tentativa. Aí fica tirando uma benzida, *bi'id*, o benzimento da água, do mel. Tem muitas coisas de benzedores no mato. Qualquer tipo a gente vai benzer. Tem benzedor uma árvore, tem as coisas cipó, tem que tirar benzimento, tirar alguma coisa, alguma fruta, uirapissuna, tem muitas coisas pra tirar antes de benzer. Raspar a casca dele, esquentar um pouco, tirar e espremer com a água, só a água, tirando a sujeira, igual com café, aí dá pra benzer. Aí toma copinho, benze. Esse é o benzimento da água. Se quiser não ter nada, aí tem que tirar tabaco. Tabaco aí dá pra fumar. Isso que é o benzimento do mundo, dizem. Tudo é benzimento do mundo, tá no PGTA. É assim mesmo.” (Transcrição de entrevista realizada com Américo Socot em 03/04/22)

Bi'id, traduzido por Américo como “benzimento”, é um termo que designa práticas de regeneração, cura e proteção realizadas por benzedores (*bi'id däh*) ou pajés (*säw*) (RAMOS, 2018). Também é comum que se traduza *bi'id* como “sopro”, aludindo à maneira com que o pajé ou benzedor sussurra as fórmulas xamânicas (ATHIAS, 1998)²⁴⁵. Geralmente, o benzedor

²⁴⁵ Segundo Athias, “[o] *bi'in* é um termo que significa um conjunto de práticas rituais que vão desde um simples benzimento até as práticas mais complicadas de feitiçarias. Como todas essas práticas são realizadas por meio da palavra, geralmente esse termo é traduzido como ‘sopro’, em alusão a forma de como o pajé fica recitando as

ou pajé sopra em direção a objetos intermediários como cigarros, cuias com bebida e pedaços de beijú, que serão consumidos pela pessoa que está sendo benzida ou soprados/passados em seu corpo²⁴⁶. Enquanto recita a fórmula xamânica, o *hãwäg* do benzedor ou do pajé desloca-se pelo cosmos, movimentando-se “no pensamento” por diferentes tempos e espaços e interagindo com diversos seres e ancestrais. Assim, para “trocar” o corpo da pessoa que está sendo benzida, o benzedor ou pajé tem que reconfigurar seu próprio corpo para viajar como pessoa-sopro entre múltiplos planos-casa (cf. RAMOS, 2013; LOLLI, 2010). O deslocamento do benzedor ou pajé, os modos de soprar e as transformações operadas no corpo da pessoa que está sendo benzido variam de acordo com a intenção do benzimento²⁴⁷.

Um *hãwäg* fortalecido, cercado e regenerado fica menos suscetível à influência de *b'atíb'* (tanto o *b'atíb'* que constitui a pessoa quanto outros *b'atíb'* que habitam a floresta) e outros seres potencialmente malfazejos, possibilitando que a pessoa viva bem. Em outro momento da conversa, Américo falou novamente sobre a importância dos benzimentos para proteger e regenerar as pessoas e clãs hup:

Pra nós não tem nada, com o benzimento do clã. Os velhos conseguem bem o benzimento, dá banho com água no respirador. Aí fica bem. Se sabe. Meu pai sabia bem. Benzimento, seu coração fica bom, protege no coração com água, leite, com folha que tira do mato pra cheirar no corpo igual perfume. Aí fica direito no coração da pessoa, fica bem alegria, com o nome do parto. Aquele breuzinho... tem que trocar corpo pra viver, viver bem. (Transcrição de entrevista realizada com Américo Socot em 03/04/22)

Ao dizer que “pra nós não tem nada, com o benzimento do clã”, Américo nos oferece mais um elemento para compreender porque os “suicídios”, apesar de ocorrerem de forma singular, não são fenômenos individuais, mas estão relacionados a uma série de relações com humanos e mais que humanos e são fenômenos que acontecem dentro do clã. Além disso, Américo aponta que a falta de benzimentos e da realização de cuidados com o corpo não apenas

fórmulas, num sussurrar de palavras com uma cuia perto da boca. No português regional, o termo soprar atualmente está associado à prática xamânica. O pajé geralmente usa uma pequena cuia onde é colocada água ou alguma erva para a pessoa ingerir ou passar no corpo. O mais importante não está no conteúdo da cuia e sim no ‘sopro’, no *bi'in*, no saber recitar a fórmula. Em muitos dos casos, o pajé não precisa ver o paciente. Nos casos em que o pajé necessita ver o paciente, este se prepara antes, pode tomar o karpí quando necessário, porém sempre estão com o tabaco (*hunt*) e com a coca (*puhunc*)” (1998, p. 254).

²⁴⁶ Segundo Ramos, “[o]bjetos intermediários como cigarros, cuias com bebida, pedaços de beiju podem ser xamanizados e utilizados como veículos para os quais um benzedor murmura e sopra suas ações de deslocamento como pessoa-sopro pelo cosmos para acalmar ou instigar a fúria de diversos seres, de acordo com suas intenções. As palavras-ação-xamânicas penetram o objeto que as abduz para depois serem transduzidas para o corpo do doente ou vítima através da fumaça ou matéria consumida do alimento ou bebida” (2018, p. 335-336)

²⁴⁷ Para fazer benzimentos de cura, por exemplo, o pajé ou benzedor viaja até o Lago-de Leite (cf. RAMOS, 2013, p. 205). Para fazer benzimentos de cercar, o pajé ou benzedor vai até as moradas de seres que habitam outros planos-casa e oferece-lhes coca e tabaco para acalmá-los (cf. RAMOS, 2013, p. 443).

deixa os jovens menos protegidos em relação a infortúnios, sopros e estragos, como também prejudica sua escuta e sua capacidade de aprender e lembrar dos ensinamentos que lhes são transmitidos. Américo explicou-me que os jovens não estão conseguindo ouvir os conselhos dos adultos e velhos por não estarem devidamente benzidos com tabaco e paricá²⁴⁸ e não seguirem restrições comportamentais e alimentares que garantiriam que os benzimentos mantivessem sua força:

Falta benzimentos de tabaco. Tem que benzer com tabaco pra ouvir. Na hora do parto, até os 10 anos, o pai tem que benzer. Meu pai mandava proteger, benzia e dava conselho: “não pode encostar mulher, não pode assar comida de peixe, que cheira muito, não pode cheirar, senão esse cheiro vai enrolando o ouvido e vai prendendo pra ouvir”. Se o benzedor é bom, ele retira com paricá. Se não conseguir, o ouvido fica preso, aí a gente dá algum conselho e ele não consegue ouvir nada, o jovem agora. Os velhos já morreram tudo. Aí pra cá, os jovens não conseguem ouvir mais nada. Tem que usar paricá, aí dá pra benzer pra tirar desse ouvido surdo. Aí tira. Às vezes, sai do ouvido um bem branquinho. Tu virou já, teu pai benzeu já, aí você mexe alguma coisa, tu sobe pra cima, come gordura, aí fica ruim ouvido de novo, por isso, ele não consegue ouvir. (Transcrição de entrevista realizada com Américo Socot em 03/04/22)

Além da falta de benzimentos e da inobservância de prescrições e restrições alimentares e sexuais, Américo aponta que as estadas na cidade também afetam a escuta, a memória e os comportamentos dos jovens. Os jovens, por não estarem tão bem constituídos e protegidos quanto os mais velhos, acabam ficando mais suscetíveis ao poder de sedução de outros mundos vividos. Mais que isso, têm menos “recursos” para lidar com as transformações potencialmente perigosas que se operam no trânsito entre mundos. Absortos com os materiais dos brancos, os jovens não conseguem ouvir nem lembrar dos conselhos de seus pais e ficam esquecidos de sua família. O esquecimento dos jovens os distancia dos mundos vividos compartilhados com seus parentes, o que os torna presas fáceis para outras gentes, como os *b’atíb’* que moram na cidade:

Eles [os jovens] vêm pra cidade e não conseguem ouvir. Vem, bebe, bebe, bebe, bebe, ele quer mais, ele quer mais, ele quer mais, come errado, aí fica louco. Bebe o dia inteiro, esquecido sua família, aí fica louco. Louco não consegue ouvir. Louco *mĩgĩ*. Aí fica esquecido seu família, só pensa nos materiais da cidade, riqueza só. Caminhando espírito na terra, espírito na cidade faz tentativa, tenta pra eles. *K’ég Téh* ensinou nosso ouvido, tem que benzer em cima, aí dá pra esquecer dificuldades. Tem que tirar, pedir solução, viver bem no coração, *hãwäg* derramou benzimento pra pedir, derramou, aí dá pra viver bem. (Transcrição de entrevista realizada com Américo Socot em 02/04/22)

²⁴⁸ Sobre os benzimentos para ouvir, ver a primeira parte do Capítulo 4 da tese de Danilo Ramos (2013, p. 159-191).

Enquanto Américo me contava sobre a importância dos benzimentos de fortalecimento e regeneração do *hãwäg* e dos cercamentos para proteger a pessoa da influência potencialmente perigosa dos outros, Álvaro fez um desenho para que eu compreendesse melhor o que seu pai me dizia. No desenho, vemos um jovem (à esquerda) cercado com fumaça de tabaco, o que protege seu *hãwäg* (pintado de laranja) da ação de um *b'atib'* (à direita).



Figura 7. Desenho de Álvaro Socot (03/04/22).

*

Nota-se, nessas falas, uma oposição entre o tempo dos antigos e os tempos de agora, que se desdobra na oposição entre viver como os antigos e viver como os brancos ou os *Wòhd'äh* (outros indígenas da região tidos por algumas pessoas hup como mais “civilizados”). Há uma ambivalência em relação ao mundo dos brancos: ao mesmo tempo em que há um desejo por materiais, poderes e relações com os brancos, a relação com eles pode catalisar transformações indesejadas e produzir o esquecimento dos conhecimentos dos antigos e o enfraquecimento das pessoas e clãs hup.

Bruno Marques (2015; 2021) conta que seus interlocutores dizem que, no tempo dos antigos, havia menos pessoas, mas pessoas maiores, porque as pessoas se alimentavam melhor, tomavam uma série de cuidados para se fortalecerem e se protegerem e viviam no centro da floresta. A força vital das pessoas e dos clãs está profundamente ligada ao centro da floresta, que conecta ao tempo dos antigos e a muitos outros seres viventes. Os caminhos e lugares do território condensam e desvelam múltiplos tempos e planos-casa, o que permite que as pessoas referenciem-se no tempo e no espaço. Tendo isso em vista, Marques entende que há uma dupla marginalização dos mais jovens produzida, em parte, pelo processo de colonização, que vem distanciando as pessoas hup do centro da floresta: primeiro, em relação a si mesmos e aos antigos e, segundo, em relação aos *Wòhd'áh* e aos brancos.

Talvez o distanciamento do centro da floresta, a diminuição das caminhadas pelo mato e a hiperexposição na cidade promovam uma desorientação espaçotemporal, o que, somado à falta de benzimentos e cuidados cotidianos de proteção e fortalecimento, deixa os jovens mais confusos, “desterrados” e vulneráveis às agências potencialmente nocivas de outras gentes.

Marques aponta que ações de memória e reparação têm de ser profundamente territorializadas. Américo também aponta caminhos que vão nessa direção:

Dá pra voltar a ter o poder dos velhos. Tem que caminhar, abrir caminho, trilha, dentro da floresta e pensar com calma. Fazer casa dos antigos pra conversar, pra lembrar cultura. Fazer do jeito que eles fizeram antigamente. Também dá pra aprender em sonho. Quando a gente encontra [velhos que já morreram] em sonho, eles contam bem. Quando a gente consegue sonhar, eles contam. Quem usa o material deles, paricá, tabaco, cahpy, consegue sonhar e eles vão contar. Se conta, tem que lembrar quando acordar. As pessoas que são preparadas conseguem sonhar. (Transcrição de entrevista realizada com Américo Socot em 07/04/22)

4. Ele tentou pra mim

Uma das pessoas hup que entrevistei (cujo nome não mencionarei para não a expor) contou-me de uma experiência em que quase morreu enforcada:

Suicídio é quando *b'atib'* entra. Ele manda, autoriza pra morrer suicídio com corda. Já vi no meu sonho já. Ele tentou quatro vezes pra mim. Ele tentou pra mim também. Eu não aceitei. [...] Ele veio no meu sonho, bem bonita. Por isso, eu fiquei olhando... Vendo ela bem bonita, bem linda. Ela aparece bem bonita mesmo, como igual branca. Mas só parece. É *b'atib'* mesmo. Mas aí a pessoa gosta pra ela. Aí morre suicídio. É ela mesma que está entregando a corda para ele. Pro homem, é uma mulher que entrega a corda pra morrer. Pra mulher, é um homem que entrega a corda. Mulher chama pra homem. Homem chama pra mulher. “Bora, bora, bora, vem, vem...”, assim a mulher chama. É

isso que significa, é o que eu vi no meu sonho. Eu estou entregando pra você estudar.

Note que, aqui, há um deslizamento semântico da palavra “tentar”. Enquanto que, nas ações de prevenção e posvenção ao suicídio fala-se em “tentar suicídio” e “tentativa de suicídio”, essa pessoa fala de tentar em termos de “chamado” ou “tentação” – não diz que tentou suicídio, mas sim que um *b’atíb* tentou para ela.

Essa pessoa contou que não atendeu ao chamado do *b’atíb*, pois estava protegida: “Eu não fiquei não com ela. Ela ficou perto de mim, mas pra mim não pode. Atrás de mim, tem meu poder. Protegeram pra mim.” Ainda assim, correu grandes riscos, pois a influência do *b’atíb* estava alterando sua percepção do que estava acontecendo – a captura para outro mundo vivido e a transformação em outro já começara a acontecer:

Aí uma vez eu estava fazendo, no meu sonho. Colocando corda. Aí eu estou em cima já e “*pshhhhhhh*, caraca, sô!” [exprime surpresa com as mãos e o rosto]. “Me solta!”, eu falei pra ela. “Me solta, tu vai morrer”, eu falei pra ela. Mas ela era mais forte. Aí eu peguei minha faca, aí eu corto, *pcuhhhhh* [faz o gesto de cortar uma corda acima da cabeça], caio na água. Eu. Aí eu quase... Eu quase morri. Aí eu fiquei mais *shhhhhh* nesse dia [inclina a cabeça e os ombros para baixo]. [...]

Ela mesmo tem a responsabilidade do suicídio com corda. Ele mesmo faz *shhhh* [circunda o pescoço com a mão]. A corda é como uma jararaca. Tipo uma cobra. A corda *uuuuuu* faz assim [com a mão, imita o rastejar sinuoso de uma cobra], aí vem em cima da árvore, *veeeeeem* até [traça uma onda com o braço, mostrando como a corda-cobra passa por um galho e dependura-se]. Aí tá amarrando garganta, *shhhhhh* [passa a mão ao redor do pescoço], só que ele mesmo tá puxando, *pshiu* [faz um gesto brusco de puxar], a gente morre. É assim. Quando é o dia que a pessoa vai morrer, perdeu a experiência. Pensamento sem. Sem saber ficamos. Antes pra morrer vazio cabeça. Nem pra pensar a pessoa, nem nada. Fica como se fosse bêbado. Quando está mais bêbado, não sabe. É tipo bêbado, como se fosse. Não sabe. O timbó fica tipo açúcar, o pessoal falou pra mim. Eles bebem, tomam tipo água com açúcar. O timbó fica doce que nem açúcar. Timbó é *d’úç*.

Vale notar que a faca usada para cortar a corda não foi manipulada pelo *sàp*. Essa faca é um dos materiais que foram colocados atrás da pessoa por meio de encantamentos-sopro. Como veremos adiante, esses materiais, que podem ser mobilizados de forma a proteger a pessoa de tentativas de ataque, captura ou sedução por outrem, também podem ser mobilizados contra parentes ou amigos quando a pessoa está com sua percepção alterada, já parcialmente capturada por outrem:

Agora eu vou contar pra você sobre o suicídio, pra te lembrar. Primeiro, na época dos velhos, quando eles nasciam na floresta, não tinha suicídio. Por quê? Porque quem tem benzimento bem direito, pra pensar bem,

ele não tem nada. Ele benze e protege com tabaco, breu, folha do mato *bùy k'ét*. Eles controlam bem o benzimento. Aí os velhinhos viviam bem. Aí viveram e morreram todos. Benzedor morreu, pajé também morreu, nosso parente morreu, aí acabaram.

Primeiro no parto ele tem que benzer bem, direito. Quando crescer também. A cada dois meses passa tabaco, o benzedor tem que pensar e depois continuar a benzer de novo com tabaco pra viver bem. Viver bem com o pai, com a mãe. Por isso o Cristóvão falou “eu não tenho nada com suicídio, eu não tô lembrando de suicídio, eu não quero viver besteira, buraco nada”, ele falou. “Eu quero viver bem com minha mãe, com meu pai. Quando bebe caxiri eu tô alegria, tô com meus colegas, amigas, com prazer de vida, quando tá ressaca fica também alegria, quando passa ressaca pescaria, comer comida”, ele falou. “Eu não estou lembrando de morrer a minha vida”, ele falou. Ele fica viver bem, ele falou. Aí protege pra ele com tabaco pra ele. Ele disse assim. Ele falou que, antes de beber, tem que proteger com tabaco. Proteger sua família e o centro comunitário. Pra ficar, pra sentar, pra conversar, fumar tabaco, contar história... Quem gosta de contar benzimento também conta... Até quando a gente quiser. Pode sentar o dia inteiro. Aí dorme cinco horas, retorna pra casa pra dormir. Se a gente não consegue benzer, atrapalha bebida. Aí fica ruim no estômago. Mexe demais. Fica doido, gritando e atrevido, bagunçando, querendo brigar, brigar, brigar... Por causa de bebida. Por isso, a gente tira com calma, com tabaco e guarda os materiais dele. Deixa os materiais dele comigo. Se não guardar os materiais dele, aí levanta a arma, aí mexe a arma, aí fica briga com outras pessoas. Briga com a mãe também... Essas brigas são tentativas de espírito da terra. *B'atib'*. Ele vem tentativa aqui no mundo. Eles vieram do mundo. (Transcrição de entrevista realizada com Américo Socot em 31/03/22)

A falta de benzimentos, a tristeza, a fome e a embriaguez sem as devidas proteções deixam os jovens mais suscetíveis à captura/sedução por outrem, cujos sintomas podem manifestar-se de diversas formas: sonhar com entidades sedutoras; sonhar ou escutar em vigília pessoas que já morreram chamando para vir consigo; ficar excessivamente triste; esquecer-se de compartilhar e cuidar dos familiares; não tratar os parentes como parentes (brigando, sovinando, tendo relações sexuais que não condizem com aquelas prescritas, isolando-se...) etc. Percebe-se que, ao mesmo tempo em que a tristeza, o esquecimento e os conflitos com parentes podem ser manifestações de captura por outrem, também são estados que deixam a pessoa mais vulnerável à captura:

Em Santa Cruz do Cabari tem tentador, muito tentador. *B'atib'* que aparece no dia do caxiri, fala besteira. Aí tentaram no ouvido, falaram assim no ouvido, aí a pessoa não consegue mais ouvir, não entende mais a nossa palavra. Às vezes, ele sente no coração tentando. Fora do caxiri também. Dormindo, direto... Fica triste. Depois vem, sopra pra ele, estraga por cima, né. (Transcrição de entrevista realizada com Américo Socot em 02/04/22)

Algumas pessoas eles querem essa doença, perdida a vida, a memória deles. Por isso assim, aí tentativa as pessoas alguns espíritos da terra, *b'atib'*. Aí ficaram assim, suicídio. Sentem muito no coração deles, têm muita doença no

pensamento, pensamento ruim, vida ruim, respiração ruim, por isso assim, né. Pensando ruim, às vezes, vendo briga, brigando, ralhando mãe e pai, às vezes, eles sentem coração, aí a briga começa no dia do caxiri, ciúme, mulher ciúme, aí matou, aí perdeu memória, aí por isso vem suicídio e tentativa do mundo. Não fica alegria, alegria não dá pra encostar as pessoas, não tem feliz, alegria nada. Não tem. Apaga algo dele. Não tem vida de bom nada. Por isso, suicídio veio. Não tem nada pra ficar alegria família, a respiração é feia, é feia, é triste, por isso, não consegue respiração de vida boa, nem tomar água de bom, nada. Fica dificuldade, aí ele morre. Morre *sàp*. Fica ralhando marido, mulher, pai. Aí vem tentador, tentação pra ele, pras crianças, aí fica difícil pra ele a vida. Mas tem alguma coisa também, eu dizendo assim: tem que proteger no tabaco. Quando a criança está crescendo tem que benzer, proteger, tem que guardar a palavra de *K'ég Téh*, palavra boa, conselho, é a melhor forma pra guardar vida, pra viver bem. Se a gente não guardar, aí fica ruim, dificuldade, vem difícil respiração. Do mesmo jeito que respiração fica difícil, você fica ralhando o outro, não respeita outro, inveja inimigo. Isso é respiração difícil. Aí, por meio dele, vem a tentativa com o *b'atib'*. Aí fica ruim mesmo. Aí perde vida dele. Isso acontece hoje em dia. Mundo mudança já. Não é dia bom agora. É muito tentador do mundo. [...]

Esse é o perder da vida. Não tem memória da vida, agora as crianças fazem besteira, não aceitam, não acreditam nos conselhos do pai e da mãe. E na cidade também está muito perigoso e está piorando. Fazem drogas, roubam dos outros, matam gente, tem imagem de matador, tentadores, matadores, ladrões na cidade. Agora que morreram suicídio na cidade, juntou os espíritos deles e ficam por aí. Do mesmo jeito que é na cidade, é na comunidade. Criança não está tratando bem da vida, está olhando muitas coisas. Aí copia. É isso mesmo. É muito mais. (Transcrição de entrevista realizada com Américo Socot em 03/04/22)

Nessas falas de Américo, aparecem mais dois temas importantes: a questão do sopro e a questão do “copiar”. Tais temas trazem novas dimensões para a compreensão dos suicídios, que “embaralham” o que viemos elaborando até aqui. No meu caso, tais questões mostram-me como ainda compreendo pouco sobre as concepções e experiências hup de pessoa. Pelo que pude entender a partir das entrevistas, as mortes por enforcamento e por ingestão de timbó são multiagenciadas e remetem a múltiplos campos relacionais – são movimentos constituídos pela ação conjunta de *b'atib'*, parentes, da própria pessoa etc. Começemos com a questão do sopro:

Tem sopro. Algumas pessoas sopram. Sopra: “quem morrerá é o primeiro filho”. Ele sente muito. Chora demais. Chorando demais. Chora, chora, chora... É que ele tem um assopro, um estrago. O parente mesmo que sopra em cima. O parente mesmo sopra. Quando o filho morreu, ele sopra em cima, mais junto, em cima do sepultado. Aí pegou, veio, caíram um assopro, aí pegou. Depois, quando ele sopra, estraga com tabaco, eles já pegaram, no outro dia, ele já pegou uma corda e aí morreu lá de novo. Sopra ciúme, inveja, na comunidade, outra pessoa, ou tukano, ou é hupd'äh. Não tem respeitando alguma pessoas. Quem é gente boa respeita a comunidade. Se não é gente boa, ele não respeita, ele sopra a vida das pessoas.

[*Mas todo suicídio é de sopro?*]

Não, nem todo, alguns só. (Transcrição de entrevista realizada com Américo Socot em 03/04/22)

Ao afirmar que alguns enforcamentos ou estados afetivos que podem levar ao enforcamento são decorrência de sopros, Américo desloca a compreensão dos suicídios como fruto da interação com seres extra-humanos (como mortos e outros tipos de *b'atib'*) para o campo das relações interpessoais com parentes ou pessoas de outros povos da região. Ainda, ao introduzir a questão de que jovens e crianças “copiam” o que veem os outros fazerem, Américo traz a agência da pessoa para o primeiro plano:

Começa um primeiro, aí o seu filho vê. Ele já viu, se você suicídio, ele já acostuma. Seu filho já viu, aí ele vai copiando. Já consegue fazer. Uma outra comunidade fica já suicídio, ele já copia, já grava, já vê, já viu. “Eu também vou fazer assim”, ele diz. Outro dia, ele já pegou a corda já. Por isso, está assim, subindo [o rio]. Se você começar, uma família, tu ralhar, já tem todo mundo já. Por isso é assim essa doença. [...] Se não mexer, aí não mexe nada. Mamãe não mexe, papai também não mexe. Do mesmo jeito o filho vai crescendo. Se você matar, seu filho já viu, já acostuma já. Já grava. Aí copia, aí passa pra outra família, aí pra comunidade, aí vai subindo. (Transcrição de entrevista realizada com Américo Socot em 03/04/22)

Nesse excerto, “copiar” aparece como uma espécie de “motor” de propagação do suicídio. Quando Américo me disse isso, vieram-me à cabeça os conceitos de “suicídio por contágio”²⁴⁹ e “idiomas de sofrimento”²⁵⁰. Entretanto, seria muito precipitado entender o que Américo me dizia nessas chaves. Antes, seria preciso entender melhor como ocorre o copiar (o que envolve entender como acontece o aprendizado e como se constitui a memória nas pessoas e coletivos hup) e quais experiências e concepções de agência e pessoa estão implícitas em seu discurso. Contudo, já nessa fala, percebemos que Américo refere-se a uma agência eminentemente relacional, cujo movimento ocorre na interação com parentes e pessoas da comunidade. Quando tentamos compreender essas afirmações em conjunto com as afirmações

²⁴⁹ A ideia de “suicídio por contágio” (*copycat suicide*) refere-se à hipótese de que um suicídio pode acarretar um efeito imitativo, favorecendo a ocorrência de outros suicídios e podendo ocasionar a ocorrência de suicídios em *cluster*, ou seja, uma alta incidência de suicídios em um determinado grupo social e/ou período relacionada ao aprendizado social de comportamentos suicidas (cf. HAW et al., 2013, MESOUDI, 2009).

²⁵⁰ “Idioma de sofrimento” (*idiom of distress*) é um conceito mobilizado na psiquiatria transcultural para designar um modo particular a uma dada cultura de expressar um sofrimento. Considera-se que, em uma dada cultura ou grupo familiar, as manifestações de sofrimento culturalmente previstas têm implicações sociais coerentes e padronizadas e são rapidamente reconhecidas pelo grupo familiar e social. Assim, os idiomas de sofrimento seriam tentativas alternativas do sujeito comunicar seu sofrimento para seu grupo familiar ou social e, assim, dar vazão a seus sentimentos e buscar os cuidados que necessitam. Segundo Mark Nichter, que cunhou o conceito, os modos de expressar um sofrimento “são culturalmente constituídos no sentido em que iniciam determinados modos de interação e estão associados a valores, normas, temas geradores e preocupações com a saúde culturalmente difundidos.” (1981, p. 379).

de que os suicídios decorrem da ação de *b'atib'*, fica ainda mais complexo: quem copia? Quem está “coordenando” a agência da pessoa? Confusa com essas questões, perguntei a Américo o que acontece com o *hãwäg* da pessoa antes de ela morrer por enforcamento ou timbó, ao que Américo respondeu:

Triste mesmo, [o *hãwäg*] fica bem triste. Parado sangue, respiração. Virou o sangue – era bem vermelhinho depois escuro sangue. Aí virou sangue do *b'atib'*. Aí peguei corpo humano, *sáp*, peguei com corda e aí morreu. Eu não sei bem, às vezes, tem estômago ruim, cabeça memória não tem nada, pensamento, ele faz besteira... Isso acontece problema vida. É assim, eu digo. Às vezes... Muitas coisas... Sofrimento, se você perdeu, sem filho, briga todo dia com mulher, ralhando, não tem ficar alegria com a esposa, não tem amor, felicidade, carinho, perdendo carinho, amor, aí perdido. Aí suicídio vem. [...] Se não dá conselho, aí fica difícil, pensamento torto né... Aí ficou nem pensamento bom não, aí *b'atib'* vai no lugar dele. Perdeu memória, aí trocaram. Sai *hãwäg*, ele *b'atib'* entra no lugar. Trocaram lugar. Lugar dele. Aí fica feio, aí suicídio assim. Entendeu? E tudo o mais, disseram assim. [...] Tem algo assim: nossa cabeça, tem memória, acender luz, olhar bem, vista bem, boca bem, alimentar bem, esse memória no meu coração, vida boa, de boa. Se perdeu vista bem, se você fizer besteira, aí ele mesmo trocado besteira, é quem manda besteira. Besteira é feio mesmo, *páy*. Besteira assim fofoqueiro, tu quer beber demais, tu quer gozar mulher, primeiro lugar com bebida, roubar mulher, briga seu pai, briga sua comunidade, bate, briga. Isso é ele mesmo tirando, foi ele mesmo trocou. Se acostuma de brigar aí sua memória saiu. Aí ele trocou. Ele manda, comanda, é trabalho dele. É feio do *b'atib'*. Ele que manda desse jeito. Trocando.

[*E pra onde vai o hãwäg da pessoa?*]

Fica fora mesmo. Ele vai onde mandaram. Onde ele vai, eles mesmo mandaram. Lugar dele que ele manda, ele mesmo coordena a vida. Quando ele coordena a vida, você tem muito gozar, ciúme, bebida, esquece teu prazer, tua memória, carinho, felicidade, amor perdeu, você não respeita. Quem manda, coordenando a besteira é o traidor. Goza seu bebida, não quer ouvir conselho do pai, fica surdo, não quer ouvir, não quer entender, esse espírito tá coordenando esse jeito. Por isso, ele não quer escutar para o pai, quando o pai ou o responsável fala com a criança. É isso que ele manda. O espírito do coração ele já foi embora já.

[*E o b'atib'?*]

Cresce. Se a pessoa fica fazendo essas coisas, ele manda, ele coordena, ele se multiplica. Ele cresce e fica mandando na pessoa. Ele cresce e fica fazendo muito amigo, milhares de amigos. Ele coordena: vai ralhar, vai ciúmes, vai pegar a mulher do outro, vai suicidão. Todo mundo milhares de amigo dele. Esse cresce muito. Tu viu? Apareceu na internet, eu vi no celular que atrás do Banco do Brasil apareceu um espírito. Grandezão.

[*É espírito de onça, de peixe?*]

Não. É espírito daqui mesmo, da terra. Na cidade, no buraco tem grandes prédios embaixo. Na floresta também tem. (Transcrição de entrevista realizada com Américo Socot em 03/04/22)

*

Essas conversas levam-nos a mundos vividos onde tudo é intencional e interdependente, onde nada acontece à toa. Para transitar e compreender o que acontece nesses mundos, não me parece profícuo pensar em termos de causalidade linear. Pensar em termos de causa e efeito acaba criando contradições incontornáveis: afinal, os “suicídios” são causados pelo próprio sujeito ou por outrem? A pessoa faz uma tentativa de suicídio, sucumbe à tentação ou alguém tenta para ela? Se o *b'atib'* toma o lugar do *hãwäg*, quem é que se enforca? Para contornar essas alternativas um tanto quanto paralisantes, parece mais relevante pensar em termos de campos de ressonância, reverberações, relações elásticas e mutativas.

Tais aparentes contradições não são incontornáveis quando consideramos relações não lineares e pessoas múltiplas, estendidas e em contínua instabilidade (cf. TAYLOR, 2012; VILAÇA, 2005; 2002), cuja condição humana nunca está completamente garantida e cuja morte não é um fim, mas uma transformação que produz e é produzida por movimentos pelo cosmos: o estado de tristeza já é indício de uma metamorfose corporal em curso, ao mesmo tempo em que catalisa essa metamorfose. Os estados de embriaguez, raiva, tristeza, esquecimento, desejo desmedido etc. também são formas de devir-outro que, se não forem devidamente modulados, podem levar a transformações descontroladas (cf. TAYLOR, 1997; GOW, 1997; 1989).

Assim como os processos de adoecimento dizem respeito a metamorfoses corporais e a transformações nas relações com parentes e outras gentes, os processos de cuidado, cura e proteção também demandam manejar relações com parentes e outras gentes e operar transformações corporais, reequilibrando e regenerando os componentes da pessoa e tornando-os mais visíveis para uns e mais opacos para outros. Tais compreensões nos levam a novas perguntas: quando se pode dizer que uma morte por “suicídio” começa a acontecer? Quando esta termina ou se efetua?

5. Tomar timbó

Durante nossas conversas, perguntei a Américo sobre as diferenças entre o enforcamento e a ingestão de timbó. Na compreensão de Américo, os movimentos e as relações que levam alguém a se enforçar ou tomar timbó são bastante parecidos. Segundo ele, há menos mortes por intoxicação com timbó do que por enforcamento nas comunidades, pois o acesso ao timbó é mais difícil do que à corda ou a algum outro material usado para se enforçar.

Em uma de nossas entrevistas, pedi que Américo me contasse mais sobre o timbó. Primeiro, ele me falou sobre os vários tipos de timbó que existem, sobre como seu veneno deve

ser usado para tinguujar²⁵¹ em igarapés ou rios e sobre os benzimentos que devem ser feitos antes e depois da tinguujada. Depois, contou-me sobre os efeitos da ingestão do timbó no corpo da pessoa humana e fez um desenho para ilustrar o que me ensinava:

O timbó pra tinguuejar igarapé tem desde o começo. Quando as primeiras gente apareceram nessa terra, atrás delas veio essa planta, timbó. Mas as pessoas não tomavam timbó. O veneno do timbó parece leite mas não é pra tomar. É muito venenoso, é só pra tinguuejar, é só pra peixe, não é pra gente tomar, não. Timbó é forte, morre na hora mesmo se a gente toma. Se a gente toma timbó, na hora vem dor de cabeça, vômito, vômito e na hora desmaia o coração. [...] Timbó não é pra curar gente. É pra morrer. A minha avó, meu pai, não mexiam nada com timbó, usavam só pra tinguuejar no igarapé. [...] O timbó vem aqui no coração [põe a mão no peito] como leite. O veneno, a água do timbó é igual leite. Aí toma na hora e o coração fica com uma cor diferente. Acontece que nem coração ou fígado de frango no gelo. Quando tá no gelo, fica duro. Quando gelo derrete, sai uma água do coração ou do fígado do frango. Fica tudo aguado. É do mesmo jeito quando a gente toma veneno de timbó. Nosso coração e nosso fígado ficam moles e aí sai toda a água deles. (Transcrição de entrevista realizada com Américo Socot em 07/04/22)

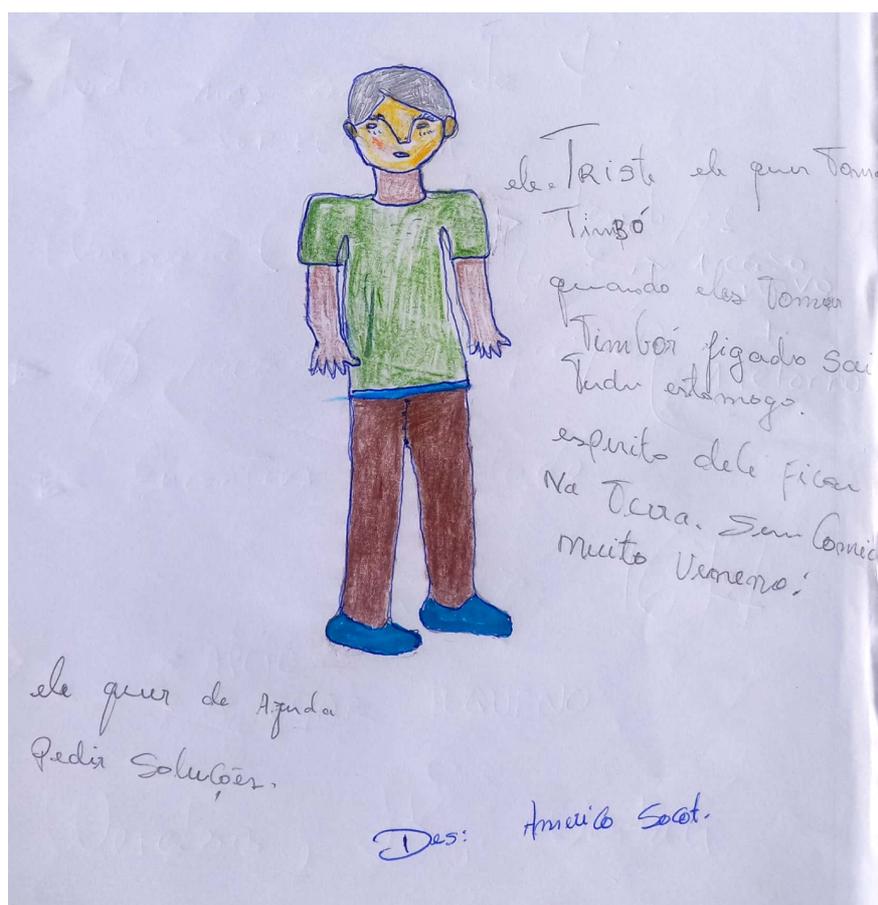


Figura 8. Desenho de Américo Socot (07/04/22).

²⁵¹ No português regional, “tinguujar” denomina a o ato capturar peixes após jogar sumo de timbó no igarapé. O sumo do timbó atordoa os peixes, tornando-os facilmente capturáveis.

Pelo que pude entender, o timbó faz com que as águas de benzimento saiam do coração, pulmão e fígado, órgãos da região torácica superior que “alojam” o *hãwäg* e sediam o Lago-de-Leite (cf. RAMOS, 2013). O leite do timbó opera uma metamorfose desses órgãos que faz com que o *b'atíb'* e o *hãwäg* dissociem-se do *sàp*, fazendo com que a pessoa morra para nós:

Quando ele toma timbó, no coração ou fígado, sai tudinho, água, água. Aí perdeu o fígado. Fígado perdeu. Quando perdeu, na hora morre. Por isso que, quando ele toma, ele morreu na hora. Saiu fígado, saiu aguado, perdeu tudo. Respirador aqui mesmo [coloca as mãos no peito], dentro do meu coração, fígado, *hãwäg*. Coração, se não aguentou, morreu. Não aguentou mais nada pra tocar nosso coração. Ele toca assim, como relógio que atrasou, ele mesmo atrasou. Significa esse atrasado como perdendo vida, com o timbó. Sai fígado, sai tudo. Aí fica desmaiado. Desmaiou. Fígado saiu, estômago também fica ruim. Ruim, não consegue de respirar, comer, sai diarreia, vômito, tudo, tudo. Aí fica vazio o estômago. Quando alimentar, fica sem veneno, a gente come, come normal, peixe, aí fica melhor, aguentou mais, energia. Se não, energia queimando, ele perdeu a vida, quando toma timbó. Por isso que eu coloquei: esse timbó sai fígado. Faz muitas coisas. [...]

É muito veneno, mata na hora. É um minuto pra morrer. Você toma um veneno de timbó, você morre logo. Morre, morre, cabeça tua virando, virando, fica louco seu olho, aí morrendo na hora. (Transcrição de entrevista realizada com Américo Socot em 07/04/22)

6. Caminhos pós-morte

Um tema que apareceu em alguns momentos de nossas conversas foi o destino pós-morte. Américo explicou-me que a maneira com que se morre determina a existência pós-morte dos diferentes componentes da pessoa. Quando a pessoa “morre bem”, seus componentes seguem caminhos distintos: o *sàp* é enterrado e se decompõe debaixo da terra; o *b'atíb'* vai para sua casa, que fica em buracos ou cavernas (no mesmo plano-casa dos vivos); o *hãwäg*, por sua vez, caminha até a casa de *K'ég Têh* no céu (em outro plano-casa):

Quando morre de doença, quando pega gripe, quando morre normal, o *hãwäg* vai pra cima, pra casa de *K'ég Têh*. Se morrer errado, não vai. [...] Quando morre alguém, fica a saudades, triste, dois dias, uma semana, aí depois passa. O *b'atíb'* fica com a gente um dia, dois dias e depois foi embora já. Não tem mais nada, fica alegria. [...] Onde que ele vive eu não sei, é meio escuro, é meio longe, na caverna, aí quando anoitece ele aparece, que nem o morcego, o curupira... (Transcrição de entrevista realizada com Américo Socot em 03/04/22)

Já os destinos pós-morte dos componentes da pessoa que morreu por enforcamento ou por ingestão de timbó são outros:

O *hãwäg* de quem se enforcou não vai pra casa de *K'ég Téh*, fica aqui na terra. O *b'atíb'* da pessoa também fica na terra. [...] O *b'atíb'* não vai pra casa dele, ele fica com a gente. Aí vem de noite, ele mesmo come do seu prato, ele come as plantas da roça, igual morcego: sua banana, seu abacaxi... Seu caxiri também, ele toma junto, o *b'atíb'*. É assim mesmo. Você vira peixe. Foi sonhando que o pajé falou pra mim que vira peixe mesmo. [...] Quem enforcou vira peixe, veado, cobra, barata. Tomando timbó também, do mesmo jeito assim. [...] O *b'atíb'* do suicidão vem, não quer ir embora, fica aqui mesmo, atrás de mim, onde que ele mora. Ele fica em baixo de chuva. [...] Procurar comida em baixo da chuva, chuva, chuva... (Transcrição de entrevista realizada com Américo Socot em 03/04/22)

Aqui, os destinos do *hãwäg* e do *b'atíb'* confundem-se. Pelo que pude entender, o *b'atíb'* fica orbitando seus parentes vivos, vivendo com frio e fome sem fim. O *hãwäg*, por sua vez, vira bicho, levando uma existência de solidão e sofrimento:

O espírito dele quando morreu, fica na terra, não foi nada pro céu, fica aqui mesmo, na terra. Ele ficou morando em qualquer lugar, de noite, caverna, onde que ele fica, onde ele vive eu não consigo ver, a gente não vê nada quando ele come a comida da gente. Ele vem com a gente mesmo, à noite, quando resto de comida no jirau ele procura, quando com fome. Por isso, eu tô colocando, ficou espírito dele na terra. [...]

Coração dele não vai nada pro céu, fica no mesmo lugar. Vira cotia, vira veado, porco, jiboia, sucuri, barata, aranha, cobra... Quando ele morre de timbó, ele vai morar numa caverna nas serras. A gente não consegue ver, não é gente não. [...] Ele mora embaixo da chuva, o dia todo. É assim com suicídio, enforcado, com timbó, manicuera, do mesmo jeito. (Transcrição de entrevista realizada com Américo Socot em 07/04/22)

Os cuidados funerários também são distintos, dependendo da maneira como a pessoa morreu. Segundo Américo, quando a pessoa “morre normal”, é enterrada com roupas, tabaco, comida, fósforos e outros mantimentos para a caminhada pós-morte do *hãwäg*. Quando a pessoa morre por suicídio, enterram-na sem nenhum mantimento nem roupas:

Quando morre, tem que queimar roupa, ninguém pode usar nada do vivo. Ele já é finado, tem que queimar tudo, não quero ouvir mais nada dele. Se aguentar, tem que guardar só foto, pra ver bem. As outras coisas já foram embora com ele mesmo, junto, já queimou tudo. Quem quer ajudar a preparar o caixão, dá o favor, ajuda pra ele, pra ele levar, roupa, calção... Põe roupa dele dentro do caixão, tabaquinho, perfume se tiver, ranchinho pra levar, farinhazinha pra viagem, fósforo pra acender... Quem morre normal, já vai embora. Quem morre de suicídio não tem nada, não colocam nada no caixão. [...] Não dão nada. Por isso, ele fica atrás do dono da casa e come junto com ele. Come as bananas, abacaxi, chupa cana, pimenta, nos dias de caxiri, ele toma junto... (Transcrição de entrevista realizada com Américo Socot em 03/04/22)

Em todos os tipos de morte, é recomendado queimar as roupas e pertences que não forem enterrados junto com o falecido, para que seus amigos e parentes não fiquem com saudades excessivas daquele que morreu e para que esse último, por sua vez, não fique com saudades dos vivos. Ficar lembrando “demais” dos mortos pode ser perigoso (cf. TAYLOR, 1997). No caso dos mortos por suicídio, é ainda mais perigoso, de forma que o esquecimento deve ser buscado com ainda mais empenho:

Quem morre de suicídio não é pra lembrar. Eu lembro quando ele viveu bem. Depois ele morre de suicídio, eu fico com saudades e depois esquece. Não pode lembrar mais nada. É perigoso lembrar, se você lembrar toda hora, você vai pegar a doença dele. Se você lembrar toda hora, vai pegar mais em você. Aí ele vai mesmo vai mandar cair a corda. Vai jogar a corda pra ti no sonho. Ele mesmo vai jogar, aí você pega. Aí de dia, quando você sentir alguma coisa, vai ficar lembrando e vai pegar logo a corda. Por isso que eu não quero ficar lembrando de suicídio, de quem morreu de suicídio. Tem que esquecer. Ele já tá fora, não é mais com a gente. (Transcrição de entrevista realizada com Américo Socot em 03/04/22)

*

Percebemos aqui que, assim como a construção da pessoa e do parentesco, a constituição dos mortos também ocorre por meio de movimentos pelo território e seus múltiplos planos-casa. Para que a morte transcorra bem, os componentes da pessoa têm que percorrer caminhos até chegar às suas casas. Além disso, para lidar com os mortos, também é importante circular pelo território. Até algumas décadas atrás, o clã mudava de lugar quando alguém morria, para não se expor às interações potencialmente perigosas com o *b'atib'* do morto. No entanto, os antropólogos Danilo Ramos e Rafael Silva explicaram-me em comunicações pessoais que, além disso ser cada vez menos comum, os padres construíram cemitérios nas comunidades, o que faz com que haja uma grande concentração de mortos, favorecendo a ocorrência de doenças, infortúnios e conflitos, já ampliada por causa da grande concentração de pessoas vivas. Ainda assim, o antropólogo Renato Athias explicou-me em comunicação pessoal que retomar as práticas de luto dos antigos não necessariamente ajuda a reduzir as ocorrências de enforcamentos e envenenamentos por timbó, dado que não havia práticas de luto específicas para esses casos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em busca de comunidades de sentido

*Depois, quando você voltar pra trabalhar
com a gente, não dá pra fazer anotado não,
tem que lembrar, pra frente.*

Américo Socot

Várias vezes, ao longo das leituras, conversas e escritas, eu sentia uma estafa repulsiva – um embotamento vazio que tornava o mundo mais opaco, mais bidimensional. Naqueles momentos, os versos de Paulinho da Viola tocavam em minha cabeça repetidamente: “Eu não me lembro mais/ Quem me deixou assim/ Hoje eu quero apenas/ Uma pausa de mil compassos”. Naqueles momentos, pensava que o que eu queria mesmo era nunca mais pensar sobre situações de “suicídio”, nunca mais estudar nem lidar com *isso*. Talvez tal pensamento-sentimento fosse uma reverberação longínqua, já bastante dissipada, de experiências que alcançam o impensável, experiências essas de alguma forma transmitidas pelos textos, relatos e acontecimentos com os quais me deparava. Talvez não.

Ao mesmo tempo, ao longo do mestrado (e da pandemia), sonhei como nunca com grávidas (humanas ou não), bebês amamentando e filhotes brincando. Sempre em lugares estranhos, por vezes hostis. Sem dúvida, os sonhos tinham a ver com a gestação do texto. No entanto, não era só isso. Lembro especificamente de um sonho: num descampado seco, uma mãe, com os seios cheios de leite, segue seu bebê, que anda-tropeça alegremente. A dupla tem que pular ou desviar de inúmeros obstáculos – tocos de árvore, cadáveres e carcaças sem rosto estendidos sobre o chão.

Talvez, no plano dos sonhos, tenha continuado a investigar uma questão que me inquietava ao longo dos dias: por onde e como a vida pode crescer em territórios profundamente machucados?

Não tenho respostas para essa pergunta, mas talvez só seja possível buscá-las tecendo e sustentando-nos em relações de cuidado, atenção, mutualidade e respeito – humanas e mais que humanas. Isso pode soar excessivamente simples ou ingênuo, mas não me parece uma tarefa fácil. Não parece fácil, pois, como aponta Silvia Cusicanqui (2018), exige criar tecidos intermediários, zonas de contato em meio às múltiplas brechas epistêmicas, linguagens mutuamente ininteligíveis e comunicações equívocas; exige uma disponibilidade para habitar

espaços de indeterminação, atentando para seu potencial criativo; exige não enfrentar as diferenças ou contradições, buscando transformá-las em sínteses ou tratando-as como oposições irreduzíveis e paralisantes; exige reconhecer a condição de sujeito àqueles que acostumamos tomar como objetos como, por exemplo, animais e “entidades incomensuráveis”; exige uma capacidade para mover-se em múltiplos espaços-tempo simultaneamente; exige uma abertura para construir e participar de diversas comunidades de sentido, cujo lastro não está na identidade ou num comum *a priori*, mas em gestos sintonizados em direção a horizontes comuns (horizontes esses sempre amplos, sempre tão perto e tão longe), movimentos conjuntos em direção a passados que estão adiante; exige humildade para rever conceitos anacrônicos e anatópicos, que se presumem universais; exige, assim:

[...] fazer de tudo aquilo que olhamos, que vivemos, uma matéria para o pensamento. O pensamento que não se nutre da vida acaba esterilizando-se e esterilizando a palavra da qual é portador. Para ter certa potência, a palavra tem que partir de um gesto de desvelamento; sair de si mesma como código encobridor e atrever-se a nomear os aspectos dolorosos da realidade, o que certamente não é fácil, porque se trata de uma tarefa coletiva, não individual, e porque implica desvelar-se ante xs demais, tirar as máscaras que nos ajudam a parecer modernxs. (*Ibidem*, p. 88)

Além disso, penso que, para podermos compor comunidades de sentido na interface das “pororocas” de mundos vividos, é preciso entrar em contato com nossa precariedade e interdependência (cf. BUTLER, 2019; TSING, 2011; 2019). Entrar em contato com nossa precariedade parece ser condição de possibilidade para o estabelecimento de comunidades de sentido. Afinal, não são só os territórios hupd’äh e outros territórios amazônicos que estão profundamente machucados. Nestes tempos de catástrofe socioambiental, a emergência climática não nos deixa mais esquecer que nossas vidas – e mortes – são delicadas e brutalmente tecidas por outros. Não há mais tempo para fingir que estamos a sós – ou só com os “nossos” – no mundo. Nossos olhos enlouquecidos, capturados pela feitiçaria capitalista (cf. STENGERS, 2015; 2005), têm nos levado em direção a tragédias incomensuráveis. Continuar a esquecermos disso é, aí sim, lançar-nos a um devir-suicida.

Não é lançando mão de defesas maníacas – que nos fazem crer que somos habilitados a revelar verdades inacessíveis aos outros e remediar as crises com as mesmas disposições relacionais que as engendraram – que vamos reverter ou atravessar a catástrofe em curso. Aquilo que se desvela no horizonte convoca-nos a reconhecer e aprender com os movimentos de reexistência que os povos indígenas e outros povos – humanos e mais que humanos – vêm perfazendo há séculos. Esses povos não apenas têm sofrido com mais intensidade os efeitos

atrozes da voracidade do povo da mercadoria (cf. KOPENAWA; ALBERT, 2014), como têm criado caminhos para atravessar os fins de mundo, têm cultivado mundos vividos que nos apresentam outros horizontes possíveis e concebido sofisticadas reflexões a respeito. Ademais, certamente não é exterminando, destituindo suas falas ou denegando séculos de estupro colonial que repararemos histórias e territórios profundamente feridos. Certamente não é elipsando as diferenças ou reduzindo tudo aquilo que vem dos outros aos nossos próprios termos que conseguiremos aprender uns com os outros. Não é onipotentemente interpretando aquilo que as pessoas atraídas para a força ou para o veneno nos dizem a partir de teorias que deslegitimam suas falas e desconhecem seus mundos vividos que conseguiremos chamá-las para fazer comunidades de sentido.

Ainda, intuo que, ao mesmo tempo em que é necessário reconhecer, habitar e nutrir-se das diferenças, sentenciar uma inexorável incomunicabilidade entre os diferentes seres e seus múltiplos mundos vividos facilmente nos lança em um solipsismo autorreferente. Pensando nisso, faço minhas as inquietações de Nastassja Martin que, após conversar com sua psicóloga Liliane sobre um encontro quase fatal com um urso, pergunta-se:

O que foi que aconteceu aqui para que os outros seres sejam reduzidos a refletir apenas nosso próprio estado de espírito? O que fazemos da vida deles, de suas trajetórias no mundo, de suas escolhas? Por que é que nessa história e para desenredar os fios do sentido seria preciso que eu atribuísse tudo a mim, aos meus atos, ao meu desejo, à minha pulsão de morte? Porque aquilo que está no fundo do corpo do outro será para sempre inacessível a você, Liliane teria fatalmente me respondido. (2021, p. 58)

Talvez – para habitar zonas de indeterminação e de interface entre múltiplos mundos vividos e, assim, buscar cultivar comunidades de sentido – seja preciso atentar para as comunicações e transmissões que ocorrem para além ou aquém do significante. A saber, além de olhar para os pressupostos ontoepistemológicos e equívocos que ancoram as (in)compreensões entre mundos vividos distintos, talvez seja preciso atentar com mais cuidado para comunicações e contatos (humanos e mais que humanos) que acontecem por meio de gestos, olhares, silêncios, tonalidades, timbres, cheiros, temperaturas, intensidades, contrastes, texturas etc. Parece-me que tais tipos de transmissão – que dependem do estar e fazer junto e inevitavelmente provocam transformações naqueles que as experimentam – vão oferecendo fios com os quais podemos tecer caminhos entre mundos vividos e tecer comunidades de sentido.

Para abrir-se ao desvelamento dos sentidos que emergem do sentir-com o outro, é importante tomar cuidado com a ânsia de intervir, interpretar ou solucionar aquilo que nos

aparece como problema. A hesitação em nomear os fenômenos e intervir sobre situações de “suicídio” coloca-se como elemento fundamental para constituir comunidades de sentido que possibilitem alguma fecundidade clínica, pois a é sustentação da indefinição que permite habitar situações de interface de comunicação. Uma das grandes questões da situação clínica é justamente conseguir habitar essa interface de comunicação. E não apenas em contextos de interculturalidade. Em qualquer situação clínica, deparamo-nos com o desafio de aprender o idioma pessoal do outro e de compreender seus mundos vividos. Este desafio é contínuo – requer uma disponibilidade para estar constantemente avizinhandose dos mundos do outro; requer sustentar um transbordamento de sentidos e significados que não cessam de ultrapassar nossa compreensão. No entanto, com o passar do tempo, a convivência, a experiência de intimidade e a escuta atenta e sensível das falas e silêncios vão transformando-nos e permitindo criar – no mínimo a quatro mãos – pontes entre diferentes mundos vividos e idiomas pessoais. Dessas pontes, podemos olhar para sentidos que se desvelam no horizonte.

Note que, aqui, “sentido” pode conotar tanto “horizonte”, “devir”, “direção” quanto “sentir”, “perceber sensorialmente”. Em ambos os casos, não é um sentido atribuído ou projetado pelo(s) sujeito(s), mas sim a percepção de um sentido que vem do outro – é pelos outros que sabemos que existimos e, se aquilo que dizemos faz sentido, é porque os outros lhe conferem sentido.

Uma anedota de campo ajuda a entender melhor o que quero dizer. Como contei anteriormente, fiquei hospedada por alguns dias no sítio de Isabel e Américo Socot. Quando cheguei, quase não conversava com as mulheres mais velhas, que pareciam não se sentir tão à vontade comigo. Em parte, esse desconforto se devia à língua – muitas delas falam pouco ou não se sentem à vontade de falar em português. Aos poucos, fomos ficando mais confortáveis umas em companhia das outras, e elas começaram a fazer piadas, a me ensinar palavras em hupd’äh e a me mostrar como preparar algumas comidas. Achavam muita graça na minha dificuldade em dizer as palavras da maneira correta e no meu desajeito para fazer aquilo que elas faziam com tanta destreza. Vira e mexe, alguma delas desatava a falar comigo em hupd’äh, mesmo sabendo que eu não entendia nada. Eu escutava, rindo e um pouco sem graça. Quando alguém mais jovem estava por perto, eu pedia que me traduzisse, mas geralmente recebia traduções um tanto quanto lacônicas. No dia em que fui embora, despedi-me de todos e, por último, fui me despedir de Isabel. Disse-lhe algumas coisas em português, que ela entende bem. Ela escutou e, em seguida, segurou meus braços e falou em hupd’äh por alguns minutos. Escutei com atenção. Naquele momento, não senti necessidade de pedir que me traduzissem o que

Isabel dissera. Algo havia se transmitido e nos afetado e já era suficiente. Voltei pra casa com a imagem e a voz de Isabel me acompanhando.

REFERÊNCIAS

ACHATZ, R. W.; GUIMARÃES, D. S. An Invitation to Travel in an Interethnic Arena: Listening Carefully to Amerindian Leaders' Speeches. **Integr Psychol Behav Sci**, Nova Iorque, v. 52 n.4, p. 595-613, 2018.

AGAMBEN, G. O amigo. In: _____. **O amigo + Sobre crise, história e arte. Caderno de Leituras n. 10**. Belo Horizonte: Chão de Feira, 2012, p. 1-5.

ALBERT, B. O ouro canibal e a queda do céu: uma crítica xamânica da economia política da natureza (Yanomami). In: ALBERT, B.; RAMOS, A. R. (ORG.). **Pacificando o branco: cosmologias do contato no norte-amazônico**. São Paulo: UNESP, 2002, p. 239-274.

_____. Postscriptum – quando um eu é um outro (e vice-versa). In: KOPENAWA, D.; ALBERT, B. **A queda do céu: palavras de um xamã Yanomami**. São Paulo: Companhia das Letras, 2015. p. 512-552.

ALMEIDA, M. W. B. Caipora e outros conflitos ontológicos. **Rev Antropol UFSCar**, São Carlos, v. 5, n. 1, p.7-28, 2013.

ALMEIDA, D. L. **Suicídio entre os Kaiowa**: possíveis contribuições da psicologia analítica. 2010. 38 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Psicologia Analítica) - Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2010.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. 123 p.

ANDRELLO, G. **Cidade do índio**: transformações e cotidiano em Iauaretê. São Paulo: UNESP; ISA; Rio de Janeiro: NUTI, 2006. 447 p.

APARICIO, M. **Presas do Timbó**: cosmopolítica e transformações Suruwaha. 2014. 198 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2014.

_____. As metamorfoses dos humanos em presas do timbó. O Suruwaha e a morte por envenenamento. **Rev Antropol**, São Paulo, v. 58, n. 2, p. 314-344, 2015.

_____. “Jesús tomó timbó”: equívocos misioneros en torno al suicidio Suruwaha. In: APARICIO, M.; ARÁUZ, L. C. (Org.). **Etnografías del suicidio en América del Sur**. Quito: Abya-Yala, 2017, p. 205-228.

ARÁUZ, L. C. La cadena de los suicidas. Relatos de vida y muerte em um valle de Quito. In: APARICIO, M.; ARÁUZ, L. C. (Org.). **Etnografías del suicidio en América del Sur**. Quito: Abya-Yala, 2017, p. 45-72.

ARÁUZ, L. C.; APARÍCIO, M. (Orgs.). **Etnografías del suicidio en América del Sur**. Quito: Abya-Yala, 2017. 311 p.

ASEVEDO, E. et al. Ten-year Evolution of Suicide Rates and Economic Indicators in Large Brazilian Urban Centers. **Curr Opin Psychiatry**, Londres, v. 31, n. 3, p. 265-71, 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL (ABRASME). **Carta de Manaus por uma saúde integral aos povos indígenas**. Manaus: Abrasme, 2014. Disponível em: <http://www.congresso2014.abrasme.org.br>. Acesso em: 23 abr. 2015.

ATHILA, A. et al. “Saúde é demarcar terra indígena”. Manifesto elaborado no Seminário “Sexualidades, Saúde e Povos Indígenas: regimes de cuidado, políticas de morte, direito à vida”, _____, 2019. Disponível em: http://www.aba.abant.org.br/files/20191028_5db72fc41c75a.pdf. Acesso em: 03 mar. 2020.

ATHIAS, R. **Hupdah-Maku/Tukano**: les relations inégales entre deux sociétés du Uaupés Amazonien (Brésil). 1995. 157 f. Tese (Doutorado em Antropologia) – Université de Paris X Nanterre, Paris, 1995.

_____. Doença e cura: sistema médico e representação entre os Hupde-Maku da região do Rio Negro, Amazonas. **Horiz Antropol**, Porto Alegre: UFRGS, v. 4, n. 9, 1998.

_____. Os Hupd’äh. In: RAMIREZ, H. **A língua dos Hupd’äh do Alto Rio Negro**: Dicionário e guia de conversação. São Paulo: Saúde Sem Limites, 2006. p. 09-28.

AZUERO, A. J. et al. Suicide in the Indigenous Population of Latin America: A Systematic Review. **Rev colomb psiquiatr**, Bogotá, v. 46, n. 4, p. 237-242, 2017.

BADIOU, A. **Ética**: um ensaio sobre a consciência do mal. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995. 100 p.

BAKHTIN, M. Observações sobre a epistemologia das ciências humanas. In: _____. **Estética da criação verbal**. São Paulo: Martins Fontes, 2003. p. 399-415.

BANIWA, A. F. **Bem Viver e Viver Bem**: Segundo o Povo Baniwa no Noroeste Amazônico Brasileiro. Curitiba: Ed. UFPR, 2019. 64 p.

_____. Controle social: o ponto de vista das lideranças. In: GARNELO, L. (Org.). **Saúde indígena**: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI, 2012. p. 216-234.

BANIWA, B. Mulheres e território: Reflexão sobre o que afeta a vida das mulheres indígenas quando os direitos territoriais são ameaçados. **Vukápanavo: Rev Terena**, v. 1, n. 1, p. 165-170, 2018.

BARBOZA, M. S. L.; TUKANO, L. D. Y.; WAIWAI, J. X. “Corpoterritorialização” Katukina: lampejos etnográficos sob as perspectivas femininas indígenas. **Amazôn - Rev Antropol**, [S.l.], v. 11, n. 2, dez. 2019.

BARRETO, J. P. L. Bahserikowi - Centro de Medicina Indígena da Amazônia: concepções e práticas de saúde indígena. **Amazôn - Rev. Antropol**, [S.l.], v. 9, n. 2, p. 594-612, 2017.

BARRETO, J. R. R. **Formação e transformação de coletivos indígenas do noroeste amazônico**: do mito à sociologia das comunidades. Manaus: NEAI; EDUA, 2018. 162 p.

BATISTA, M. Q. **Saúde mental em contextos indígenas no território brasileiro**: análise da produção bibliográfica e reflexões epistemológicas. 2014. 90 f., il. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

BENITES, S. **Viver na língua Guarani Nhandeva (mulher falando)**. 2018, 105 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

_____. Piração. **Corpos que falam**: um lugar para as vozes de estudantes de pós-graduação em quarentena, 2020. Disponível em: <<https://corposquefalam.weebly.com/escritas/piracao-sandra-benites-ppgasmnufrj>>. Acesso em: 01 jul. 2020.

BERNI, L. E. V. Psicologia e saúde mental indígena: um panorama para construção de políticas públicas. **Psicol Am Lat**, México, n. spe, p. 64-81, nov. 2017.

_____. **Portaria Conjunta do Ministério da Saúde e FUNAI n. 4094, de 20 de dezembro de 2018.** Brasília: Ministério da Saúde; FUNAI, 2018.

_____. **Estratégias de Prevenção do Suicídio em Povos Indígenas** / Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Saúde Indígena, Departamento de Atenção à Saúde Indígena. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

_____. **Boletim Epidemiológico:** Mortalidade por suicídio na população indígena no Brasil, 2015 a 2018. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, v. 51, n. 37, set. 2020.

_____. 2021. **Boletim Epidemiológico:** Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, v. 52, n. 33, set. 2021.

BROWN, M. F. La cara oscura del progreso: el suicidio entre los Aguaruna del Alto Mayo. In: _____ . **Relaciones Interétnicas y Adaptación Cultural entre Shuar, Achuar, Aguaruna Y Canelos Quichua.** Quito: Abya-Yala, p. 76-88, 1984.

_____. Power, Gender, and the Social Meaning of Aguaruna Suicide. In: **Man**, v. 21 n. 2, p. 311-328, 1986.

BUENO, M. I. C. S. Suicídio ou homicídio? Os múltiplos sentidos das mortes por enforcamento entre os Ticuna (Alto Solimões – Brasil). In: APARICIO, M.; ARÁUZ, L. C. (Orgs.). **Etnografías del suicidio en América del Sur.** Quito: Abya-Yala, 2017. p. 123-148.

BUTLER, J. **Vida precária:** os poderes do luto e da violência. Trad. Lieber, A. Belo Horizonte: Autêntica, 2019. 189 p.

CALVINO, I. **Por que ler os clássicos.** São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

CARNEIRO DA CUNHA, M.; BARBOSA, S. (Orgs.). **Direitos indígenas em disputa.** São Paulo: Ed. Unesp, 2018.

CASSORLA, R. M. S. **Suicídio:** fatores inconscientes e aspectos socioculturais: uma introdução. São Paulo: Blucher, 2017. 110 p.

_____. **Estudos sobre suicídio:** psicanálise e saúde mental. São Paulo: Blucher, 2021. 191 p.

CASTRO, M. Abril indígena: "Destruir a natureza é caminho para o suicídio", alerta Gersem Baniwa. **Brasil de Fato**, 2021. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2021/04/19/destruir-a-natureza-e-um-caminho-para-o-suicidio-alerta-gersem-baniwa>>. Acesso em: 23 abr. 2021.

CENTRO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). **Violência contra os povos indígenas no Brasil – Dados de 2016**. CIMI, 2017. Disponível em: <<http://www.cimi.org.br/pub/Arquivos/Relat.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2018.

_____. **Violência contra os povos indígenas no Brasil – Dados de 2019**. CIMI, 2020. Disponível em: <<https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2020/10/relatorio-violencia-contra-os-povos-indigenas-brasil-2019-cimi.pdf>>. Acesso em: 06 mar. 2021.

CLASTRES, P. Do etnocídio. In: _____. **Arqueologia da violência**: pesquisas de antropologia política. São Paulo: Cosac Naify, 2004.

COELHO DE SOUZA, M. Nós, os vivos: “construção da pessoa” e “construção do parentesco” entre alguns grupos Jê. **Rev Bras Cien Soc**, [S.l.], n. 16, v. 46, p. 69-96, 2001.

_____. Parentes de sangue: incesto, substância e relação no pensamento timbira. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 25-60, 2004.

COLABONE, M. R.; PRADO, L. E. Sobre o suicídio. As reuniões psicanalíticas de Viena. **Rev Bras Psican**, v. 53, n. 4, p. 257-261, 2019.

COLOMA, C. et al. Suicide Trends and Characteristics Among Persons in the Guaraní Kaiowá and Nandeva Communities - Mato Grosso do Sul, Brazil, 2000-2005. **MMWR**, v. 56 n. 1, p. 7-9, 2007.

COUTINHO JÚNIOR, W. **Suicídio indígena alto-rionegrino**: circunstâncias e enigmas da morte voluntária no noroeste da Amazônia. Relatório da Procuradoria da República do Amazonas-MPF. Manaus, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Resolução CFP n. 010/2005**. Código de Ética Profissional do Psicólogo, XIII Plenário. Brasília: CFP, 2005.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (CRP-SP). **Povos Indígenas e Psicologia**: A procura do Bem Viver. São Paulo: CRPSP, 2016. 280 p.

CRP-SP assina manifestos contra os retrocessos na saúde mental e na luta antimanicomial. **Conselho Regional de Psicologia SP**, 2020. Disponível em: <<https://www.crp-sp.org/noticia/view/2664/crp-sp-assina-manifestos-contra-os-retrocessos-na-saude-mental-e-na-luta-antimanicomial>>. Acesso em: 12 dez. 2020.

CUSICANQUI, S. R. **Un mundo Ch'ixi es posible**: ensayos desde un presente en crisis. Buenos Aires: Tinta Limón, 2018.

DAL POZ, J. Crônica de uma morte anunciada. Do suicídio entre os Sorowaha. **Rev Antropol**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 89-144, 2000.

_____. Indivíduo e sociedade na Amazônia: sobre o suicídio tópico nos Sorowahas. In: APARICIO, M.; ARÁUZ, L. C. (Org.). **Etnografías del suicidio en América del Sur**. Quito: Abya-Yala, 2017. p. 171-203.

DANOWSKI, D.; VIVEIROS DE CASTRO, E. **Há mundo por vir?** Ensaio sobre os medos e os fins. Florianópolis: Desterro, Cultura e Barbárie; ISA, 2014. 176 p.

DE LA CADENA, M.; BLASER, M. (Ed.). **A World of Many Worlds**. Durham: Duke University Press, 2018. 224 p.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O anti-Édipo**: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

DESCOLA, P. Estrutura ou sentimento: a relação com o animal da Amazônia. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 23-45, 1998.

DEVEREUX, G. **Mohave Ethnopsychiatry and Suicide**: the Psychiatric Knowledge and the Psychic Disturbances of an Indian Tribe. Washington: United States Government Printing Office, 1961. 586 p.

_____. **Essais d'ethnopsychiatrie générale**. Paris: Gallimard, 1977.

DIEHL, E.; PELLEGRINI, M. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores em contextos interculturais. **Cad Saúde Públ**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 867-874, abr. 2014.

DUPRAT, D.; TERENA, L. E. O genocídio indígena atual. **APIB Oficial**, 2021. Disponível em: <<https://apiboficial.org/2021/03/18/artigo-o-genocidio-indigena-atual/>>. Acesso em: 04 abr. 2021.

DURKHEIM, É. **Da divisão do trabalho social**. 2 ed. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 483 p.

_____. **O suicídio**: estudo de sociologia. Tradução de Monica Stahel. São Paulo: Martins Fontes, 2000. 513 p.

_____. **As regras do método sociológico**. 17. ed. Tradução de Maria Isaura Pereira de Queiroz. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2002.

ENDO, T. O SUS e os mecanismos de exclusão: a saúde mental à margem do sistema de saúde. In: ENDO, T. et al. (Orgs.). **Psicologia, Violência e Direitos Humanos**. São Paulo: CRP-SP, 2012. p. 69-77.

EPPS, Pattience. **A Grammar of Hup**. Berlin; New York: Mouton de Gruyter, 2008.

ERTHAL, R. M. C. **O suicídio Ticuna na região do Alto Solimões-AM**. 1998. 303 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1998.

_____. O suicídio Tikúna no Alto Solimões: uma expressão de conflitos. **Cad Saúde Públ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 299-311, 2001.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, mar. 2014.

FAVRET-SAADA, J. **Les mots, les morts, les sorts**. Paris: Gallimard, 1977.

_____. Ser afetado. **Cad Campo**, São Paulo, v. 13, n. 13, p. 155-161, 2005.

FEDERAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES INDÍGENAS DO RIO NEGRO (FOIRN). **Plano de gestão territorial e ambiental**: Terra Indígena Alto Rio Negro. São Gabriel da Cachoeira: FOIRN, 2019.

FEDERAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES INDÍGENAS DO RIO NEGRO (FOIRN); INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (ISA). **Levantamento Socioambiental com as**

comunidades das TIs do médio e Alto Rio Negro, 2017. Disponível em: <<https://terrasindigenas.org.br/en/noticia/178740>>. Acesso em: 20 fev. 2022.

FERENCZI, S. Análises de crianças com adultos. In: _____. **Psicanálise IV**. São Paulo: Martins Fontes, 2011a (Original publicado em 1931). p. 79-96.

_____. Confusão de línguas entre os adultos e a criança. In: _____. **Psicanálise IV**. São Paulo: Martins Fontes, 2011b (Original publicado em 1933). p. 111-121.

FERNANDES GUARANI MBYA, M. Relato. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 6ª REGIÃO (Org). **Psicologia e povos indígenas**. São Paulo: CRPSP, 2010. p. 46-49.

FERREIRA, L. O. Jurupari ou “visagens”: reflexões sobre os descompassos interpretativos existentes entre os pontos de vista psiquiátrico e indígenas. **Mediações – Rev Ciên Soc**, Londrina, v. 16, n. 2, p. 249-265, 2012.

FERREIRA DA SILVA, D. **Toward a Global Idea of Race**. Minneapolis: University of Minnesota Press, 2007.

FIGUEIREDO, L. C. **A invenção do psicológico**: quatro séculos de subjetivação. São Paulo: Educ; Escuta, 1992.

_____. **Elementos para a clínica contemporânea**. São Paulo: Escuta, 2008.

FLAKSMAN, C. Culpa e cuidado no candomblé baiano. **Rev IEB**, São Paulo, n. 69, p. 307-323, 2018.

FLEURI, R. M. Interculturalidade, identidade e decolonialidade: desafios políticos e educacionais. **Série-Estudos - Periódico do Programa de Pós-Graduação em Educação da UCDB**, [S. l.], n. 37, p. 89-106, 2014.

FOLLÉR, M. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, E. J. et al. (Org.). **Saúde dos povos indígenas**: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra-capá, 2004. p. 103-116.

FÓRUM SOBRE VIOLAÇÕES DE DIREITOS DOS POVOS INDÍGENAS (FVDPI). **“O sonho vira pesadelo”**: sobre as violações do direito à Saúde Indígena no Brasil. 2014.

Disponível em: <http://www.andhep.org.br/arquivos/dh_forum_indigena_nota_tecnica.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018.

FOUCAULT, M. **A história da loucura**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.

_____. **As palavras e as coisas**: uma arqueologia das Ciências Humanas. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

_____. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 38. ed. Petrópoles: Vozes, 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREUD, S. Sobre a psicopatologia da vida cotidiana: Esquecimentos, lapsos da fala, equívocos na ação, superstições e erros. In: _____. **A psicopatologia da vida cotidiana (1901)**. J. Salomão, trad., vol. VI. Rio de Janeiro: Imago, 1987. (Original publicado em 1901).

_____. Fragmento da análise de um caso de histeria. In: _____. **Um caso de histeria, três ensaios para uma teoria da sexualidade e outros trabalhos (1901-1905)**. J. Salomão, trad., vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1987. (Original publicado em 1905). p. 12-115.

_____. Notas sobre um caso de neurose obsessiva. In: _____. **Dois histórias clínicas (o “pequeno Hans” e o “homem dos ratos”) (1909)**. J. Salomão, trad., vol. X. Rio de Janeiro: Imago, 1987. (Original publicado em 1909). p. 157-320.

_____. Conclusão da discussão sobre o suicídio. In: FRIEDMAN, P (Ed.). Minutas da Sociedade Psicanalítica de Viena, Sobre o suicídio (1910). Colabone, M. R.; Prado, R. E. (trad.). **Rev Bras Psican**, v. 53, n. 4, 2019, p. 282.

_____. Recomendações aos médicos que exercem psicanálise. In: _____. **O caso de Schreber, Artigos sobre técnica e outros trabalhos (1911-1913)**. J. Salomão, trad., vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1987. (Original publicado em 1912). p. 123-133.

_____. Recordar, repetir e elaborar: novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II. In: _____. **O caso de Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos (1911-1913)**. J. Salomão, trad., vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1987. (Original publicado em 1914). p. 163-171.

_____. Totem e tabu. In: _____. **Totem e tabu e outros trabalhos (1913-1914)**. J. Salomão, trad., vol. XIII. Rio de Janeiro: Imago, 1987. (Original publicado em 1913). p. 13-163.

_____. Luto e melancolia. In: _____. **A história do movimento psicanalítico, Artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916)**. J. Salomão, trad., vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1987. (Original publicado em 1917a). p. 245-266.

_____. Uma dificuldade no caminho da psicanálise. In: _____. **Uma neurose infantil e outros trabalhos (1917-1918)**. J. Salomão, trad., vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1987. (Original publicado em 1917b). p. 145-153.

_____. O estranho. In: _____. **Uma neurose infantil e outros trabalhos (1917-1918)**. J. Salomão, trad., vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1987. (Original publicado em 1919). p. 237-269.

_____. Além do princípio de prazer. In: _____. **Além do princípio de prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos (1920-1922)**. J. Salomão, trad., vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1987. (Original publicado em 1920). p. 13-85.

_____. O ego e o id. In: _____. **O ego e o id e outros trabalhos (1923-1925)**. J. Salomão, trad., vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1987. (Original publicado em 1923). p. 15-80.

_____. O problema econômico do masoquismo. In: _____. **O ego e o id e outros trabalhos (1923-1925)**. J. Salomão, trad., vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1987. (Original publicado em 1924). p. 175-188.

_____. O fetichismo. In: _____. **O futuro de uma ilusão, o mal-estar na civilização e outros trabalhos**. J. Salomão, trad., vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1987. (Original publicado em 1927). p. 155-159

_____. Mal-estar na civilização. In: _____. **Obras completas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. (Original publicado em 1930).

_____. Esboço de psicanálise. In: _____. **Moisés e o monoteísmo**. Esboço de psicanálise e outros trabalhos. J. Salomão, trad., vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1987. (Original publicado em 1940), p. 168-237.

FRIEDMAN, P (Ed.). Minutas da Sociedade Psicanalítica de Viena: Sobre o suicídio (1910). Colabone, M. R.; Prado, R. E. (trad.). **Rev Bras Psican**, v. 53, n. 4, p. 263-282, 2019.

FUKUMITSU, K. O.; KOVACS, M. J. Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio. **Psico (Porto Alegre)**, Porto Alegre, v. 47, n. 1, p. 03-12, 2016.

FUKUMITSU, K. O. **Sobreviventes enlutados por suicídio**: cuidados e intervenções. São Paulo: Summus, 2019

FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO (FUNAI). **Programa de Proteção e Promoção dos Direitos dos Povos Indígenas**: Plano Plurianual 2012-2015. FUNAI, 2012. Disponível em: <http://www.funai.gov.br/arquivos/conteudo/ouvidoria/pdf/aceso-a-informacao/Plano_plurianual-PPA_2012-2015.pdf>. Acesso em: 20 maio 2020.

GADAMER, H. **Verdade e método I**: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Petrópolis: Vozes, 2014.

GALLOIS, D. **O movimento na cosmologia waiãpi**: criação, expansão e transformação do universo. 1988. 417 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1988.

GÂNDAVO, P. M. **Tratado da terra do Brasil**: história da Província Santa. Belo Horizonte: Itatiaia, 1980.

GOLDMAN, M. Jeanne Favret-Saada, os afetos, a etnografia. **Cad Campo**. São Paulo, v. 13, n. 13, p. 149-153. 2005.

GONÇALVES FILHO, J. M. Humilhação social: um problema político em psicologia. **Psicol USP**. São Paulo, v. 9, n. 2, p. 11-67, 1998a

_____. A memória da casa e a memória dos outros. **Travessia - Rev migrante**, [S.I.], n. 32, p. 1-13, 1998b.

_____. Humilhação social: humilhação política. In: SOUZA, B. P. (Org.). **Orientação à queixa escolar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 01-30.

GONDAR, J. Ferenczi como pensador político. **Cad psicanal**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 27, p. 193-210, dez. 2012.

GONGORA, M. F. **Ääma ashichaato**: replicações, transformações, pessoas e cantos entre os Ye'Kwana do rio Auaris. 2017. 494 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

GOVERNO Bolsonaro quer acabar com o subsistema de saúde indígena. **APIB Oficial**, 2019. Disponível em: <<https://apiboficial.org/2019/11/19/governo-bolsonaro-quer-acabar-com-o-subsistema-de-saude-indigena/>>. Acesso em: 02 mar. 2020.

GOVERNO Federal persegue e tenta calar a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil e Sonia Guajajara. **APIB Oficial**, 2021. Disponível em: <<https://apiboficial.org/2021/04/30/governo-federal-persegue-e-tenta-calar-a-articulacao-dos-povos-indigenas-do-brasil-e-sonia-guajajara/>> Acesso em: 05 maio 2021.

GOW, P. O parentesco como consciência humana: o caso dos piro. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 39-65, 1997.

_____. The Perverse Child: Desire in a Native Amazonian Subsistence Economy. **Man**, v. 24, n. 4, p. 567-582, 1989.

_____. **An Amazonian Myth and its History**. Oxford: Oxford University Press, 2001.

GREENE, S. The Shaman's Needle: Development, Shamanic Agency, and Intermediality in Aguaruna Lands, Peru. **Americ Ethnol**, Washington, v. 25, n. 4, p. 634-658, 1998.

GUARANI, J. Tornar-se selvagem. **Piseagrama**, Belo Horizonte, n. 14, p. 12-19, 2020.

GUIMARÃES, D. S. **Amerindian Paths**: Guiding Dialogues with Psychology. Charlotte: Information Age, 2016.

_____. Amerindian Psychology: Cultural Basis for General Knowledge Construction. In: WAGONER, B.; BRESKO, I.; AWAD, S. H. (Eds.). **The Psychology of Imagination**: History, Theory and New Research Horizons. Charlotte: Information Age, 2017. p. 221-238.

HALBMAYER, E. Socio-Cosmological Contexts and Forms of Violence. War, Vendetta, Duels and Suicide Among the Yukpa of North-Western Venezuela. In: SCHMIDT, B.; SCHRÖDER, I. (Ed.). **The Anthropology of Violence and Conflict**. London: Routledge, 2001. p. 49-75.

_____. Del suicidio y las concepciones de la muerte entre los Yukpa y otros pueblos amerindios de las Tierras Bajas Suramericanas. In: APARICIO, M.; ARÁUZ, L. C. (Org.). **Etnografías del suicidio en América del Sur**. Quito: Abya-Yala, 2017. p. 11-43.

HAW, C. et al. Suicide clusters: a Review of Risk Factors and Mechanisms. **Suicide Life Threat Behav**, v. 43, n. 1, p. 97-108, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2021**. Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais – COPIS – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2021. Disponível em: <https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2021/estimativa_dou_2021.pdf>. Acesso em 09 maio 2022.

_____. **Área territorial brasileira**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2021. Disponível em : <<https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/15761-areas-dos-municipios.html?=&t=acesso-ao-produto>>. Acesso em: 09 maio 2022.

INGOLD, T. **The Perception of the Environment**. Essays on Livelihood, Dwelling and Skill. Londres: Routledge, 2000.

ISAAC, M. et al. Gatekeeper Training as a Preventive Intervention for Suicide: A Systematic Review. **Canad J Psych**, [S.I.], v. 54, n. 4, p. 260-268, 2009.

JAEN-VARAS, D. et al. The Association BETWEEN Adolescent Suicide Rates and Socioeconomic Indicators in Brazil: a 10-Year Retrospective Ecological Study. **Braz J Psychiatry**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 389-395, 2019.

JACKSON, J. **The Fish People**: Linguistic Exogamy and Tukanoan Identity in North-West Amazon. Cambridge: Cambridge University Press, 1983.

JAHODA, G. **The Images of Savages**: Ancient Roots of Modern Prejudice in Western Culture. New York: Routledge, 1999.

JEFFREYS, M. D. W. Samsonic Suicide or Suicide of Revenge. **Afric Stud**, n. 11, v. 3, p. 118-122, 1952.

KELLY, J. Notas para uma teoria do ‘virar branco’. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 201-234, 2005.

_____. **About Antimestizaje**. Florianópolis: Cultura e Barbárie, 2016.

KEIFENHEIM, B. Suicide à la Kashinawa: Le désir de l’au delà ou la séduction olfactive et auditive par les esprits des morts. **J Soc Américanist**, Paris, n. 88, p. 91-110, 2002.

KIRMAYER, L. J. et al. Suicide Among Aboriginal People in Canadá. Ottawa: Aboriginal Healing Foundation, 2007. 168 p.

KOCH-GRUNBERG, T. Die Maku. In: BECERRA, G. (org.). **Viviendo en el bosque**. Medellín: Ed. Universidad Nacional de Colombia, 2010.

KOPENAWA, D.; ALBERT, B. **La Chute du Ciel**. Paroles d’un Chaman Yanomami. Paris: Terre Humain; Plon, 2014.

KRENAK, A. O eterno retorno do encontro. In: NOVAES, A. (org.). **A outra margem do ocidente**. Brasília: Minc-Funarte; São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

_____. Recebendo sonhos. In: COHN S. (Org.). **Encontros**. Rio de Janeiro: Azougue, 2015.

_____. 2016. **Índios em movimento**. Comunicação oral no SESC Pinheiros.

_____. Pensando com a cabeça na Terra. **Anais da VI ReACT**, São Paulo, v. 3 n. 3, 2017.

_____. **Ideias para adiar o fim do mundo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

KUPERMANN, D. A “desautorização” em Ferenczi: do trauma sexual ao trauma social. **Revista Cult**, n. 205, p. 39-45, 2015.

LANGDON, J. E. Introdução: Xamanismo – velhas e novas perspectivas. In: _____. (Org.). **Xamanismo no Brasil: novas perspectivas**. Florianópolis: Ed. UFSC, 1996. p. 01-25.

_____. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: _____. **Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contra-capas, 2004. p. 25-41.

LANGDON, E. J.; DIEHL, E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. **Saude Soc**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 19-36, 2007.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.-B. **Vocabulário da Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1997. (Trabalho original publicado em 1967).

LATOURET, B. **Nous n'avons jamais été modernes**. Paris: La Decouverte, 1993.

_____. **Jamais fomos modernos**: ensaio de antropologia simétrica. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

_____. **Reflexão sobre o culto moderno dos deuses fe(i)tiches**. Bauru: EDUSC, 2002.

LEENAARS, A. (Ed.). **Lives and Deaths**: Selections from the Works of Edwin S. Shneidman. Philadelphia: Brunner; Mazel, 1999.

LESCANO, C.; SCARTEZINI, S. S. Encantos, simpatias e feitiços: reflexões sobre os casos de suicídio entre os Guarani Kaiowá e Karajá. **Rev Estud Invest Antropol**, Recife, v. 5, p. 37-53, 2018.

LEVCOVITZ, S. **Kandire**: o paraíso terreal. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1998.

LEVI, P. **Os afogados e os sobreviventes**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2020. (Original publicado em 1986). 186 p.

LEVI-STRAUSS, C. Race et histoire. In: _____. **Anthropologie structurale deux**. Paris: Plon, 1973. p. 377-422.

LÉVINAS, E. **Totalidade e infinito**. Lisboa: Edições 70, 2000.

LIMA, A. et al. Violações de direitos de povos indígenas de recente contato: o caso dos Hupd'äh e dos Yuhupdëh da região do Alto Rio Negro (AM). **ARACÊ – Dir Hum Rev**, v. 3, n. 2, 2016.

LIMA, T. S. **Um peixe olhou para mim**: o povo Yudjá e a perspectiva. São Paulo: UNESP; ISA; Rio de Janeiro: NUTI, 2005.

LIMA, T. S.; GOLDMAN, M. Como se faz um grande divisor: etnologia das sociedades indígenas e antropologia das sociedades complexas. **Sexta-Feira: Antropol Ar Humanid**, n. 3, p. 38-45, 1998.

LINKLATER, R. L. B. L. **Decolonizing Trauma Work**: Indigenous Practitioners Share Stories and Strategies. 2011. 281 f. Tese (Doutorado em Filosofia) – Graduate Department of Adult Education and Counselling Psychology, University of Toronto, 2011.

LOLLI, P. **As redes de trocas rituais dos Yuhupdeh no igarapé Castanha, através dos benzimentos (mihdïid) e das flautas jurupari (Ti')**. 2010. 206 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

MACEDO, V.; MARTINS, J. A.; TRONCARELLI, M. C. Três linhas e alguns nós: serviço social, educação e antropologia na CASAI-SP. **Amazôn - Rev Antropol**, [S.l.], v. 9, n. 2, p. 632-659, abr. 2018.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Cien Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 335-342, 2007.

MALINOWSKI, B. **Crime and custom in savage society**. Londres: Routledge & Keagan Paul, 1949. (Original publicado em 1926).

MARQUES, B. **Figuras do movimento**: os Hupda na literatura etnológica do Alto Rio Negro. 2009. 192 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

_____. **Os Hupd'äh e seus mundos possíveis**: transformações espaço-temporais do Alto Rio Negro. 2015. 253 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

_____. Mapas e outros modos de relação: por uma antropologia da terra com os Hupd'äh. 2021, SALSA. Apresentação oral na SALSA XIII Biennial Conference, no Workshop: Situações etnográficas e antropológicas para um debate sobre uma política de atendimento para povos de recente contato na região do Alto Rio Negro.

MARQUES, B. R.; RAMOS, D. P. Dissoluções necessárias: a perspectiva dos hupd'äh nas relações do “sistema regional do Alto Rio Negro”. **Espaço Ameríndio**, [S. l.], v. 13, n. 2, p. 104, 2019.

MARTIN, N. **Escute as feras**. São Paulo: Editora 34, 2021. 112 p.

MATOS, B. A. **A visita dos espíritos**: ritual, história e transformação entre os Matses da Amazônia brasileira. 2014. 278 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Rio de Janeiro, Museu Nacional, PPGAS, Rio de Janeiro, 2014.

_____. O ataque dos espíritos e a desconstituição da pessoa entre os Matses. In: APARICIO, M.; ARÁUZ, L. C. (Org.). **Etnografías del suicidio en América del Sur**. Quito: Abya-Yala, 2017, p. 149-170.

MCCALLUM, C. Alteridade e sociabilidade Kaxinauá: perspectivas de uma antropologia da vida diária. **Rev bras Cienc Soc**, [S. l.], v. 13, n. 38, p. 127-136, 1998.

MEIRA, M. A. F. **O tempo dos padrões**: extrativismo da piaçava entre os índios do rio Xié (Alto Rio Negro). 1993. 127 f. (Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1993.

_____. **A persistência do aviamento**: colonialismo e história indígena no noroeste amazônico. São Paulo: EdUFSCar, 2018.

_____. O martírio de mulheres indígenas do rio Negro em documentos do Serviço de Proteção aos Índios (1914-1915). **Bol Mus Para Emílio Goeldi Ciênc hum**, Belém, v. 16, n. 1, 2021.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. 3. ed. São Paulo: N-1 edições, 2018. 80 p.

MELLO-SANTOS, C.; BERTOLOTE, J. M.; WANG, Y-P. Epidemiology of Suicide in Brazil (1980-2000): Characterization of Age and Gender Rates of Suicide. **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 131-134, 2005.

MELMAN, C. Questões acerca da paranoia. **Rev Tempo Freudiano**, Rio de Janeiro v. 2, n. 4, 2005.

MESOUDI, A. The Cultural Dynamics of Copycat Suicide. **PLoS One**, v. 4, n. 9. :e7252, 2009. doi: 10.1371/journal.pone.0007252.

METRAUX, A. Suicide among the Matakó Indians. **Amer Indig**, Cidade do México, v. 3, p. 199-209, 1943.

MINISTÉRIO realiza fórum de enfrentamento ao suicídio e a drogadição indígena no Amazonas. **Gov.br**, 2019. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2019/novembro/ministerio-realiza-forum-de-enfrentamento-ao-suicidio-e-a-drogacao-indigena-no-amazonas>>. Acesso em: 20 out. 2020.

MINOIS, G. **História do suicídio**: a sociedade ocidental diante da morte voluntária. Traduzido por Fernando Santos. São Paulo: Ed. Unesp, 2018. 414 p.

MONTEIRO, L. **Territorialidade e mobilidade**: estudo etnográfico de um grupo local Hupdá do médio rio Tiquié, Amazonas. 2011. 166 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

MONTEIRO, L.; MCCALLUM, A. C. A noção de “Bem-Viver” Hupdá em seu território. **Mundo Amazôn**, Manaus, v. 4, p. 31-56, 2013.

MOREIRA, E. O lugar da fala: a questão dos suicídios entre os Ye'kuana. In: APARICIO, M.; ARÁUZ, L. C. (Org.). **Etnografias del suicidio en América del Sur**. Quito: Abya-Yala, 2017. p. 97-121.

MOTA, J. 2015. A cidade em que os jovens índios suicidam-se. **Outras Palavras**, 2015. Disponível em: <<https://outraspalavras.net/outrasmidias/a-cidade-em-que-os-jovens-indios-suicidam-se/>>. Acesso em: 02 set. 2018.

MÜNSTER, D; BROZ, L. The Anthropology of Suicide: Ethnography and the Tension of Agency. In: BROZ, L.; MÜNSTER, D. (Org.). **Suicide and Agency**: Anthropological Perspectives on Self-Destruction, Personhood and Power. Farnham Surrey: Ashgate, 2015. p. 3-26.

MURRAY, H. A. **Explorations in Personality**. New York: Oxford University Press, 1938.

NATHAN, T.; STENGERS, I. **Médecins et sorciers**. Paris: Les Empêcheurs de penser en rond, 2012.

NEVES, E. Indigenous Historical Trajectories in the Upper Rio Negro Basin. In: MCEWAN, C.; BARRETO, C.; NEVES, E. (Org.). **Unknown Amazon: Nature in Culture in Ancient Brazil**. Londres: British Museum Press, 2001.

NIUMENDAJU, C. Reconhecimento dos rios Içana, Ayari e Uaupés. In: SUESS, P. (Coord.) **Textos indigenistas**. São Paulo: Loyola, 1982.

NICHTER, M. Idioms of Distress: Alternatives in the Expression of Psychosocial Distress: a Case from South India. **Cult Med Psychiatry**, v. 5, n. 4, p. 379-408, 1981.

_____. Idioms of Distress Revisited. **Cult Med Psychiatry**, v. 34, n. 2, p. 401-16, 2010.

NOSSA, L. Máfia controla beneficiários do Bolsa Família e aposentados. **Estadão**, 2015. Disponível em: <<https://infograficos.estadao.com.br/especiais/favela-amazonia/capitulo-4.php>>. Acesso em: 20 set. 2019.

NUNES, E. D. O suicídio: reavaliando um clássico da literatura sociológica do século XIX. **Cad Saúde Públ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 7-34, 1998.

NUNES, E. S. **Transformações karajá**: Os “antigos” e o “pessoal de hoje” no mundo dos brancos. 2016. 609 f., il. Tese (Doutorado em Antropologia) - Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

_____. Do feitiço de enforcamento e outras questões. In: APARICIO, M.; ARÁUZ, L. C. (Org.). **Etnografías del suicidio en América del Sur**. Quito: Abya-Yala, 2017. p. 259-284.

OLIVEIRA A. G. et al. O fenômeno do suicídio indígena no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Rev Eletrôn Acervo Saúde**, n. 59, p. e4246, 11 set. 2020.

OLIVEIRA, C. S.; LOTUFO NETO; F. Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro. In: **Rev Psiq Clín**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 4-10, 2003.

ORELLANA, J. D. Y.; BASTA, P. C.; SOUZA, M. L. P. Mortalidade por suicídio: um enfoque em municípios com alta proporção de população autodeclarada indígena no estado do Amazonas. In: **Rev bras epidemiol**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 658-669, 2013.

OVERING, J. Elogio do cotidiano: a confiança e a arte da vida social em uma comunidade amazônica. **Mana**, Rio de Janeiro, n. 5, v. 1, p. 85-107, 1999.

PECHINCHA, M. Aportes da etnografia sul-americanista ao entendimento dos suicídios indígenas: uma tentativa de síntese a partir de noções divergentes de “psique”/“alma”. **Anuário Antropol**, Brasília, v. 1, p. 223-256, 2018.

PEREIRA, M. A. C. **Uma rebelião cultural silenciosa**: investigação sobre os suicídios entre os Guarani (Nhandeva e Kaiwa) do Mato Grosso do Sul. Brasília: FUNAI, 1995.

PEREIRA, M. M. **Representações sociais de suicídio indígena em São Gabriel da Cachoeira-AM**. 2013. 126 f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2013.

_____. Representações de suicídio indígena no Amazonas: o que desencadeia a vontade de morrer? **Diversitates Int J**, Niterói, v. 09, n. 1, p. 03-26, 2017.

PERRONE-MOISÉS, B. **Festa e guerra**. 2015. 126 f. Tese (Livre-docência em Antropologia Social) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

PESSOA, G. M. **Suicídios Guarani Kaiowá**: a ausência do território tradicional como obstáculo para a produção da identidade étnica. 2016. Monografia (Graduação em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.

PIERRI, D.; ZELIC, M. Povos indígenas na mira da ditadura e do Congresso. **Folha de S. Paulo**, 17. dez. 2014. Disponível em: <<https://m.folha.uol.com.br/opiniao/2014/12/1563338-daniel-calazans-pierri-e-marcelo-zelic-povos-indigenas-na-mira-do-congresso.shtml>>. Acesso em: 17 abr. 2020.

PIGNARRE, P.; STENGERS, I. **La sorcellerie capitaliste** : pratiques de désenvoutement. Paris: La Découverte, 2005.

PIMENTEL, S. **Sansões e Guaxos**: suicídio Guarani e Kaiowá: uma proposta de síntese. 2006. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

_____. Contra o que protesta o kaiowa que vai à força? Uma reflexão etnográfica sobre percepções não indígenas frente a intenções e sentimentos indígenas. In: APARICIO, M.;

ARÁUZ, L. C. (Org.). **Etnografias del suicidio en América del Sur**. Quito: Abya-Yala, 2017. p. 285-311.

PINHEIRO, R. Integralidade. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>. Acesso em: 20 nov. 2020.

POLLOCK, N. J. et al. Global incidence of suicide among Indigenous peoples: a systematic review. **BMC med**, v. 16, n. 1, 2018. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1115-6>.

POZZOBON, J. **Isolamento e endogamia**. 1983. Dissertação (Mestrado em Antropologia, Política e Sociologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1983.

_____. **Parenté et demographie chez les Indiens Maku**. 1991. 257 p. Tese (Doutorado) Univ. Paris VII, Paris, 1991.

_____. **Vocês, brancos, não têm alma**: histórias de fronteira. Belém: EDUFPA; MPEG, 2002.

_____. **Sociedade e improviso**: estudo sobre a (des)estrutura social dos índios Maku. Rio de Janeiro: Museu do Índio, 2011.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: _____. **A colonialidade do saber**: eurocentrismo e ciências sociais, perspectivas latino-americanas. Buenos Aires: CLACSO, 2005. p. 117-142.

RAMIREZ, H. **A língua dos Hupd'äh do Alto Rio Negro**: dicionário e guia de conversação. São Paulo: Associação Saúde Sem Limites, 2006.

RAMOS, A.; SILVERWOOD-COPE, P.; OLIVEIRA, A. G. Padrões e clientes: relações intertribais no Alto Rio Negro. In: RAMOS, A. (Ed.). **Hierarquia e simbiose**: relações intertribais no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1980. p. 135-182.

RAMOS, D. P. **Círculos de coca e fumaça**. Encontros noturnos e caminhos vividos pelos Hupd'äh (Maku). 2013. 469 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

_____. Estudo de caso: Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Negro. Relatório inicial para o projeto Vozes desiguais: accountability for health equity in Brazil and Mozambique. No prelo. 2017.

_____. A caminho da Cidade das Onças: diálogos sobre sonhos no percurso para a Serra Grande-Metrópole dos Hupd'äh. **Rev Antropol**, São Paulo, v. 61 n. 1, p. 329-359, 2018.

RAMOS, D. P.; OBERT, K. Uma tradução do artigo “Die Makú” de Theodor Koch-Grünberg (1906). **Rev Antropol**, [S. l.], v. 60, n. 2, p. 588-633, 2017.

REID, H. **Some aspects of movement, growth and change among the Hupdu Maku Indians of Brazil**. 1979. 402 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Faculty of Archaeology and Anthropology, University of Cambridge, Cambridge, 1979.

ROCHA, D. F.; PORTO, M. F. S.; PACHECO, T. A luta dos povos indígenas por saúde em contextos de conflitos ambientais no Brasil (1999-2014). **Cienc Saúde Col**, [S. l.], v. 24, n. 2, p. 383-392, 2019.

RODRIGUES, C. D. et al. Trends in suicide rates in Brazil from 1997 to 2015. **Braz J Psychiatry**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 380-388. 2019.

ROSA, M. D. **A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento**. São Paulo: Escuta; Fapesp, 2018.

ROSA, M.; OREY, D. C. O campo de pesquisa em etnomodelagem: as abordagens êmica, ética e dialética. **Educ Pesq**, [S. l.], v. 38, n. 4, p. 865-879, 2012.

ROSALEN, J. **Tarja preta: um estudo antropológico sobre 'estados alterados' diagnosticados pela biomedicina como transtornos mentais nos Wajãpi do Amapari**. 2018. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

SÁEZ, J. **Teoría Queer y psicoanálisis**. Madrid: Síntesis, 2004.

SAFATLE, V. Para além da necropolítica. **N-1 Edições**, 2020. Disponível em: <<https://www.n-1edicoes.org/textos/191>>. Acesso em: 02 fev. 2022.

SAFRA, G. **A face estética do self: teoria e clínica**. São Paulo: Unimarco, 1999a.

_____. A clínica em Winnicott. **Nat hum**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 91-101, 1999b.

_____. **A po-ética na clínica contemporânea**. Aparecida: Ideias & Letras, 2004.

SAHLINS, M. D. O pessimismo sentimental e a experiência etnográfica: por que a cultura não é um “objeto” em vias de extinção (Parte II). **Mana**, Rio de Janeiro, v.3, n.2, p. 103-143, 1997.

SANTOS, B. S. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. **Estud Av**, São Paulo, v.2, n. 2, p. 46-71, 1988.

SEEGER, A.; DA MATTA, R.; CASTRO, E. V. A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. **Bol Mus Nac**, n. 32, p. 2-19, 1979.

SERRA, R. M. S. **Signos de pobreza**: uma etnografia dos Hupd’äh e dos benefícios sociais no Alto Rio Negro. 2017. 254 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

SHIEL, H. Os sofrimentos do jovem Tebutxué. In: APARICIO, M.; ARÁUZ, L. C. (Org.). **Etnografías del suicidio en América del Sur**. Quito: Abya-Yala, 2017. p. 245-258.

SHNEIDMAN, E. S. The NIMH Center for Studies of Suicide Prevention. **Bul Suicidol**, [S. l.] n. 1, p. 2-7, 1967.

_____. Postvention: the Care of the Bereaved. In: R. PASNAU (Ed.). **Consultation in Liaison Psychiatry**. New York: Grune and Stratton, 1975. p. 245-256.

_____. Self-Destruction: Suicide Notes and Tragic Lives. In: _____. **Voices of death**. Michigan: HarperCollins, 1980a.

_____. Psychotherapy with Suicidal Patients. In: T. KARASU; L. BELLAK (Eds.). **Specialized Techniques in Individual Psychotherapy**. New York: Brunner; Mazel, 1980b. p. 305-313.

_____. **Definition of Suicide**. New York: Regina Ryan, 1985.

_____. Commentary: Suicide as Psychache. **J Nerv Ment Dis**, v. 181, n. 3, p. 145-147, 1993.

_____. The Psychological Autopsy. In: **Suic Life-Threat Behav.** v. 11, p. 325-340, 1994.

_____. **The Suicidal Mind.** New York: Oxford University Press, 1998.

SHNEIDMAN, E. S.; FARBEROW, N. L. The Los Angeles Suicide Prevention Center: a Demonstration of Public Health Feasibilities. **Am j publ heal nat heal**, v. 55, n. 1, p. 21-26, 1965.

SILVA, A. B. A. **A civilização indígena do Uaupés.** Roma: LAS, 1962.

SILVA-BUENO, M. I. C. Suicídio ou homicídio? Os múltiplos sentidos das mortes por enforcamento entre os Ticuna (Alto Solimões – Brasil). In: APARICIO, M.; ARÁUZ, L. C. (Org.). **Etnografías del suicidio en América del Sur.** Quito: Abya-Yala, 2017. p. 123-147.

SILVEIRA, N. H. O conceito de atenção diferenciada e sua aplicação entre os Yanomami. In: LANGDON, E. J. et al. (Org.). **Saúde dos povos indígenas:** reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra-capas, 2004. p. 88-102.

SILVERWOOD-COPE, P. **A contribution to the ethnography of the colombian Maku.** 1972. 326 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – University of Cambridge, Cambridge, 1972.

SMITH, T. **The unique grief of suicide:** questions e hope. Bloomington: iUniverse, 2013.

SOUSA, A. D. **Suicídio na área urbana de São Gabriel da Cachoeira: estudo com autópsias psicossociais.** 2016. 122 f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) - Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz; Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2016.

SOUZA, M. L. P.; SCHWEICKARDT, J. C.; GARNELO, L. O processo de alcoolização em populações indígenas do Alto Rio Negro e as limitações do CAGE como instrumento de screening para dependência ao álcool. **Arch Clin Psych.** São Paulo, v. 34, n. 2, p. 90-96, 2007.

SOUZA M. L. P.; ORELLANA J. D. Y. Suicide Mortality in São Gabriel da Cachoeira, a Predominantly Indigenous Brazilian Municipality. In: **Rev Bras Psiquiatr**, v. 34, n. 1, p. 34-7, 2012.

SOUZA M. L. P.; ORELLANA J. D. Y. Suicide among the Indigenous People in Brazil: a Hidden Public Health Issue. In: **Rev Bras Psiquiatr**, n. 34, p. 489-92, 2012.

_____. Desigualdades na mortalidade por suicídio entre indígenas e não indígenas no estado do Amazonas, Brasil. In: **J Bras Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 4, p. 245-252, 2013.

SOUZA, M. L. P.; FERREIRA, L. O. Jurupari se suicidou? Notas para investigação do suicídio no contexto indígena. In: **Saúde Soc**, v. 23, n. 3, p. 1064-1076, 2014.

SOUZA, M. L. P. Narrativas indígenas sobre suicídio no Alto Rio Negro, Brasil: tecendo sentidos. In: **Saúde Soc**, v. 25, n. 1, p. 145-159, 2016.

SOUZA, O. B. 'A gente supõe que já existia um acordo do ministro com os garimpeiros', diz Munduruku. **Instituto Socioambiental**, 2020. Disponível em: <<https://www.socioambiental.org/pt-br/noticias-socioambientais/a-gente-supoe-que-ja-existia-um-acordo-do-ministro-com-os-garimpeiros-diz-munduruku>>. Acesso em: 20 ago. 2020.

SOUZA R. S. B. et al. Suicídio e povos indígenas brasileiros: revisão sistemática. **Rev Panam Salud Publica**. 2020; 44: e58. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.58>

STENGERS, I. **Cosmopolitics II**. Minneapolis: University of Minnesota Press, 2011.

_____. **No tempo das catástrofes**: resistir à barbárie que se aproxima. São Paulo: Cosac Naify, 2015.

STENGERS, I. A proposição cosmopolítica. **Rev IEB**, São Paulo, n. 69, p. 442-464, abr. 2018.

STOCK, B. S. **A alegria é a prova dos nove**: o devir-ameríndio no encontro com o urbano e a psicologia. 2010. 112 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

STRATHERN, M. **Partial Connections**. Updated edition. Oxford: Altamira Press, 2004. (Original publicado em 1991).

SZTUTMAN, R. **Caxiri, a celebração da alteridade**: ritual e comunicação na Amazônia indígena. 2000. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

TANAN DA SILVA, C. D. C. A. **Ebriedades na Amazônia Colonial**: cosmologias do Rio Negro e as tentativas de coerção no tempo do Diretório (1754-1802). 2019. Dissertação (Mestrado em História Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidad de São Paulo, São Paulo, 2019.

TAYLOR, A. C. L'oubli des morts et la mémoire des meurtres: expériences de l'histoire chez les Jivaro. **Terrain**, n. 29, 1997. Disponível em: <<http://journals.openedition.org/terrain/3234>>. Acesso em: 10 dez. 2019.

_____. O corpo da alma e seus estados: uma perspectiva amazônica sobre a natureza de ser-se humano. **Cad campo**, São Paulo, n. 21, p. 213-228, 2012.

TSING, A.L. **Friction**: an ethnography of global connection. Princeton: Princeton University Press, 2011. 344 p.

_____. **Viver nas ruínas**: paisagens multiespécies no Antropoceno. Brasília: IEB Mil Folhas, 2019. 284 p.

UNICEF. **Suicídio adolescente em povos indígenas**. Três estudos. São Paulo: Arte Brasil, 2014.

URREGO, Z. et al. **Epidemia de Cuerdas**: caracterización del comportamiento suicida en indígenas del Vaupés y propuesta metodológica para su análisis por determinantes y para el estudio de casos. Bogotá: Sinergia, 2012.

VANZOLINI, M. F. **A flecha do ciúme**. O parentesco e seu avesso segundo os Aweti do Alto Xingu. São Paulo: Terceiro Nome, 2015.

_____. O feitiço e a feitiçaria capitalista. In: **Rev IEB**, São Paulo, n. 69, p. 324-337, 2018.

VARGAS-ESPÍNDOLA, A. et al. Conducta suicida en pueblos indígenas: una revisión del estado del arte. In: **Rev Facul Med**, v. 65, n. 1, 2017.

VIANNA, J. J. B. **De volta ao caos primordial**: alteridade, indiferenciação e adoecimento entre os Baniwa”. 2012. 259 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2012.

VILAÇA, A. Making Kin out of Others in Amazonia. **J Royal Anthropol Inst**, Oxford, v. 8, n. 2, p. 347-365, 2002.

_____. Chronically Unstable Bodies: Reflections on Amazonian Corporalities. **J Royal Anthropol Inst**, Oxford, v. 11, n. 3, p. 445-464, 2005.

VITENTI, L. **Los pueblos indígenas americanos y la práctica del suicidio**: una reseña crítica. Buenos Aires: Prometeo, 2016.

VIVEIROS DE CASTRO, E. Hierarquia e simbiose em questão. **Anuário Antropol**, v. 6, n. 1, p. 252-262, 1982.

_____. Os pronomes cosmológicos e o perspectivismo ameríndio. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 115-144, 1996.

_____. Perspectival Anthropology and the Method of Controlled Equivocation. **Tipití: J Soc Anthropol Lowland S Am**, v. 2, n. 1, p. 3-22, 2004.

_____. Os involuntários da pátria: elogio ao subdesenvolvimento. **Cad Leituras/Série Intempestiva**. Belo Horizonte, n. 65, 2017.

WAGNER, R. **A invenção da cultura**. São Paulo: Cosac Naify, 2012.

WALSH, C. Interculturalidad y colonialidad del poder. Un pensamiento y posicionamiento “otro” desde la diferencia colonial. In: CASTROGÓMEZ, S.; GROSGOUEL, R. (Comp.). **El giro decolonial**: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global. Bogotá: Siglo del Hombre, 2007. p. 47-62.

WEIR, J. A. Q. Del ‘giro ontológico’ al tiempo de vuelta del nosotrxs. **Amaz. Latit.**, n. 26, 2021. Disponível em: <<https://amazonialatitude.com/2021/04/08/del-giro-ontologico-al-tiempo-de-vuelta-del-nosotrxs/>>. Acesso em: 10 abr. 2021.

WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

WICKER, H-R. Taruju: enfermedad de los Dioses que lleva al suicídio. Anotaciones provisórias para la comprensión de los suicídios entre los Paĩ Tavyterã (Guaraní) del noreste del Paraguay”. **Supl Antropol**, v. 32, n. 1; 2, p. 273-315, 1997.

WINNICOTT, D. W. A observação de bebês em uma situação estabelecida. In: _____. **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978. (Original publicado em 1941). p. 139-164.

_____. Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro *self* (1960). In: _____. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artmed, 1983. (Original publicado em 1965). p. 128-139.

_____. **Consultas terapêuticas**. Rio de Janeiro: Imago, 1984.

_____. O jogo do rabisco. In: WINNICOTT, C. et al. (Org.). **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The optimal mix of services**. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2007.

_____. **Mental health action plan 2013-2020**. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2013.

_____. **Preventing Suicide: a Global Imperative**. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2014. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>> . Acesso em: 10 ago. 2018.

_____. **Suicide**. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/suicide>>. Acesso em: 10 abr. 2022.

WRIGHT, R. **História indígena e do indigenismo no Alto Rio Negro**. Campinas: Mercado de Letras; São Paulo: ISA, 2005.

YAP, P. M. Mental Diseases Peculiar to Certain Cultures: a Survey of Comparative Psychiatry. In: LITTLEWOOD, R.; DEIN, S. (Org.). **Cult Psych Med Anthropol**, London: Athlone, 1951. p. 179-196.

ANEXOS

Você está em: Público > Buscar Pesquisas Aprovadas > Detalhar Projeto de Pesquisa

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

- DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título Público: Clínica e etnologia: o fenômeno do suicídio entre jovens Hupdzãh

Pesquisador Responsável: RAFAELA WADDINGTON ACHATZ

Contato Público: RAFAELA WADDINGTON ACHATZ

Condições de saúde ou problemas estudados: Suicídio

Tentativa de suicídio

Descritores CID - Gerais: Lesão autoprovocada intencionalmente por outros meios especificados

Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação

Lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão

Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados

Descritores CID - Específicos: Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação - outros locais especificados

Descritores CID - da Intervenção:

Data de Aprovação Ética do CEP/CONEP: 26/02/2020



- DADOS DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

Nome da Instituição: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

Cidade: SÃO PAULO

- DADOS DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Comitê de Ética Responsável: 5561 - USP - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bloco G - Sala 27

Telefone: (11)3091-4182

E-mail: cep.ip@usp.br

- CENTRO(S) PARTICIPANTE(S) DO PROJETO DE PESQUISA

- CENTRO(S) COPARTICIPANTE(S) DO PROJETO DE PESQUISA

[Voltar](#)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE
Clínica e etnologia: o fenômeno do suicídio entre jovens hupd’äh
Pesquisadora responsável: Rafaela Waddington Achatz

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O texto abaixo apresenta todas as informações necessárias sobre o que estamos fazendo.

O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma via do mesmo.

Antes de assinar, faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. Responderei às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

O objetivo deste estudo é melhor compreender a crescente ocorrência de suicídios entre jovens hupd’äh nas últimas décadas e buscar, junto às pessoas hupd’äh e aos profissionais de saúde do DSEI-ARN, elaborar propostas que subsidiem políticas públicas para lidar com o fenômeno.

Sua participação consiste em participar de uma entrevista e responder as perguntas que serão feitas pela pesquisadora sobre este tema. Você poderá responder da maneira que quiser ou não responder, caso não queira. Como esta é uma entrevista não-estruturada, não há um roteiro de perguntas pré-estabelecido, de forma que a entrevista será parecida a uma conversa. A entrevista ocorrerá no local onde você preferir e terá a duração de no máximo uma hora.

Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo.

Comprometo-me a divulgar os resultados da pesquisa, em formato acessível ao grupo que participou da pesquisa, de acordo com a Resolução CNS nº 510 de 2016.

Riscos e benefícios

- Os riscos de sua participação no estudo são mínimos, pois você terá apenas que responder às perguntas.
- Caso você se sinta mal, triste ou desconfortável com as perguntas, estarei disponível para conversarmos e, se for o caso, me comprometo a auxiliá-lo(a) a buscar um profissional de saúde do DSEI ou da assistência social.
- Os dados individuais não serão divulgados, garantindo o sigilo e a privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. O nome dos entrevistados somente serão divulgados mediante autorização do entrevistado.
- O resultado da pesquisa será enviado ao conselho distrital de saúde indígena visando subsidiar discussões sobre o tema e auxiliar o fortalecimento do controle social.
- Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar.
- Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com a pesquisadora.
- Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.
- A pesquisa não incorrerá em despesas para os participantes da pesquisa, pois será feita no local que for melhor para o entrevistado;
- É garantida uma indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Confidencialidade

- Seus dados serão manuseados somente pela pesquisadora e não será permitido o acesso a

outras pessoas.

- As informações ficarão guardadas sob a responsabilidade de Rafaela Waddington Achatz, com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, e arquivados por um período de 5 anos; após esse tempo serão destruídos.
- Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (CEPH-IPUSP), pelo telefone (11) 3091-4182, pelo e-mail ceph.ip@usp.br ou no endereço Av. Prof. Mello Moraes, 1.721, Bloco G, 2º Andar, sala 27-Cidade Universitária – São Paulo/SP – 05508-030.

Eu, _____, após receber a explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos nesta pesquisa concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor(a).

- Concordo que esta entrevista seja gravada para maior fidelidade no registro das minhas respostas:
Sim Não
- Concordo que o meu nome seja incluído na lista de pessoas entrevistadas e na atribuição de minhas falas: Sim Não

Local e data: ___/___/___

Nome: _____

Assinatura do participante: _____

Rafaela Waddington Achatz, celular (11) _____, rafa.achatz@gmail.com

Instituição: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica
Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - CEP 05508-030 - Cidade Universitária - São Paulo - SP
Telefones p/contato: 11-3091-4302



Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro – FOIRN
Reconhecida como de Utilidade Pública pela Lei n.º 31 – 1987
CNPJ N.º. 05.543.350/0001-18
Inscrição Estadual n.º. 04.213.831-0

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA PRÉVIA

A Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN), associação civil sem fins lucrativos tem a missão de defender os direitos dos 23 povos indígenas da região do rio Negro/Brasil, com sede no município de São Gabriel da Cachoeira AM. É composta por cinco Coordenadorias Regionais (Coordenadoria das Associações Indígenas Baniwa e Coripaco – CABO (Nadzoeri), Coordenadoria das Associações Indígenas do Alto Rio Negro e Xié – CAIARNX, Coordenadoria das Associações Indígenas do Médio e Baixo Rio Negro – CAIMBRIN, Coordenadoria das Organizações Indígenas do Distrito de Iauaretê – COIDI e Coordenadoria das Organizações Indígenas do Rio Tiquié, Uaupés e Afluentes – COITUA) distribuídas nas terras indígenas do Alto e Médio rio Negro I e II, Téia, Apaporis, Balaio e Marabitana/Cué-cué no estado do Amazonas, Noroeste Amazônico. Congrega uma população indígena aproximada de 48.133 pessoas (Censo IBGE 2010) distribuídas em 750 comunidades indígenas na área de abrangência dos municípios de Barcelos, Santa Isabel do Rio Negro e São Gabriel da Cachoeira.

Sendo, portanto, a entidade que representa os interesses das comunidades indígenas, vimos declarar nossa **anuência prévia** em relação à realização de trabalhos de pesquisa sobre temática de Suicídio, na Terra Indígena (TI) Alto Rio Negro, na Comunidade Taracá Igarapé, no Rio Tiquié e na Comunidade Santa Cruz do Cabari, no Rio Japu, no do primeiro semestre do ano de 2020, como parte do projeto Pesquisa de mestrado da estudante Rafaela Waddington Achatz intitulada “Clínica e Etnologia: O Fenômeno do Suicídio entre Jovens Hupd’äh”.

Salientamos, contudo, que essa anuência não implica em permissão para ingresso na referida TI, o que só pode ser concedido pelo presidente da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) mediante o devido processo administrativo. Desse modo, este documento expressa apenas a nossa boa intenção em receber Pesquisadora Rafaela Waddington Achatz após a obtenção da permissão de pesquisa junto à FUNAI, o que não pode ser feito de forma tão adiantada devido aos atestados médicos e comprovações de vacinação que precisam ser anexados ao pedido formal de permissão com 90 (noventa) dias de antecedência em relação à data pretendida.

São Gabriel da Cachoeira-AM, 06 de agosto de 2019.

Atenciosamente,


Nildo José Miguel Fontes
DIRETOR VICE-PRESIDENTE
Federação das Organizações
Indígenas do Rio Negro-FOIRN

Av. Álvaro Maia, 79 – Centro – Cx. Postal 42
69750-000 São Gabriel da Cachoeira, - Amazonas – Brasil
Fone/Fax 00 (xx) 97 3471-1632 e-mail (foirn@foirn.org.br)

CARTA DE ANUÊNCIA DA COMUNIDADE INDÍGENA

Nós, indígenas da etnia Hupd'äh, presentes na reunião comunitária de Taracuí-Igarapé, no Rio Tiquié, na Terra Indígena Alto Rio Negro, Município de São Gabriel da Cachoeira, Amazonas, decidimos na reunião realizada no dia 27 de Julho de 2019, considerando a importância da realização de pesquisas sobre a temática do suicídio, que atuem junto ao nosso povo e que conheçam os nossos costumes e nos respeitem em nossas tradições e cultura, concordamos com a realização da pesquisa de mestrado de Rafaela Waddington Achatz, intitulada "Clínica e etnologia: o fenômeno do suicídio entre jovens Hupd'äh", vinculada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, e autorizamos que a pesquisadora permaneça conosco em nossa comunidade no primeiro semestre de 2020. Fomos devidamente consultados sobre a realização desta pesquisa e estamos de acordo, pois consideramos que seja importante para nosso povo.

São Gabriel da Cachoeira, 27 de Julho de 2019.

Liderança 1:

Nome: *Jorge goer Pires*

Função:

Terra Indígena e Aldeia:

Telefone:

Assinatura: *J*

Liderança 2:

Nome: *Jorge goer Pires*

Função:

Terra Indígena e Aldeia:

Telefone:

Assinatura: *J*

Outras assinaturas:

1. JOVINO PINOÁ SOUZA (AIS)
2. OSVALDO PENA PENEDO
3. AIS BARTHO PENELO PENA - rio japei co. STA ROSA
4. Rita Oliveira souz (professora)
5. Genesio Oliveira Monteiro
6. João paulo Brand
7. Rosamere Brasil Pires
8. Manoel Miranda Barbosa
9. _____
10. _____



1697050

08620.009349/2019-30



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO

Autorização de Ingresso em Terra Indígena nº 99/AAEP/PRES/2019

IDENTIFICAÇÃO			
NOME:	Rafaela Waddington Achatz	PROCESSO Nº:	08620.009349/2019-30
NACIONALIDADE:	Brasileira	IDENTIDADE:	RG nº ██████████ SSP/SP
INSTITUIÇÃO/ENTIDADE:	Universidade de São Paulo		
PATROCINADOR:	*****		
OBJETIVO DO INGRESSO			
Realizar pesquisa científica intitulada: “Clínica e etnologia: o fenômeno do suicídio entre jovens Hupd’äh”			
EQUIPE DE TRABALHO			
NOME	NACIONALIDADE	DOCUMENTO	
*****	*****	*****	
LOCALIZAÇÃO			
TERRA INDÍGENA:	Alto Rio Negro	POVOS INDÍGENAS:	Hupd’äh, Wanana, Baré, Barasána, Karapanã e Arapáso
COORDENAÇÃO REGIONAL:	Rio Negro	CTL:	
VIGENCIA DA AUTORIZAÇÃO			
INÍCIO:	01 de fevereiro de 2020	TÉRMINO:	01 de agosto de 2020
Autorizo.			
RESSALVAS:			

- Esta autorização inclui licença para uso de imagem, som e som de voz dos indígenas, para além do objeto desta autorização;
- Esta autorização não inclui acesso ao conhecimento tradicional associado à biodiversidade;
- Esta autorização não inclui acesso ao patrimônio genético;
- Remeter à Assessoria de Acompanhamento aos Estudos e Pesquisas – AAEP/Presidência/Funai, mídia digital contendo: relatórios, artigos, livros, gravações audiovisuais, imagens, sons, outras produções oriundas do trabalho realizado e informações sobre o acesso na internet.



Documento assinado eletronicamente por Marcelo Augusto Xavier da Silva, Presidente, em 31/10/2019, às 13:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: http://sei.funai.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 1697050 e o código CRC 49173289.

Referência: Processo nº 08620.009349/2019-30

SEI nº 1697050

