

## A percepção do suicídio como inseparável das outras formas de violência segundo os/as jovens indígenas: um estudo de caso da Reserva Indígena de Dourados\*

### *The perception of suicide as an inseparable way of violence according to young indigenous population: a study made with the Dourados Indigenous Reserve*

Maria de Lourdes Beldi de Alcantara<sup>1</sup>, Walter Moure<sup>2</sup>, Zelik Trajber<sup>3</sup>, Indiana Ramires Machado<sup>4</sup>, Equipe de Jovens da Ação dos Jovens Indígenas de Dourados-MS<sup>5</sup>

Alcantara MLB, Moure W, Trajber Z, Machado IR, Equipe de Jovens da Ação dos Jovens Indígenas de Dourados-MS. A percepção do suicídio como inseparável das outras formas de violência segundo os/as jovens indígenas: um estudo de caso da Reserva Indígena de Dourados / *The perception of suicide as an inseparable way of violence according to young indigenous population: a study made with the Dourados Indigenous Reserve*. Rev Med (São Paulo). 2020 maio-jun.;99(3):305-18.

**RESUMO:** Esse trabalho foca estudar e analisar as consequências da tentativa de implementar, via Sistema Único de Saúde - SUS, o protocolo de saúde mental DC-10 na população indígena. Nesse caso, esse estudo, baseado numa pesquisa qualitativa com metodologia de pesquisa ação/participação/intercultural, foi e está sendo realizado na Reserva Indígena de Dourados - RID, e conta com a participação dos jovens e das lideranças jovens da Ação dos Jovens Indígenas – AJI, a qual atua como uma escola não formal dentro da RID. A necessidade de apresentar a percepção dos/as jovens indígenas sobre o sofrimento que carregam não se resume numa interpretação biomédica, mas sim, efeito dos traumas que sofreram e sofrem que se pode nomear de colonial, *post traumatic cultural illness*. Seja qual for o nome, são jovens que carregam um sofrimento silenciado e que não pode ser reduzido à visão hegemônica biomédica, o que leva à necessidade de avaliar em que medida essa visão lhes acrescenta experiências traumáticas. Essa discussão se pauta numa visão interdisciplinar e polifônica baseada na fenomenologia e, por isso, constitui-se num pensar/fazer.

**Descritores:** Povos indígenas/psicologia; Constrangimento; Violência étnica/etnologia; Violência étnica/psicologia; Suicídio/etnologia; Saúde mental em grupos étnicos; Saúde de populações indígenas; Criança; Adolescente.

**ABSTRACT:** This essay is focused to study and analyze the consequences of attempted implementation, through the Sistema Único de Saúde-SUS (Health Unique System), of the mental health protocol - DC-10 – among the indigenous population. In this specific case, based on a qualitative research, applying a methodology of intercultural action/participation, this essay has been made in the Dourados Indigenous Reserve (Reserva Indígena de Dourados – RID), with the young people and their leaders into the Young Indigenous Population Actions - Ação dos Jovens Indígenas – AJI, acting as an informal school into the RID (Dourados Indigenous Reserve). The necessity of presenting the young indigenous people perception about their suffering, does not only brief a biomedical interpretation, but also the trauma effect they had and still have that we may define as colonial, *post traumatic cultural illness*. Whatever the name we use, they are young and already carry a silent pain which cannot be reduced as a biomedical hegemonic vision, which brings the necessity to measure how this vision may cause them traumatic experience. This situation is based on an interdisciplinary and polyphonic vision upon the phenomenology and for this reason it consists in a think/make condition.

**Keywords:** Indigenous people/psychology; Embarrassment; Ethnic violence/psychology; Suicide/psychology; Mental health in ethnic groups; Health of indigenous people; Child; Adolescent.

\* Esse estudo não trará por ética os nomes dos participantes desse estudo. Foi resultado da consulta livre, prévia e informada.

1. Professora de Antropologia Médica, FMUSP. Coordenadora do Grupo de Apoio aos Jovens Indígenas Guarani (GAPK). Consultora da IWGIA. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3842-8307>. E-mail: [loubeldi@usp.br](mailto:loubeldi@usp.br).
2. Psicólogo Clínico, Instituto de Psicologia da USP. Coordenador da Ação dos Jovens Indígenas (AJI). ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1999-6106>. E-mail: [waltermoure@yahoo.com.br](mailto:waltermoure@yahoo.com.br).
3. Médico Pediatra. Trabalha desde 1999 no Mato Grosso do Sul com a população indígena, prestando serviço à SESAI. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7592-5188>. E-mail: [trajberz@gmail.com](mailto:trajberz@gmail.com).
4. Enfermeira indígena kaiowá atua na SESAI e pós-graduanda da FMUSP. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6182-5418>. E-mail: [indy.ramires@gmail.com](mailto:indy.ramires@gmail.com).
5. Ação dos Jovens Indígenas da Reserva Indígena de Dourados (RID). Atua como uma escola não formal na aldeia do Bororó. [www.jovensindigenas.org.br](http://www.jovensindigenas.org.br), Email: [jovensindigenas@gmail.com](mailto:jovensindigenas@gmail.com).

**Endereço para correspondência:** Prof. Dra. Maria de Lourdes Beldi de Alcantara. Av. Dr. Arnaldo, 455, sala 1215. São Paulo, SP. CEP: 01246-903. E-mail: [loubeldi@usp.br](mailto:loubeldi@usp.br).

## INTRODUÇÃO

Esse trabalho tem como principal objetivo fazer uma análise intercultural sobre a falta de diálogo entre os protocolos de saúde mental adotado pelo Sistema Único de Saúde - SUS - e sua implementação nas comunidades indígenas. Demonstra-se que não ocorre tal diálogo entre as equipes de saúde, principalmente com as agentes de saúde local, ocasionando relações de conhecimento e práticas da saúde totalmente assimétricas, nas quais prevalece o sistema hegemônico biomédico, com consequências que também implicam outras formas de violência em relação aos povos indígenas.

Os povos indígenas têm direito ao SUS segundo a Constituição Brasileira de 1988<sup>1,2</sup> dentro de Sistema Único de Saúde-SUS do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS) e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) que estabelece:

“que as ações de saúde voltadas aos Povos Indígenas deverão obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades culturais indígenas, se pautando por uma abordagem diferenciada e integral e tendo o SUS como retaguarda e referência, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização dos serviços para propiciar integração e o atendimento necessário sem discriminações. (...) é necessário que a atenção à saúde se dê de forma diferenciada, levando-se em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos”<sup>3</sup>.

O Ministério da Saúde lança em 2007 a Portaria 2.759 que no Art. 1º estabelece as Diretrizes Gerais das Populações Indígenas<sup>4</sup>, caracterizando-se como um marco para esses povos, bem como apoio e respeito à capacidade das diversas etnias e das comunidades indígenas, com seus valores, economias, tecnologias, modos de organização, de expressão e de produção de conhecimento. Sob essa ótica, a abordagem psicossocial passa a ser fundamentada e consensual junto às comunidades indígenas. Para tanto, também é levado em conta os conhecimentos da medicina tradicional das comunidades, com dispositivos alternativos viáveis e consensuais para a abordagem dos problemas de saúde destas comunidades. Não menos importante, segundo a Portaria, as soluções para os problemas de saúde mental devem ser atendidas no nível da atenção básica, e da potencialização dos Centro de Atenção Psicossocial – CAPS – na construção coletiva de ações em territórios indígenas, sobretudo em regiões com grande concentração de comunidades. O tratamento singular da saúde mental

indígena é um avanço, tendo escopo na profundidade das especificidades, de maneira a não impor aspectos culturais dos ‘não indígenas’ para o tratamento psicossocial dos indígenas, uma vez que a maior parte dos saberes “psi” foram construídos em torno de outros modos de produção cultural e hermenêuticas ocidentais. Sobretudo, a atuação vai frente “àquilo que envolve a problematização dos vínculos e da qualidade dos encontros com o mundo, as pessoas, as instituições, etc”<sup>5,6</sup>.

No entanto, o que se apresenta como realidade dos povos indígenas é a aplicabilidade integral dos protocolos biomédicos, tornando a diversidade cultural uma nota de rodapé. Consta-se uma e outra vez que a consulta livre, prévia e informada não é aplicada em relação à viabilidade dos protocolos. Ou seja, não existe um diálogo intercultural e, conseqüentemente, não se aplica a interculturalidade, no nosso caso, em relação aos protocolos de saúde. A necessidade de criar protocolos que sejam resultados do diálogo intercultural entre a biomedicina e os saberes tradicionais seriam fundamentais tanto para o exercício de direito quanto para a conformação duma prática intercultural.

Esse estudo se baseia no trabalho que realizamos com os/as jovens e crianças indígenas, da Reserva Indígena de Dourados - RID, resultado de 20 anos de convivência. Trabalhamos basicamente com as questões que os/as próprios jovens e crianças nos trazem, os problemas não variaram muito nesse decorrer do tempo. São, em sua grande maioria, o abandono que sentem de suas famílias, o conflito intergeracional, a falta de perspectiva em relação ao futuro, a falta de trabalho, o preconceito que sofrem tanto dentro quanto fora da RID. Isso repercute em qualquer relacionamento que tentam manter, não conseguem manter vínculos que perdurem, em sua grande maioria, acabam com violências. A violência é uma marca dessa comunicação social que estabelece tanto no que se refere a família, amigos/as e relacionamentos amorosos. A efemeridade é uma marca, acreditamos que isso ocorre como sendo um dos sintomas da falta de perspectiva de futuro.

Tudo se resume no aqui e agora. Vivendo na liminaridade, arriscam tudo para poderem pertencer a algum grupo/lugar com o intuito de ter um vínculo mais estável<sup>7</sup>. Esse percurso também inclui as igrejas evangélicas<sup>8</sup>.

Os altos índices de violência, e o suicídio como um tipo de violência, são a consequência do malestar/illness\*

\* Kleimann<sup>50</sup> e Seppilli<sup>51</sup>, sustentam que na cultura ocidental há uma distância ou dissociação entre a experiência que o paciente tem com o sofrimento e às dores relativas à sua doença por um lado, e o que o médico trata, de outro. Frequentemente, na concepção biomédica, o mundo interno da experiência pessoal e cultural são negligenciados no processo de tratar uma doença. Essas dores e os sofrimentos recorrentes são os que dão forma e significado à experiência do *illness*. No inglês temos o termo *disease* para designar enfermidades e transtornos catalogados empiricamente, e o termo *illness* mais sensível à experiência do sofrimento do ponto de vista do paciente e da sua cultura, motivo pelo qual esses autores revalorizam este último, para poder traçar as narrativas antropológicas e explorar a doença sem separá-la das culturas. No português, embora se tenha os vocábulos *enfermidade* e *doença*, no imaginário se utilizam indiscriminadamente quanto aos sentidos apontados. Talvez nos aproximamos mais um pouco quando se distingue entre *enfermidade/doença* e *sofrimento*.

desse grupo de idade, que varia entre 11 a 18 anos. Não são muitos trabalhos que analisam as causas do suicídio indígena entre os jovens, e aqueles que o fazem atribuem as causas à consequência fundamental da falta de terra e à perda da tradição<sup>9-12</sup>. No entanto, esses trabalhos não levam em conta as narrativas dos próprios jovens e crianças sobre as percepções que possuem sobre o seu “estar no mundo”, suas dores d’alma, suas expectativas, suas frustrações e os preconceitos que sofrem. Segundo Alcantara et al. (2014), não existe uma única causa para o suicídio, mas vários fatores que depende da conjuntura de cada momento histórico<sup>13</sup>.

### ***Breve histórico: leis que garantem a saúde dos povos indígenas***

Os povos indígenas que representam 0,42% da população brasileira é garantido pela Constituição Federal em seu Artigo 231 onde é reconhecida sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam<sup>2</sup>. Além dos acordos internacionais ratificados pelo Brasil: Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT)<sup>14</sup>, sobre Povos Indígenas e Tribais, Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas<sup>15</sup>. Resumindo, os indígenas têm autonomia de escolher seu desenvolvimento, educação e saúde de acordo com seus costumes e tradições. No Brasil, a população indígena está contabilizada em 817.963 pessoas, organizados em 305 etnias falantes de 274 línguas<sup>16</sup>. Cada etnia possui conhecimentos sobre o corpo e a saúde, bem como práticas próprias para a promoção de saúde e tratamento das doenças. Tais práticas, além de promover a saúde e prevenir as doenças no contexto das comunidades indígenas, são fundamentais no processo de atualização das identidades étnicas e de gênero dos povos indígenas brasileiros.

### ***Saúde mental – suicídio como uma das formas de violência indígena***

Segundo os dados da OMS, cerca de 800.000 pessoas morrem por suicídio todos os anos. Sendo que, para cada suicídio, há muito mais pessoas que tentam o suicídio<sup>17</sup>. A tentativa prévia é o fator de risco mais importante para o suicídio na população em geral. Tornando-se a segunda principal causa de morte entre jovens com idade entre 15 e 29 anos. 79% dos suicídios no mundo ocorrem em países de baixa e média renda. Ingestão de pesticidas, enforcamento

e armas de fogo estão entre os métodos mais comuns de suicídio em nível global. No Brasil, a taxa de suicídios a cada 100 mil habitantes aumentou 7% no Brasil, ao contrário do índice mundial, que caiu 9,8%, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS). Até 2012, a taxa era de 4,2% segundo o Ministério da Saúde relatando que as principais causas são: Depressão, esquizofrenia e o uso de drogas ilícitas são os principais males identificados pelos médicos em um potencial suicida. Problemas que poderiam ser tratados e evitados em 90% dos casos, segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria<sup>18,19</sup>.

Em relação aos povos indígenas no mundo, que são 300 milhões, não temos uma análise mais ampla, a não ser os dados regionais<sup>15</sup>. Esse silenciamento é muito significativo, pois demonstra como essa população é negligenciada em grande parte do mundo. Muitos países não têm e nem fazem um censo que seja diretamente focado à população indígena e isso dificulta uma análise mais ampla\*\*. Nessa nota acrescentamos o Canadá<sup>20,21</sup> que possui, juntamente com a Austrália<sup>22-24</sup>, estudos mais aprofundados sobre a questão do suicídio dos povos indígenas. Os quais enfatizam a questão colonial, o trauma pós-colonial e a marginalização que esses povos sofreram como causa do alto nível de alcoolismo, violência e suicídio. Desenvolveram vários protocolos interculturais de prevenção ao suicídio, alcoolismo e outras drogas com diálogos permanentes com os jovens, lideranças, professores e equipe de saúde indígenas. Em relação as iniciativas da Américas temos outros fatos históricos a construção de autonomia dos próprios povos indígenas em relação a situação ainda de “colonialismo” criado pelos estados modernos desenvolvimentistas, somente alguns exemplos: Autonomia zapatista: “...junto com a construção de formas de autogoverno, avançou-se na prestação da justiça e na criação de coletivos produtivos, culturais, de saúde e de educação próprios que permitem melhorar as condições de vida das comunidades”<sup>25</sup>. No Peru temos muitos modelos de territórios indígenas autônomos que estabelecem um protocolo intercultural desde os Kukama, que tem muita semelhança com a RID, até os Wampi que declararam- se uma nação<sup>26-30</sup>. Consequência do fortalecimento do movimento indígena contra o capitalismo desenvolvimentista que ameaça a sobrevivência dos povos indígenas na América do Sul.

No Brasil, essa conduta não parece ser a que prevalece, principalmente na RID. Os protocolos de saúde mental foram inseridos a partir de uma visão biomédica. As equipes de saúde os implementaram nas comunidades indígenas a partir de 2008, com a finalidade de poder

\*\*Segundo Pollock et al.<sup>52</sup>, previous reviews of suicide epidemiology among Indigenous populations have tended to be less comprehensive or not systematic, and have often focused on subpopulations such as youth, high-income countries, or regions such as Oceania or the Arctic. Given that approximately 80% of the world’s more than 300 million Indigenous people live in Asia, Latin America, and Africa, a comprehensive study of global suicide rates that includes low - and middle - income countries is needed.

intervir nas questões do suicídio, alcoolismo, violência doméstica, principalmente contra as mulheres e a violência interna. Segundo Batista e Zanello<sup>31</sup>, atualmente, a prática da atenção à saúde mental conta com uma área técnica na SESAI, composta por psicólogos, assistentes sociais e antropólogos, entre outros integrantes que juntos formam uma equipe multiprofissional. Eles planejam as ações interdisciplinares em saúde mental, tanto na própria secretaria, quanto nos DSEIs, com diferentes metodologias e com base na particularidade de cada demanda. Conforme a SESAI publicou no portal do Ministério da Saúde, o suicídio é a questão mais preocupante e, inclusive, foi lançado em 2017 o Material Orientador para Prevenção do Suicídio em Povos Indígenas, voltado para as equipes<sup>32</sup>. De modo geral, são preconizadas estratégias de prevenção e promoção em saúde, com o fortalecimento das redes sociais de apoio e da identidade cultural das comunidades. Assim, há o desenvolvimento de grupos de apoio e escuta, Projeto Terapêutico Local, Grupos de Discussão, entre outros, com participação das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena em parceria com psicólogo e/ou assistente social<sup>33</sup>.

Outra linha de cuidado está sob responsabilidade da FUNAI e do Ministério da Saúde (SESAI e Secretaria de Atenção à Saúde – SAS), que atuam através do Grupo de Trabalho Intersetorial sobre Saúde Mental e Povos Indígenas - GTI. Desde 2013, o grupo analisa as prioridades e constrói estratégias conjuntas a serem realizadas nos territórios. O GTI aborda o sofrimento psíquico e o uso de álcool e outras drogas, promovendo discussões em busca na compreensão de como se dão esses processos dentro das comunidades. Como resultado, em 2016, foi realizada a I Oficina Sobre Povos Indígenas e Necessidades Decorrentes do Uso do Álcool: Cuidado, Direitos e Gestão. O encontro teve como resultado o reconhecimento da necessidade do protagonismo indígena sobre sua saúde na busca de um projeto terapêutico integral<sup>34</sup>.

A Política Nacional de Saúde Mental é uma ação do Governo Federal, coordenada pelo Ministério da Saúde, que compreende as estratégias e diretrizes adotadas para organizar a assistência às pessoas com sofrimento psíquico, abrangendo a atenção preventiva e curativa de transtornos mentais e dependência química. Ela é organizada em uma Rede de Atenção Psicossocial, a RAPS, que propõe atendimento plural e integral, em diferentes graus de complexidade e com condutas baseadas em evidências científicas. O CAPS pode ser considerado seu principal ponto de atenção estratégico. Até então, a Política caminha no sentido de fortalecer a autonomia, o protagonismo e a participação social<sup>35</sup>.

Em 2017, foi publicada a Portaria nº 2.663, que define critérios de adequação de acordo com reivindicações do movimento indígena<sup>36</sup>. Entre os estabelecimentos visados para a qualificação do cuidado está o CAPS.<sup>3</sup>

O Manual do IAE-PI, lançado em 2018, traz que o financiamento de recursos direcionado ao CAPS advém do

reconhecimento das dificuldades de acesso dessa população à RAPS, que se configuram pela distância: seja geográfica – entre as comunidades e os serviços especializados –, seja sociocultural – entre os modos de lidar com o sofrimento psíquico<sup>3</sup>. Cabe ressaltar que desde a instituição da RAPS em 2011, através da Portaria nº 3.088, os indígenas já eram considerados prioritários ao atendimento<sup>3,37</sup>. O manual visa orientar a articulação entre a RAPS e os DSEIs, o que exige aproximações em nível técnico e de gestão. Para isso é importante um trabalho intersetorial, com a participação dos gestores e profissionais dos DSEIs nos fóruns de pactuação da RAPS, além do envolvimento da FUNAI e outras instituições afins. A Portaria nº 2.633 visa, portanto, que os CAPS sejam apoiados pela Secretaria de Saúde Estadual ou Municipal e define o DSEI de referência do território como principal norteador a respeito da singularidade cultural de cada etnia e da compreensão do sofrer e cuidar psíquico das mesmas<sup>3,36</sup>.

Entre esse plano original e a realidade existe uma grande falácia. A verba para a implementação dos CAPS, como descrito acima, uma parte vem do governo federal, e a outra, é complementada pelo município. No entanto, como se sabe, os municípios, em grande parte estão falidos, e isso reflete diretamente na implementação dos CAPS, falta de quadros especializados e de todo e quaisquer recursos. Se nas cidades para onde foram pensados não tem bom resultado, é fácil imaginar os resultados na população indígena: sem quadros especializados em suas áreas de atuação e sem nenhuma formação específica das culturas indígenas nas que trabalham. Temos a impressão que já nasceu para não dar certo. Podemos afirmar isso no que diz respeito ao CAPS que trabalha na RID. Segundo o depoimento de um dos médicos que trabalha na SESAI: “... aplicabilidade é impossível, é difícil de entender o foco, o recurso não dá, não tem como fazer a saúde do município e, muito menos, chegar até a aldeia, muito menos em conhecer e menos atuar”. Criam-se expectativas e demandas que até então não existiam entre a população indígena, como, por exemplo, o lugar do psicólogo e do psiquiatra e suas classificações biomédicas de doença mental, que constituem um imaginário que vai mudando, nominalmente, as *illness*, tal como depressão no lugar da tristeza, ou mesmo expressões como fulana é bipolar. Um novo vocabulário está sendo ressemantizado!

### **Mato Grosso do Sul e a implementação da saúde mental**

A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), órgão do Ministério da Saúde (MS), foi criado em 2010 para garantir atenção primária à saúde dos indígenas a partir da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). Propõe a estruturação de um modelo diferenciado de atenção à saúde, baseado na estratégia de execução pelos 34 Distritos Sanitários

Especiais Indígenas (DSEI) existentes, como forma de garantir os direitos preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). São direitos de acesso universal e integral à saúde, que atendem às necessidades das comunidades e envolvem os indígenas em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações em saúde. Entre as atribuições da SESAI destacam-se: desenvolver ações de atenção integral à saúde indígena e educação em saúde, em consonância com as políticas e os programas do SUS e observando as práticas de saúde tradicionais indígenas; e realizar ações de saneamento e edificações de saúde indígena. O universo de atuação da SESAI abarca uma população de 765.600 indivíduos que habitam 5.614 aldeias e que contam hoje com 360 Polos Base e 68 Casas de Saúde Indígenas (CASAI). Segundo o DSEI os estados com maiores índices de suicídio são Alto Solimões: 172 casos (32,11%), e o Mato Grosso do Sul: 152 (23,05%),

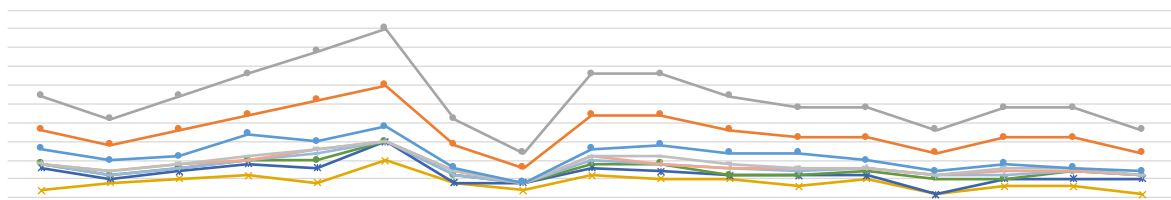
sendo que 13 casos (1,8%) foram por intoxicação exógena de intenção indeterminada (CID Y14 a Y19) e o resto por enforcamento.

No que diz respeito à Reserva de Dourados temos os seguintes dados de violência e suicídio, segundo os dados da SESAI:

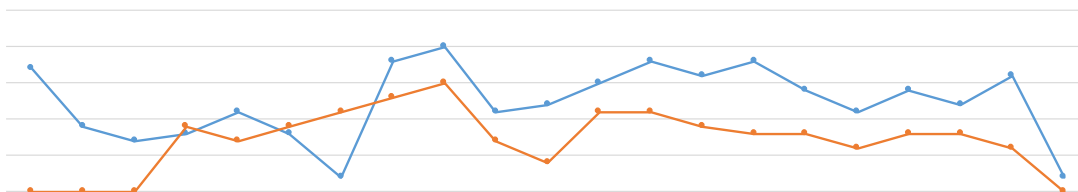
As violências são subnotificadas, o que é necessário salientar que nos Gráficos 1, 2 e 3 as classificações dos atos de violência aparecem bastante curiosos, tais como: acidente de bicicleta, carroça, atropelamento, suspeita de fratura, queimadura. Segundo a equipe do SESAI, em Dourados, essas classificações são realizadas quando existem suspeitas de terceiros. Não são protocolos e, sim, dados que são registrados diante das queixas da população indígena que buscam atendimento. Exemplo: a queda e bicicleta ocasionou um aborto, e isso é considerado violência. Ou seja, aparecem ser atos propositais.

### Dados de suicídio

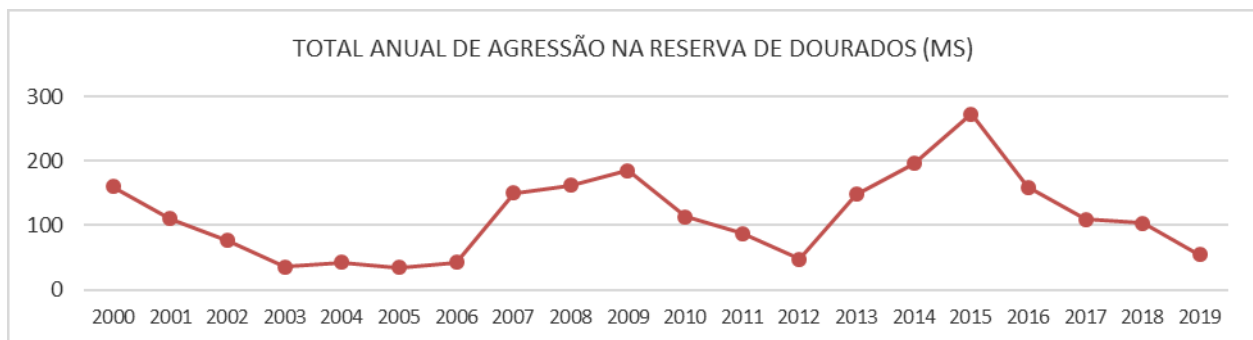
**Gráfico 1:** Mortalidade por suicídio na Reserva de Dourados (MS) por sexo. Dados fornecidos pela SESAI-MS



**Gráfico 2:** Comparativo de mortalidade por suicídio e por agressão na Reserva de Dourados (MS). Dados fornecidos pela SESAI-MS



**Gráfico 3:** Total anual de agressão na Reserva de Dourados (MS). Dados fornecidos pela SESAI-MS



Notamos claramente que os dados de violência ultrapassam, em muito os do suicídio, e notamos que a faixa de idade também. Sendo que o auge foi 2008 em número de mortos tanto por causa de suicídio quanto de violência interna. No entanto, os atos que não ocorrem mortes são assustadores como podemos ver nas tabelas descritas acima. Um dos motivos que podemos elencar é que nesse momento ocorre uma mudança em termos estruturais na RID: desde a implementação da RID o “capitão” indígena era nomeado pelo Chefe de posto do SPI/Funai, e atuava como personagem central, imprescindível para as questões sociais e políticas. Tal figura foi formalmente destituída por portaria do presidente da Funai em 2008. Levi (2012) argumenta que mesmo assim, ele segue existindo na maioria das reservas kaiowá e guarani, mas não dispõe de nada que corresponda a um aparelho burocrático-administrativo, nem mesmo de leis definidas ou de um corpo legislativo ao qual possa recorrer<sup>10</sup>. Sofre ainda constante crise de legitimidade, enfrentando a oposição das parentelas que inevitavelmente ficam fora da composição política por ele articulada para assumir o cargo de “capitão” e ter a prerrogativa na administração dos serviços. Com a destituição da figura do “capitão” e o enfraquecimento do papel do chefe de posto da Funai, instaurou-se um vazio organizacional nas reservas, criando um ambiente favorável à expressão de conflitos e a prática impune de delitos. Podemos acrescentar que foi a repercussão de um programa implementado desde 2005 sobre a denúncia de grande desnutrição que estava ocorrendo na RID, e o governo federal implementou políticas multidisciplinares que visava entre outras coisas a políticas que tentassem diminuir o suicídio entre os jovens indígenas e o trabalho insalubre dos mesmos no corte de cana nas fazendas do entorno. Isso tudo foi realizado de cima para baixo refletindo num grande desarranjo no contexto social da RID.

## MÉTODO

Partimos da pesquisa/ação/participante que tem como principal premissa o “mergulho” do pesquisador no seu trabalho de campo. Somente com a convivência se pode criar algum tipo de cumplicidade com o propósito de construir um diálogo que tende à simetria. Nesse momento, não há mais objeto de estudo e, sim, o interlocutor. O resultado desse tipo de metodologia, no nosso caso, é a criação de um diálogo intercultural com uma visão da escola pós-colonial<sup>38-42</sup>, pois trata-se de saberes polissêmicos e polifônicos interagindo por meio de diálogos que resulta numa narrativa híbrida. Saberes que sempre se criam na fronteira resultando em novas narrativas, lugares e sujeitos. Como dizia Guimarães Rosa<sup>43</sup>: “*Mire veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas - mas que elas vão sempre mudando*”. Ou, como o concebia Bakhtin<sup>44</sup>: “*a metade de uma palavra pertence a mim, a outra, ao*

*seu interlocutor*”, resultando em processos ontológicos e epistemológicos.

Assim sendo, o resultado dessa pesquisa é, sobretudo, qualitativo. Pois sem ela não poderemos analisar as estatísticas que apresentam as taxas de violência, incluindo o suicídio.

Foram realizadas rodas de conversas com os/as jovens da Ação dos Jovens Indígenas, agentes de saúde e enfermeira indígena. Todas as vozes aqui apresentadas tiveram o consentimento prévio, informado e livre.

Os temas para cada roda de conversa sempre foram trazidos pelos/as jovens e agentes indígenas. Eles geralmente se voltavam para o cotidiano/eventos que carregavam um grande mal-estar.

## **Breve histórico: população indígena no Mato Grosso do Sul**

A situação dessa população indígena do Mato Grosso do Sul é de extrema vulnerabilidade, sendo o segundo estado com a maior população indígena do país, 80.459 habitantes, presentes em 29 municípios. Representados por 08 etnias: guarani, kaiowá, terena, kadwéu, kinikinaw, atikun, ofaié e guató<sup>45</sup>. Vivem numas das terras mais férteis do país, um dos berços do agronegócio. As disputas territoriais marcam um dos conflitos mais díspares contra a população indígena. Muitas comunidades vivem nas beiras das estradas sem nenhum recurso. E as reservas que foram legalizadas, no começo do século XX, vivem em extrema pobreza. Uma das reservas mais críticas é a reserva Indígena de Dourados-RID, considerada a mais populosa do país, cerca de 18.000 habitantes vivendo em 3.560 hectares, sendo que a maioria da população é criança e jovem. Ela é considerada a mais violenta e apresenta um dos maiores índices de suicídio e violência interna.

A RID é habitada por duas etnias guarani e uma aruak: os guarani ñandeva e kaiowá, e os terena, aruak. A grande parte dos guarani mantêm a língua, diferentemente dos terena. Existe entre eles uma classificação de “progresso”: os terena “já são quase brancos, os ñandeva estão, no meio do caminho, mas os kaiowa...”. Isso demonstra também a situação econômica da RID. É certo que isso não corresponde à realidade, mas sim ao resultado do processo civilizatório que foi imposto pelos governos brasileiros desde o início do século XX e a todo o processo civilizatório que representou a política indigenista, desde o Serviço de Proteção ao Índio-SPI até os dias de hoje pela Fundação Nacional do Índio-FUNAI.

A circulação e o trânsito contínuo marcam a comunidade indígena da RID. Moram, a cerca, de 5 km da segunda maior cidade do Mato Grosso do Sul-MS, a 100 km da fronteira com o Paraguai. Todo e qualquer tipo de consumo e serviço eles/as fazem na cidade de Dourados. A falta de trabalho e de terras faz com que os jovens tenham que vender sua força de trabalho fora da mesma. O único

setor que emprega é o público: escolas indígenas, Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), Fundação Nacional do Índio-FUNAI. Até 2015, os jovens trabalhavam, em grande parte, na região no corte de cana de açúcar, mas com a mecanização desse tipo de plantio, eles passaram a trabalhar na colheita de maçã no Paraná e Santa Catarina, resultando num longo tempo longe das famílias.

Não existe produção de alimentos, além de pequenas roças de subsistências, o grosso da alimentação e roupas são adquiridos nos comércios de Dourados.

Isso marca uma profunda mudança socioeconômica, política e cultural<sup>8</sup>. Ela torna-se paradigmática de como a discriminação, exclusão social gera um diálogo totalmente assimétrico, no qual, a população indígena é colocada como cidadã de segunda categoria.

### **Sintomas do suicídio**

O suicídio não tem uma causa, mas várias, como já foi estudado por Alcântara (2008), depende do momento histórico e a relação que a população indígena tem com o entorno<sup>8</sup>.

Os principais sintomas são: Tristeza, isolamento social, abandono, visões, chamamentos, medo.

Na maioria das vezes os sintomas ou manifestações de um provável suicídio são percebidos pelos familiares, mas eles se veem impotentes em tomar qualquer tipo de atitude. Primeiro, porque os próprios jovens se recusam a ir ao benzedor ou na igreja pentecostal, em segundo lugar porque o afastamento dos jovens em relação aos membros da família é necessário, já que ele/ela está enfeitado.

A tristeza é um sintoma que carrega muito mais do que a etiologia ocidental. Ela é ao mesmo tempo um estado de espírito enviado por feitiço, vem de fora, quem é acometido não tem controle, ele/ela age como se estivessem fora de si e não são responsáveis pelo que fazem. Os sintomas dessa *illness* são: o silenciamento, o distanciamento social e as visões de amigos/as que cometeram o suicídio.

*“Eles começam a ficar diferentes, se isolam dos outros, colocam em suas cabeças que é excluído da família, ou nem falam... só o guardam para si mesmos por falta de confiança de se abrir para confessar sobre o que está acontecendo, onde acabam morrendo calados”* (Depoimento de agente de saúde, julho/2018).

*“Percebemos quando eles vão se matar, em alguns casos. Chegaram a comentar que ouvem vozes e às vezes veem amigos que já cometeram o suicídio em certos lugares”* (Depoimento de professor, dezembro/2017).

*“Somente às vezes percebemos quando eles podem se matar. Eles se mostram tristes não conversam com ninguém, não querem comer. Ai ele toma cachaça, e fuma ai ele vai praticar... quem sofre é a família”* (Depoimento

de agente de saúde, novembro/2017).

*“Pelo que consigo avaliar, a tristeza e o afastamento do convívio com os outros é um dos sintomas mais comuns”* (Depoimento de professor, janeiro/2019).

Causas do suicídio têm íntima relação com outras formas de violência: a polissemia dos jovens indígenas.

### **Feitiçaria**

Causado pela inveja, ciúmes, vingança, geralmente quando o corpo está fraco, ou seja, desvinculado de sua alma.

Segundo Csordas<sup>46</sup> a abordagem da corporeidade parte da premissa metodológica de que o corpo não é um objeto a ser estudado em relação à cultura, mas é o sujeito da cultura; em outras palavras, a base existencial da cultura. Completando Mauss<sup>47</sup> o corpo é simultaneamente o objeto original sobre o qual o trabalho da cultura se desenvolve e a ferramenta original com a qual o trabalho se realiza. É, de uma só vez, um objeto de técnica, um meio da técnica e a origem subjetiva da técnica.

Sendo assim, o corpo é a práxis da cultura, ele tem que necessariamente, estar em seu pleno bem estar. Quando o feitiço “entra” no corpo ele representa não somente o mal estar do indivíduo, mas, sobretudo, o mal estar da comunidade colocando em risco ela toda. Pois, o corpo opera ao mesmo tempo as modalidades sensoriais, interação social e a atribuição de significados. Em outras palavras, feitiço é uma manifestação de mal estar da práxis entre “pessoa/indivíduo” e a comunidade. Todo e qualquer indígena corre o risco de ser enfeitado e isso amedronta toda a comunidade. Principalmente quando ela vive “um eterno” trauma pós-colonial, Post Traumatic Cultural Illness - PSTCI, que carrega o genocídio e a desarticulação do corpo sócio-cultural.

Existem várias classificações de feitiço, aqueles que são feitos para matar: como é o caso do suicídio, àqueles que são feitos para adoecer etc. Sempre o feitiço é encomendado, tem um destinatário que representa determinado desarranjo na comunidade/família.

### **Incompreensão da família**

O motivo pelos quais os jovens se suicidam é recorrente nas nossas conversas nas rodas de “tereré” (*bebida feita de água e erva-mate que é servida gelada numa cuia*), o problema familiar é o maior motivo. Sentem-se incompreendidos e não aceitos pelos seus pais:

*“tudo que falamos ou fazemos... levamos xingos, falam que não prestamos, que não ajudamos, só prestamos para a maldade e as palavras ficam, quando escuto todo esse xingamento tenho vontade de morrer”* (Depoimento de uma jovem indígena, abril/2019).

Por outro lado, os pais também não compreendem os filhos e muito menos aceitam seus comportamentos. As reclamações são, na grande maioria do tempo, as mesmas:

*“Nossos filhos não ajudam, só pensam em sair, beber e escutar o som alto, não querem saber de trabalhar e nem de estudar, vivem na estrada, quando precisamos deles, eles nunca estão para nos ajudar, para que eles servem?”* (Conversa com as mães numa reunião no Bororó, janeiro/2017).

Sem lugar para um diálogo, a violência torna-se a linguagem ordinária:

*“Os jovens de hoje não tem um ambiente legal, em suas casas ou com suas famílias, suas famílias não querem aceitar os jovens de hoje como eles querem ser, no modo de se vestir e até mesmo de gostar de músicas, como rap, funk, dance, já acham que é música e roupa de maconheiro sem parar para saber por que eles estão se vestindo assim ou por causa dos ídolos e dos cantos cantados do jeito deles”* (Depoimento de agente de saúde, julho/2018).

*“Na maioria os pais usam bebida alcoólica, onde causa atritos entre o pai e a mãe, violência doméstica”.* (Depoimento de agente de saúde, julho/2018)

*“Meu filho só me escuta na paulada... minha filha não presta mais, só pensa em sair e nem sei se volta...”* (Ibidem)

As condições financeiras são muito citadas, pois os pais não têm como atender as vontades dos filhos. Os apelos do consumo carregam entre pais e filhos sentimentos de menosprezo, rebaixamento ou desvalor de não poder dar, por exemplo, um celular, e isso torna-se um problema de exclusão que perpassa todos os âmbitos da autoestima e um obstáculo nos processos de subjetivação.

*“Às vezes o suicídio começa quando os problemas são muitos, a falta de dinheiro e a estrutura para levar uma vida decente”.* (Depoimento de agente de saúde, julho/2018)

*“Porque falta carinho da família, não tem condições para se vestir e calçar para ir na escola, e não é batizado pelo pajé, ou mesmo é feitiço”.* (Depoimento de agente de saúde, julho/2018)

### **Fora de lugar**

O sentimento de não pertencimento perpassa todos os âmbitos da vida desses jovens, pois não sendo aceitos pela família, passam a formar/frequentar as “gangues”, que se caracterizam por serem efêmeras, elas são formadas por afinidades e não mais por grupos de idade, e tem como característica praticar violência dentro do seio do mesmo grupo, pois as brigas internas passam a ser constantes na vivência desses jovens:

*“Basta beber um pouco, que um começa a falar besteira para o outro, e logo vem uma baita briga que quase sempre acaba em facçãozada”* (Depoimento de uma jovem da AJI, janeiro/2018).

*“(...) a gente pensa que tudo é amigo, mas quando a gente bebe um pouco, um começa a atacar o outro, não é mais amigo...”* (Depoimento de um jovem da AJI, dezembro/2019).

*“(...) geralmente quando a gente bebe ou fuma, as meninas começam a cair em cima dos homens da gente, daí sai briga e até morte”* (Depoimento de um jovem indígena, novembro/2019).

A falta de alternativa de vida os leva necessariamente para o caminho das drogas e das bebidas. Mesmo aqueles que trabalham na coleta de maçã no norte do Paraná ou em Santa Catarina também se tornam usuários de drogas. Em vários depoimentos desses jovens eles comentam que o trabalho é extenuante e sentem muito a falta da família e de seus/as amigas, e então precisam de algo para poder esquecer.

Sem uma possibilidade de futuro próximo eles passam a viver o dia a dia, jamais conjugando o verbo no futuro longínquo, pois o passado carrega um presente/passado pleno de dificuldades, impedimentos e traumas, deixando quase nenhuma alternativa de esperança.

Nesses entre-lugares que se tornam quase permanentes, eles buscam a resposta dessa inconstância, que, na grande maioria das vezes, vem apresentada sob forma de feitiço, como consequência da inveja e da vingança.

*“Tenho certeza que ela fez feitiço para mim, eu tentei me matar várias vezes, estava muito mal, não via nada, e pronto, quando vi estava na forca. Se não fosse a minha mãe.”*

*Ela queria o meu namorado. Eu sei que ela ficou com ele...”* (Depoimento de uma jovem indígena de 14 anos, julho/2018).

*“(...) pensei várias vezes em me matar, ninguém me ama, não tenho amigos, nem família, sou sozinha, tenho certeza que ninguém vai sentir falta de mim, ninguém gosta de mim, acho que tem um feitiço contra mim!”* (Depoimento de uma jovem indígena de 12 anos, novembro/2018).

*“(...) o pessoal daqui tem muita inveja, quando vê a gente de roupa boa já começa a falar que a gente não presta, falam de tudo e jogam feitiço, a gente começa a ficar triste e as vezes, não sabe nem porque, e pronto... já pensa na corda!”* (Depoimento de uma jovem indígena de 17 anos, janeiro/2018).

*“Aqui é muito difícil viver, queria ir embora, mas para onde? Não tenho parente em lugar nenhum. Aqui a gente não se safa do feitiço, fazem por qualquer coisa, e eu não*



*tenho dinheiro para pagar, agora mesmo, estou muito triste, só penso naquilo... é feitiço!*" (Depoimento de uma jovem indígena de 15 anos, março/2017).

Os mesmos discursos perpassam as agentes de saúde e os professores, ao mesmo tempo em que admitem ser o suicídio um resultado da desestruturação familiar, falta de recursos econômicos, no entanto, o feitiço é a principal causa.

*"Algumas famílias falam que é feitiço, falam que outra pessoa fez mal, alguns dançam e rezam para que não chame outro"* (Depoimento de agente de saúde, julho/2018 do Bororo).

*"Na maioria das vezes como feitiço. Os indígenas tradicionais fazem simpatias e feitiços no corpo"* (Depoimento de professor, dezembro/2017).

*"Tem gente muita gente que fala que é coisa de macumba, que o jovem foi macumbado e se suicidou"* (Depoimento de agente de saúde, julho/2018).

*"Ele pensa que é bom morrer; quando cai nele o feitiço, ele quer morrer"*. (Depoimento de agente de saúde, julho/2018).

A falta de autoridade e o desrespeito às lideranças e dos pajés nos apresenta a desestruturação da comunidade, e quem ocupa esse lugar são as igrejas evangélicas, que hoje em dia, são cerca de 80 na RID.

*"Não temos mais pajés com a sabedoria de antes."* (Depoimento de agente de saúde. Julho/2017)

*"O Capitão não faz nada, só atrapalha porque a gente pede ajuda, a ele não faz nada."*

*No meu pensar ele tem que conversar com essa pessoa"* (Depoimento de agente de saúde, julho/2017).

*"(...) os pajés de antigamente não existe mais, e de hoje não fazem nada."*

*O capitão não resolve nada"* (Depoimento de agente de saúde, julho/2017).

*"O capitão não atua, só vai para fazer levantamento com a polícia"* (Depoimento de agente de saúde, julho/2017).

*"(...) os jovem de hoje não confia no pajé e menos no capitão, eles debocham, dos pajé, até filho de pajé precisa de psicóloga"* (Depoimento de agente de saúde, julho/2017).

*"(...) só a igreja pode ajudar, veja fulano e sicrano... estavam perdidos e agora não...estão na igreja e mudaram. Ajudam os pais, não saem mais..."* (Depoimento de agente de saúde, julho/2017).

*"(...) na igreja a gente começa a respeitar os outros...é verdade. Só ela pode tirar o feitiço..."* (Depoimento de agente de saúde, julho/2017).

*"(...) o pastor sabe de tudo, ate quem fez o feitiço...ele revela...eu tenho medo dele"* (Depoimento de agente de saúde, julho/2017).

## **Drogas**

O uso de drogas, que é altíssimo na RID, está associada, aparentemente, à falta de trabalho e de lazer, pois esses jovens não têm atividade alguma a não ser os bailes que promovem e as idas para a cidade. Mas é um fenômeno complexo. Para muitos é uma fonte de renda tornando-se mulas. Os depoimentos constataam que não há um futuro para eles, e a droga tem um papel significativo no cotidiano desses jovens: busca de auto-estima, pertencimento, coragem, saída econômica, etc.

Na visão das agentes e algumas professoras:

*"O uso de drogas para eles é uma forma de divertimento, ou achando que só experimentando será legal"* (Depoimento de agente de saúde, julho/2017).

*"São coisas boas no começo, que depois de viciados já não tem controle da situação e começam a assaltar, roubar"* (Depoimento de agente de saúde, julho/2017).

*"As drogas é um assunto muito comum aqui na comunidade, os jovens, na maioria dos casos, veem as drogas como algo que melhoram sua situação deprimente, outros a veem como geração de lucro e outros a veem como algo terrível"* (Depoimento de professor, julho/2018).

*"Como um escape. De todas as formas possíveis"* (Depoimento de professor, julho/2018).

*"Como algo que não trás perigo a sua vida, que nem vai prejudicar a sua conduta na comunidade e na família"* (Depoimento de professor, julho/2018).

Para os jovens:

*"Quando eu bebo e fumo sei que posso tudo, você não sabe o que é bom, por mim eu ficava o tempo todo assim"* (Depoimento de um jovem de 13 anos, setembro/ 2018).

*"Mais quando eu fumo, eu me sinto com muita coragem, até bonito eu fico, passo a não ter medo, isso é bom"* (Depoimento de um jovem indígena de 17 anos, setembro/2018).

*"Quando eu bebo eu não sinto mais dor... não fico triste, tem um monte de gente do meu lado, gosto disso"* (Depoimento de uma jovem indígena de 15 anos, setembro/2018).

*“Gosto de fumar e beber porque esqueço tudo: a fome a falta de grana e não ligo para que os outros falam”* (Depoimento de uma jovem indígena de 17 anos, setembro/2018).

*“A gente não é nada, mas quando eu bebo e fumo sou tudo, o povo aí passa a ter medo de mim, é bom!”* (Depoimento de um jovem indígena de 13 anos, setembro/2018).

### ***Soluções vindas pelas narrativas das agentes de saúde e professoras***

A maioria dos interlocutores percebe que os jovens são abandonados não tendo lugar em nenhuma esfera da comunidade, sabem que o suicídio é uma mescla de vários fatores: falta de perspectivas econômicas, contínuos obstáculos no processo de vida, e o feitiço, que na maioria das vezes é o gerador de todos os fracassos sociais e econômicos.

A solução está na conjugação entre o acolhimento, carinho e, ao mesmo tempo, oferecer uma real possibilidade de vida como a educação e alguma forma de emprego.

*“As pessoas nunca sabem quando uma pessoa vai tirar a própria vida. Mas eu aposto no diálogo. Mostrar que viver é muito bom para as pessoas que pensam em tirar a sua própria vida”* (Depoimento de um professor, julho/2018).

*“Buscar aproximação, adquirir a confiança da pessoa, auxiliar e orientá-la nos encaminhamentos e na solução da situação problema, de acordo o contexto vivido”* (Depoimento de professor, julho/2018).

*“Deve ter diálogo, tentar entender, conversar, ter carinho”* (Depoimento de agente de saúde, setembro/2018).

*“Acredito numa visão espiritual, é a única que vence. Com muitas igrejas os cristãos estão trazendo bênçãos para a aldeia e expulsando os espíritos maus. Numa visão psicológica é muito importante trabalhar de uma forma aonde os adolescentes e adultos possam expor seus problemas, para trabalhar especificamente com a auto-estima”* (Depoimento de professor, julho/2018).

Notamos que nos discursos acima há uma grande ambiguidade entre as soluções, ao mesmo tempo em que citam causas sócio/econômicas. Eles vêm misturados com o discurso tradicional e o biomédico. Com a entrada dos psicólogos na RID, as agentes e os professores passam a atribuir e a ressemantizar o papel social do psicólogo. Ele ao mesmo tempo pode ajudar, mas sabem que não será a solução, pois o problema é um mal-estar comunitário, e somente a cura espiritual que terá esse alcance. Percebe-se que ficam num conflito entre a linguagem biomédica e as práticas espirituais, a evangélica, “macumba”, e o pajé por último, pela sua falta de eficácia simbólica. A adesão as igrejas evangélicas vêm principalmente pelo fato de

ser o lugar, no qual, acontece a revelação do feitiço e, provavelmente, quem o realizou. A equipe de saúde mental é mencionada e, até mesmo, frequentada, no entanto, não ocorre adesão ao tratamento.

Mesmo para os/as jovens o papel da equipe de saúde mental não fica muito claro, não entendem, e o fato de irem significa que a comunidade irá vê-los/as como se fossem os grandes problemas para a comunidade. E não tem um reconhecimento comunitário de que esse jovem será inserido novamente no contexto social. A fofoca tem um papel importante nesse contexto, pois ela quem insere ou não esses jovens, ela torna-se a rede social que permanece em contexto de contínua estruturação social. Como se fosse uma rede de proteção, assim também o é com as agentes de saúde, muito embora saibam que nesse papel o sigilo é uma ética (ocidental), elas/es tem um papel extremamente importante em proteger por meio da “fofoca” quem pode ameaçar social e biologicamente a comunidade.

### ***Discussão intercultural: narrativas de fronteira***

Sempre o suicídio<sup>8</sup> foi visto, para a grande parte dos povos ameríndios, como resultado de um grande feitiço. Os tupi-guarani foram os primeiros a serem relatados pelos jesuítas, no século XVII, por praticarem o suicídio, além da antropofagia. No entanto, se fosse uma espécie de epidemia, tal como a biomedicina e a saúde mental sustentam, essas etnias já teriam desaparecido. Mas o que ocorre é o inverso, foram um dos primeiros povos indígenas a serem contatados pelos portugueses e espanhóis e, dentre os inúmeros povos exterminados, eles permaneceram. Então fica a pergunta: são povos marcados pelo suicídio?

Nosso trabalho foca-se muito mais nos/as jovens que frequentam a AJI. São jovens e crianças considerados de alta vulnerabilidade, pois, são em grande parte fruto de casamentos desfeitos, transformando-se em filhos “guachos” (guachos são filhos adotivos), tóxico-dependentes e/ou com alto consumo de bebidas alcoólicas. A grande maioria estuda dentro das escolas da RID, possuem sua “gangue”, segundo o linguajar deles/as, formadas não mais por grupo de idade, mas por afinidade.

Carregam uma fragilidade/vulnerabilidade emocional, são muito agressivos, tanto verbal quanto fisicamente, uns com os outros. A violência é a marca das relações, como resposta desse mal estar comunitário.

Não existe diálogo intergeracional, os mais velhos não são respeitados, pelo fato de não darem o exemplo. O sentido de comunidade que estrutura a cultura indígena está sofrendo um grande processo de individualização. Em grande parte, resultado das igrejas evangélicas que carregam a ética protestante sinônimo de individualização<sup>48</sup>. Mas esta também carrega uma grande contradição - ao mesmo tempo que tem esse propósito, elas também são a tentativa de reunião da família extensa. A grande maioria das igrejas evangélicas são frequentadas somente pelas

famílias, resultando em grande número dentro da RID, e faz com que a família ganhe um certo prestígio dentro da comunidade. Dentro dessa dinâmica que a igreja evangélica ressemantiza a ética protestante.

No entanto, nos últimos 5 anos as igrejas pentecostais têm tido uma influência muito grande que perpassa a tentativa da congregação da família extensa, é a partir delas que saem as principais lideranças tanto dentro da RID quanto os quadros da saúde, escolas e postos ligados a prefeitura. Estão se tornando os quadros hegemônicos no diálogo com os não indígenas e assegurando os postos de mando político. Um dos jovens nos relata que sofre, com frequência, de perseguição tanto das lideranças quanto dos jovens ligados à igreja por ter parentes rezadores. “... estou sendo perseguido, estão me ameaçando... falam que eu tenho o demônio, falam palavras feias de meus parentes rezadores... estou com muito medo. Me assaltaram, a também a casa de minha mãe, estou com medo de sair de casa”.

Esses relatos nos demonstram uma nova fase na RID, se havia uma tensão entre as igrejas pentecostais com as lideranças tradicionais agora tudo isso se transformou em perseguição e numa disputa aberta. Isso preocupa muito, pois essas igrejas tem uma atitude em relação aos jovens muito repressora e violenta, condenando e expondo os/as mesmas/os tendo como consequência um certo tipo de exclusão social, principalmente dos familiares.

### ***Violência interna: uma das respostas ao suicídio?***

A violência interna sempre teve lugar e sempre foi justificada pela bebida ou pelo uso de drogas ilícitas, como se a pessoa estivesse encarnada por outra e não sendo culpada pelos atos que cometia. No entanto, essa postura vai sendo substituída pelos diagnósticos da biomedicina implantada pelo sistema de saúde biomédico.

Quando se fala na violência entre os/as jovens isso tem mais nuances: o uso indiscriminado das drogas fez com que eles/elas se empoderassem, não tem medo e se tornam como vários disseram: “um verdadeiro guerreiro, um verdadeiro índio”, “não levamos desaforo para casa, não aceitamos ser xingados e discriminados”.

O acesso às mais diferentes drogas que possuem por estarem na fronteira do Paraguai e da Bolívia fazem com que seu consumo seja muito cedo e constante. O craque batizado é o mais usado. - Por que batizado? “pois a droga do branco é muito fraca”.

Eles/as as batizam com substâncias que fazem com que a droga se potencialize. Sempre tomam em grupo de afinidade, sendo compostos por meninos e meninas. nos contextos de reuniões que geralmente vem acompanhado plea música funk. A adoção do funk tem uma identificação com a cultura da periferia, o faz se sentirem parceiros dos jovens e suas causas: discriminação e não acesso aos bens de consumo. Isso modificou os hábitos desses jovens no que

diz respeito à concepção de corpo e de relacionamento com seus parceiros. Gerando um conflito tanto familiar quanto social, o choque com os familiares e com as lideranças políticas e religiosas é profunda. A exclusão social desses jovens aprofundiza os conflitos gerando mais violência.

### **Considerações finais em torno ao suicídio como fenômeno inseparável das outras formas de violência na RID**

O suicídio é resultante de uma somatória de mal estares, mas um conjunto de causas que são determinados pelo momento histórico. É uma preocupação mundial, no entanto, em relação a população indígena ele tem que ser analisado dentro de seus contextos socioculturais.

Sabe-se, muito embora, tenhamos ainda poucos dados confiáveis que acontece, em grande parte, com os jovens tendo pouca diferenciação entre gêneros. São as populações mais vulneráveis no mundo, representam os maiores índices de pobreza, educação e tem poucas chances de trabalho fora de suas comunidades, tem pouco acesso a saúde e ao sistema sanitário; segundo os relatórios da Fórum das questões indígenas da Organização das Nações Unidas.

Em relação ao Brasil, os povos indígenas têm direitos iguais a todos os cidadãos, no entanto, eles sofrem de profunda discriminação social e econômica. Causando um mal-estar permanente, principalmente, entre os/as jovens indígenas.

No Brasil, o suicídio indígena passa a ser preocupação de saúde pública desde 2006, adota-se um protocolo de saúde mental baseado no *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, que significa uma postura totalmente biomédica em relação à saúde mental.

No caso de Dourados o suicídio é uma resultante de muitos fatores, entre eles: o enfraquecimento das lideranças religiosas e políticas juntamente com as transformações das relações sociais, tais como: da família extensa para família nuclear, a mudança do papel social das mulheres e dos jovens, as mudanças econômicas que dependem exclusivamente das ofertas de trabalho dentro e fora da Reserva de Dourados, o constante trânsito com a cidade resultando na transformação do imaginário/expectativa/impedimentos dos/as jovens indígenas. Sem falar da questão de confinamento e da expulsão constante que sofrem em relação a seus territórios tradicionais. Seus territórios são altamente disputados pelos agronegócios que tem apoio das políticas desenvolvimentistas aplicadas pelo estado brasileiro, sendo fortemente representado pela bancada ruralista no congresso.

Muito embora, os/as mais jovens não tenham a narrativa completa dessa constante expulsão que carrega uma extrema violência para com a população indígena,

eles/as relatam em forma de fragmentos dessa narrativa que são percebidas nas atividades, principalmente nos desenhos, que ocorrem na AJI<sup>49</sup>. A perda de um familiar por violência, o abandono e a morte é uma constante. Pode-se afirmar que sofrem de um trauma colonial que carregam silenciosamente.

Na conjuntura desses últimos anos, acentua o diálogo com os não-indígenas, pela proximidade da cidade, o alto consumo de crack, a rejeição social dentro e fora da RID, os levam a construir espaços de pertencimentos efêmeros. Os laços de amizades e de namoros são extremamente frágeis, sendo uma das maiores narrativas da causa de suicídio.

Por outro lado, o alto consumo de drogas traz uma mudança significativa dentro da relação entre estes/as jovens, pelo fato de que eles/as se sentem empoderados; os fazem se sentir bem, os/as encorajam, resultando no alto índice de violência entre eles/as.

A consequência disso, foi o aumento da intervenção do Conselho Tutelar, instituição ocidental, que é demandada pela comunidade para resolver seus problemas internos, nos apresentados mais um dado, da ineficácia da comunidade de resolver internamente seus problemas. Gerando vários outros problemas.

Assim também acontece com a implantação *ipses litteris* de programas de saúde do SUS, sem a consulta prévia, livre e informada. Resultando em demandas/necessidades que carregam as classificações biomédicas

sobre fenômenos de sofrimento que ainda estão sendo ressemantizados pela população indígena.

Esta nova demanda vem acompanhada como uma “nova” expectativa de que os males da alma poderão ser resolvidos, no entanto, gera mais frustrações e agravos em relação à cultura do branco. Não há escuta qualificada e a medicação é dada indiscriminadamente. Os diagnósticos baseados no CID 10 não são apropriados e, conseqüentemente, os medicamentos. A conclusão é que há uma fraca adesão ao tratamento, pois, os antidepressivos provocam mal-estar por não haver acompanhamento especializado, e, por outro lado, os/as indígenas querem ser escutados e compreendidos, e não medicados.

A política de saúde implementada tem um efeito de violência exercida contra os povos indígenas que não pode ser negligenciada na hora de avaliar as diferentes formas de violência que se manifestam na Reserva. Isto se vê refletido na entrada massiva de órgãos institucionais não-indígenas atuando dentro da Reserva. Pela falta de uma política indígena definida pela auto determinação dos próprios povos indígenas, facilitando a entrada de atuação das instituições não-indígenas com protocolos que não são feitos para a realidade inter-étnica.

Isto vai totalmente contra a concepção de saúde do plano de estratégia da OPS-2014/19. “De fortalecer a capacidade do setor da saúde para abordar os determinantes sociais, mediante a adoção de estratégia da saúde em todas as políticas”.

## REFERÊNCIAS

- Teixeira CC. Fundação Nacional de Saúde: a política brasileira de saúde indígena vista através de um museu. *Etnografica*. 2008;12(2):323-51. Disponível em: <http://journals.openedition.org/etnografica/1733>.
- Brasil. Presidência da República, Casa Civil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF; 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm).
- Incentivo à atenção especializada aos povos indígenas (IAE-PI): manual de orientação. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/21/20180206-Manual-IAE-PI.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.759, de 25 de outubro de 2007. Brasil; 2007. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2759\\_25\\_10\\_2007.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2759_25_10_2007.html)
- Saúde Mental dos Povos Indígenas do Brasil. 2015. Disponível em: <http://redehumanizaus.net/90072-saude-mental-dos-povos-indigenas-do-brasil/>.
- Stock BS. Os povos indígenas e a política de saúde mental no Brasil: composição simétrica de saberes para a construção do presente. *Cad IHU Ideias (UNISINOS)*. 2011;9(145).
- Turner VW. *The ritual process: structure and anti-structure*. Chicago: Aldine Publishing Co.; 1969.
- Alcântara MLB. *Jovens indígenas e lugares de pertencimento*. São paulo: EDUSP; 2008.
- Brand AJ. *O impacto da perda da terra sobre a tradição Kaiowá/Guarani: os difíceis caminhos da palavra [tese]*. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 1997.
- Pereira LM. *Expropriação dos territórios kaiowá e guarani: Implicações nos processos de reprodução social e sentidos atribuídos às ações para reaver territórios-tekohará*. *Rev Antropol UFSCar*. 2012;4(2):124-33. Disponível em: [http://www.rau.ufscar.br/wp-content/uploads/2015/05/vol4no2\\_07\\_LEVI\\_.pdf](http://www.rau.ufscar.br/wp-content/uploads/2015/05/vol4no2_07_LEVI_.pdf).
- Chamorro G. *Imagens espaciais utópicas. Símbolos de liberdade e desterro nos povos guarani*. *Indiana*. 2010;27:79-108. Disponível em: [https://www.iai.spk-berlin.de/fileadmin/dokumentenbibliothek/Indiana/Indiana\\_27/IND\\_27\\_2010\\_79-107\\_Chamorro.pdf](https://www.iai.spk-berlin.de/fileadmin/dokumentenbibliothek/Indiana/Indiana_27/IND_27_2010_79-107_Chamorro.pdf).
- Melià B. *Un extranjero en su tierra : el Avá-Guaraní*. In: *Una nación, dos culturas*. CEPAG; 1997. p. 23–8.
- Alcântara MLB. *Suicídio adolescente em povos indígenas: 3 estudos*. IWGIA/UNICEF; 2014.
- Brasil. Decreto nº 5.051, de 19 de abril de 2004. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/decreto/d5051.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5051.htm).

15. Nações Unidas. Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas. Rio de Janeiro; 2008. Disponível em: [http://www.funai.gov.br/arquivos/conteudo/cogedi/pdf/LEGISLACAO\\_INDIGENISTA/Legislacao-Fundamental/ONU-13-09-2007.pdf](http://www.funai.gov.br/arquivos/conteudo/cogedi/pdf/LEGISLACAO_INDIGENISTA/Legislacao-Fundamental/ONU-13-09-2007.pdf).
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo Demográfico 2010. Características da população e dos domicílios. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd\\_2010\\_caracteristicas\\_populacao\\_domicilios.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf)
17. Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial da saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra; 2001. Disponível em: [https://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_po.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf?ua=1)
18. Setembro Amarelo: taxa de suicídio aumenta 7% no Brasil em seis anos. 2019. Disponível em: <https://pebmed.com.br/setembro-amarelo-taxa-de-suicidio-aumenta-7-no-brasil-em-seis-anos/>.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília; 2005. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf).
20. Macintosh C. Indigenous mental health: Imagining a future where action follows obligations and promises. *Alta Law Rev.* 2017;54(3):589-610. doi: <https://doi.org/10.29173/alr763>.
21. Rhodes P, Langtiw C. Why clinical psychology needs to engage in community-based approaches to mental health. *Aust Psychol.* 2018;53(5):377-82. <http://doi.wiley.com/10.1111/ap.12347>.
22. McDonald H. East Kimberley concepts of health and illness: a contribution to Intercultural Health Programs in Northern Australia. *Aust Aborig Stud.* 2006;(2):86-97. Available from: <https://search.informit.com.au/documentSummary;dn=429992484938647;res=IELAPA>
23. Shand FL, Ridani R, Tighe J, Christensen H. The effectiveness of a suicide prevention app for indigenous Australian youths: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2013;14(1):396. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-14-396>.
24. Silburn S, Glaskin B, Henry D, Drew N. Preventing suicide among indigenous Australians. In: Purdie N, Dudgeon P, Walker R, editors. Working together: aboriginal and Torres Strait Islander mental health and wellbeing principles and practice. Australia: Commonwealth of Australia; 2014 p.91-104. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/36780809.pdf#page=125>.
25. Diez J. Os múltiplos processos de construção da autonomia do movimento zapatista. *Ciêns Sociais Unisinos.* 2012;48(3):215-24. Disponível em: [http://revistas.unisinos.br/index.php/ciencias\\_sociais/article/view/2648](http://revistas.unisinos.br/index.php/ciencias_sociais/article/view/2648).
26. Coordinadora Regional de los Pueblos Indígenas de San Lorenzo (CORPI), Grupo de Trabajo Racimos de Ungurahui, Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas (IWGIA), Hierro PG, Tirado AC, Calonge AS, editores. Una historia para el futuro: territorios y pueblos indígenas en Alto Amazonas. Santa Cruz de la Sierra: Ed. CORPI; 2002. Disponível em: [https://www.iwgia.org/images/publications/0345\\_Una\\_Historia\\_para\\_el\\_Futuro.pdf](https://www.iwgia.org/images/publications/0345_Una_Historia_para_el_Futuro.pdf).
27. Chirif A. ¿Cuál es la situación de los territorios indígenas en la coyuntura actual? *SERVINDI*; 2015. Disponível em: <https://www.servindi.org/actualidad/134946>.
28. Chirif A, Hierro PG. Marcando territorio: progresos y limitaciones de la titulación de territorios indígenas en la Amazonia. *IWGIA*; 2007. Disponível em: <https://www.iwgia.org/es/recursos/publicaciones/317-libros/2825-marcando-territorio-progresos-y-limitaciones-de-la-titulacion-de-territorios-indgenas-en-la-amazonia.html>.
29. Chirif A, Hierro PG, Smith RC. El indígena y su territorio son uno solo. Estrategias para la defensa de los pueblos y territorio indígenas en la cuenca amazónica. Lima: OXFAM América, Coordinadora de las Organizaciones Indígenas de la Cuenca Amazónica (COICA); 1991.
30. Pueblo Wampis conforma primer gobierno autónomo indígena del Perú. Peru: *SERVINDI*; 2015. Disponível em: <https://www.servindi.org/actualidad/144577>.
31. Batista MQ, Zanello V. Saúde mental em contextos indígenas: escassez de pesquisas brasileiras, invisibilidade das diferenças. *Estud Psicol.* 2016;21(4):403-14. <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20160039>.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Setembro Amarelo Ministério da Saúde lança Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio. Brasília; 2017. Disponível em: [https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/09/Boletim\\_suicidio\\_MS\\_set17.pdf](https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/09/Boletim_suicidio_MS_set17.pdf).
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Relatório de gestão do exercício de 2016. Brasília; 2016. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/26/RG-SESAI-2016-Versao-Final.pdf>.
34. Fundação Nacional do Índio, Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Saúde Indígena; Secretaria de Atenção à Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. I Oficina sobre Povos Indígenas e Necessidades Decorrentes do Uso do Alcool: Cuidado, Direitos e Gestão. Relatório executivo. Brasília: Funai, MS, Sesai, SAS, Fiocruz; 2018. [http://www.funai.gov.br/arquivos/conteudo/cogedi/pdf/Outras\\_Publicacoes/Relatorio\\_Executivo\\_Oficina\\_Povos\\_Indigenas\\_Alcool/Relatorio\\_Executivo\\_Oficina\\_Povos\\_Indigenas\\_Alcool.pdf](http://www.funai.gov.br/arquivos/conteudo/cogedi/pdf/Outras_Publicacoes/Relatorio_Executivo_Oficina_Povos_Indigenas_Alcool/Relatorio_Executivo_Oficina_Povos_Indigenas_Alcool.pdf)
35. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica: saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 2.663, DE 9 DE OUTUBRO DE 2019. 2019. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2.663-de-9-de-outubro-de-2019-221313223>
37. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 3.088, de 23 de dezembro de 2011. *BRÁSILIA*; 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html).
38. Said EW. *Orientalism*. New York: Pantheon Books; 1978.
39. George C. Book review: Gayatri Chakravorty Spivak, *In Other Worlds: Essays in Cultural Politics*. New York: Methuen; 1987. *Millenn J Int Stud.* 1988;17(3):590-1. <https://doi.org/10.1177/03058298880170030522>.
40. Bhabha HK, editor. *Nation and narration*. London: Routledge; 1990.
41. DelVecchio Good M-J, Gadmer NM, Ruopp P, Lakoma M, Sullivan AM, Redinbaugh E, et al. Narrative nuances

- on good and bad deaths: internists' tales from high-technology work places. *Soc Sci Med.* 2004;58(5):939-53. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953603005823>.
42. Fischer MMJ. *Anthropological futures*. Durham, NC: Duke University Press; 2009.
  43. Rosa JG. *Grande sertão: veredas*. Rio de Janeiro: José Olympio; 1956.
  44. Bakhtin M. *Estética da criação verbal*. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2011.
  45. Governo do Estado de Mato Grosso do Sul. Subsecretaria Especial de Cidadania (SECID/MS). *Comunidades Indígenas*. Campo Grande, MS; 2019. Disponível em: <http://www.secid.ms.gov.br/comunidades-indigenas-2/>
  46. Csordas TJ. A corporeidade como um paradigma para a antropologia. In: *Corpo/Significado/Cura*. Porto Alegre: UFRGS; 2008. p.101-46. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2018635/mod\\_resource/content/1/A\\_Corporeidade\\_Como\\_Um\\_Paradigma\\_Para\\_a\\_Antropologia.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2018635/mod_resource/content/1/A_Corporeidade_Como_Um_Paradigma_Para_a_Antropologia.pdf)
  47. Mauss M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac & Naify; 1950.
  48. Weber M. *A Ética protestante e o espírito do capitalismo*. São Paulo: Companhia das Letras; 2004.
  49. Conselho Indigenista Missionário (Cimi). *Relatório: Violência contra os povos indígenas no Brasil. Dados de 2018*. Disponível em: <https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2019/09/relatorio-violencia-contra-os-povos-indigenas-brasil-2018.pdf>.
  50. Kleinman A. *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books; 1988.
  51. Seppilli T. Saúde e antropologia: contribuições à interpretação da condição humana em ciências da saúde. *Interface - Comun Saúde, Educ.* 2011;15(38):903-14. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000300022>.
  52. Pollock NJ, Naicker K, Loro A, Mulay S, Colman I. Global incidence of suicide among Indigenous peoples: a systematic review. *BMC Med.* 2018;16(1):145. doi: <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1115-6>.