Bem-viver psicoanimista como alternativa ao conceito de saúde mental: uma proposta a partir de cosmologias indígenas brasileiras

Psycho-animist well being as an alternative to the concept of mental health: a proposal based on brazilian indigenous cosmologies

Idjarrury Sompré[1] | Eliene Rodrigues Putira Sacuena[1]

[1]Universidade Federal do Pará. Belém, Pará, Brasil

Resumo: O estudo discute as diferenças e convergências entre as concepções indígenas e ocidentais de saúde mental, com foco no conceito de 'bem-viver' de alguns dos povos indígenas no Brasil. Utilizando metodologia qualitativa de análise de conteúdo, baseada em fontes secundárias, o trabalho investiga como o pensamento normativo ocidental historicamente se distanciou das práticas indígenas e como, recentemente, há um movimento de reaproximação. Os resultados destacam contraste entre os paradigmas ocidental e indígena, sendo o último baseado em perspectivas integrativas e comunitárias, enquanto o primeiro privilegia abordagens biomédicas e individualistas. Essa aproximação exige novas categorias, como a de bem-viver psicoanimista, aqui proposta, indicando que a incorporação de tecnologias de cuidado indígenas nas políticas públicas de saúde representa avanço importante para promover maior equidade e interculturalidade nos cuidados em saúde. O diálogo intercultural não representa somente a possibilidade de reconhecer as ciências indígenas como válidas, mas também de ampliar o cuidado humanizado e o respeito à diversidade.

Palavras-chave: Povos indígenas. Bem-viver. Saúde mental. Saúde indígena.

Abstract: Theis study discusses the differences and convergences between Indigenous and Western conceptions of mental health, focusing on the concept of *bem-viver* (Good living well) among certain some Indigenous peoples in Brazil. Drawing Basedon a qualitative content analysis of secondary sources, it examines this work investigates how Western normative thought has historically diverged from Indigenous practices and how, more recently, a movement of rapprochement between these worldviews has begun to has emerged. The results highlight the contrast between Western and Indigenous paradigms, while Indigenous perspectives are grounded in integrative and community-centered worldviews with the latter being based on integrative and community-centered perspectives, Western approaches tend to prioritize biomedical and individualistic modelswhile the former prioritizes biomedical and individualistic approaches. The study concludes that this rapprochement calls for demandsnew analytical categories, such as the proposed psycho-animist well-being. It also argues that incorporating Indigenous care technologies into public health policies is an essential a crucial step toward promoting greater equity and interculturality in healthcare. Intercultural dialogue, in this sense, involves is not only about recognizing Indigenous sciences as legitimate systems of knowledge, but valid but also about expanding humanized care and fostering respect for diversity.

Keywords: Indigenous peoples. Good Living well. Mental health. Indigenous health.

Sompré, I., & Putira Sacuena, E. R. (2025). Bem-viver psicoanimista como alternativa ao conceito de saúde mental: uma proposta a partir de cosmologias indígenas brasileiras. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas*, *20*(3), e20250016. doi: 10.1590/2178-2547-BGOELDI-2025-0016

Autor para correspondência: Idjarrury Sompré. Rua Augusto Corrêa, 01. Belém, PA, Brasil. CEP 66075-110 (idjarrury@hotmail.com, indio.ifpa@gmail.com).

Recebido em 03/04/2025
Aprovado em 17/10/2025
Responsabilidade editorial: Claudia Leonor López-Garcés

CONTEXTUALIZANDO A ESCRITA

A escrita sobre temas relacionados à saúde mental indígena tem se constituído demanda urgente frente ao aumento significativo dos quadros de adoecimento e sofrimento mental de pessoas indígenas. A tarefa não é simples, pois requer interações entre conceitos relacionados às categorias de 'bem-viver' e 'saúde mental', considerando que cada povo lida de forma específica com essas questões, com sistemas de proteção, prevenção, promoção e cura elaborados com base nas ciências indígenas e que nem sempre são reconhecidos e respeitados pelos sistemas públicos de saúde.

Na última década, em função dos avanços nas políticas de ações afirmativas para povos indígenas nas universidades, temos visto aumento expressivo no ingresso de pessoas indígenas em diversos cursos, em especial nos da área da saúde, como Medicina, Biomedicina, Enfermagem, entre outros, o que tem possibilitado aos próprios indígenas realizarem pesquisas em diálogo com seus parentes e colaboradores não indígenas, no sentido de estabelecer dialógicas entre sistemas indígenas e ocidentais de cuidado.

É nessa esteira que este trabalho está situado, escrito por duas pessoas indígenas, do povo Kaingang e Baré, com formação em Medicina e Biomedicina, respectivamente, com vivências pessoais e coletivas em adoecimento mental e que estão sendo desafiadas a lidar cotidianamente com essa temática na seara profissional, no cuidado com outros parentes e na elaboração de reflexões que possam contribuir com diálogos e práticas mais respeitosas com os sistemas de cuidados indígenas.

O acesso ao ambiente acadêmico também tem sido causa de adoecimento mental, pois, quase sempre, nos deparamos com conceitos exógenos à nossa cultura, que em nada dialogam com os nossos conhecimentos; muito pelo contrário, somos silenciados e invisibilizados nos currículos e práticas que têm como base explicações, linguagens e referências que em nada se correlacionam com as nossas realidades. A conclusão dos cursos na área da saúde tem sido grande desafio, mas também tem se constituído terreno fértil para reinterpretações e reflexões na produção de conhecimentos que incidam nas políticas públicas de saúde indígena.

Após a formação acadêmica nos moldes ocidentais, ao retornar para as nossas comunidades ou na atuação com outros parentes indígenas, temos tido a possibilidade de, por meio de processos formativos e experiências reinterpretativas, articuladas às ciências aprendidas nas vivências, observar empiricamente que as terapias, combinadas com as culturas indígenas locais, têm tido maior acolhimento pelos parentes. Frente às dificuldades em estabelecer sempre essa relação respeitosa entre diferentes ciências, são necessárias reflexões que indiquem possibilidades e caminhos para o estabelecimento de diálogos entre os diversos conceitos presentes na formulação de políticas públicas para os povos indígenas no Brasil, como um direito.

INTRODUÇÃO

Os sistemas de cuidados em saúde dos povos indígenas no Brasil foram historicamente estigmatizados e marginalizados desde o primeiro contato com os invasores europeus, em 1500, que, por erro náutico, acreditando terem alcançado as Índias orientais, nos denominaram 'índios'. Desde então, iniciou-se o processo de tentativa de homogeneização e de assimilação forçada, com a repressão dos sistemas culturais de proteção, prevenção, promoção e cura, vistos como obstáculos à evangelização e à conversão desses povos. Esse processo não apenas desvalorizou sistematicamente os sistemas indígenas de cuidado com a saúde, mas também impôs padrões ocidentais de proteção, prevenção, promoção e cura.

Pelas resistências, os sistemas de produção de conhecimentos indígenas sobre cuidados com a saúde persistiram e resistiram às violências e aos silenciamentos das autoridades regulatórias coloniais, que exerciam função repressiva e 'civilizatória'. Embora a medicina ocidental nesse período não fosse totalmente desenvolvida segundo os moldes organicistas e reducionistas atuais, a prática

médica era baseada em ciências biológicas, mecânicas e contrastava com as abordagens holísticas dos especialistas nos sistemas de proteção, prevenção, promoção e cura dos povos indígenas.

O conceito de saúde mental do ocidente – desde Hipócrates, e a teoria dos humores, Descartes, e o dualismo mecanicista, e a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) baseada em 'lidar com estresses', 'trabalhar produtivamente' – insiste em compartimentalizar e fragmentar os processos em saúde mental, contrastando uma visão utilitarista com a lógica relacional e cosmológica do bem-viver, sendo esse o principal desafio de elaborações interculturais e de valorização das práticas e concepções em saúde para povos indígenas.

Partindo disso, mesmo com as demandas indígenas materializadas em avanços legais, nacionais e internacionais, ainda há grandes dificuldades na compreensão da categoria saúde mental como parte dos sistemas holísticos mais amplos concebidos pelos povos indígenas como bem-viver, em que corpo, mente, 'espírito' e território se conectam e interagem de maneira indissociável, promovendo saúde ou doença com contextos explicativos mais amplos que o biomédico. Dessa forma, este trabalho busca explorar as intersecções e aproximações possíveis entre as concepções indígenas e ocidentais de afecções da mente e seus determinantes, problematizando o conceito de saúde mental e propondo a ferramenta conceitual do bem-viver psicoanimista para mediar o diálogo entre epistemologias radicalmente distintas.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo qualitativo exploratório de análise de conteúdo, com o objetivo de refletir sobre as concepções de saúde mental de alguns povos indígenas a partir de suas próprias narrativas, em contraste com concepções ocidentais. Embora não busque criar uma teoria unificada ou esgotar as discussões possíveis, a análise de entendimento das concepções visa construir compreensões mais profundas e amplas do tema.

Foi realizada busca nas plataformas de acesso livre da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Google Scholar*, devido à ampla cobertura de literatura acadêmica e científica nacional com relevância para o estudo. Foram usados os termos para busca: 'saúde mental indígena', 'percepções indígenas', 'psicologia indígena' e 'medicina indígena tradicional'.

A amostragem das fontes secundárias foi definida de forma intencional, de modo que fossem incluídos estudos com os critérios: relatos diretos de indígenas; trabalhos de campo com narrativa indígena e/ou discussão das narrativas primárias indígenas sobre concepções próximas ao de saúde mental; e estudos com etnias brasileiras, garantindo, assim, que os dados sejam representativos e pertinentes ao foco do trabalho. Os critérios de exclusão foram: visões interpretativas sem a participação de indígenas; conteúdos que não continham as narrativas indígenas coletadas em campo; e análises por fontes secundárias e povos indígenas internacionais.

Para a inclusão das etnias e seus respectivos conceitos, foi utilizado o método por amostragem intencional simples. Para a extração e organização dos dados, foi utilizado o *software* Word, categorizando as informações por etnias e concepções específicas. Os dados extraídos foram sintetizados para facilitar a análise e a discussão. Para a análise, foi utilizada a aplicação de comparações abertas, as quais foram agrupadas por conceitos semelhantes, permitindo identificar tanto as singularidades quanto as generalizações possíveis entre as concepções mais próximas de saúde mental nas diversas compreensões indígenas estudadas.

CONCEPÇÕES INDÍGENAS DE BEM-VIVER PSICOANIMISTA

No Brasil, há grande diversidade de concepções indígenas de bem-viver psicoanimista. Existem atualmente quase 1,7 milhão de pessoas indígenas, representando 0,83% da população brasileira (IBGE, 2022). São 305 povos, detentores de culturas heterogêneas e falantes de

274 línguas (IBGE, 2012). Diante dessa diversidade étnica, as etnias para a análise foram selecionadas por amostragem aleatória simples, sendo elas: Kaingang, Baré, Yanomami, Wajãpi, Kuikuro, Kanamari, Macuxi, Tembé, Wapixana, Karajá Iny, Guarani, Suruwaha e Tikuna. O Quadro 1 apresenta mais informações sobre os povos abordados na análise. Ressalta-se que as culturas são dinâmicas, podendo haver variações entre as mesmas etnias em diferentes etnorregiões.

Os Kaingang entendem o bem-viver psicoanimista como equilíbrio entre corpo (*hã*) e espírito (*kuprim*). Todos os elementos naturais possuem espírito (*kuprim*), devendo haver equilíbrio e respeito entre todos esses seres para a manutenção da força vital (*tar*), que é essencial para prevenir ou causar adoecimentos de ordem mental. Por exemplo, quando sentimos muita saudade de um ente querido, utilizamos rituais conduzidos pelo *Kujá* (pajé), que busca os espíritos perdidos no mundo espiritual (*numê*) para restaurar a saúde da pessoa. O afastamento de espíritos ruins e causadores de doenças (*waikuprim*) também é importante, pois sua proximidade pode enfraquecer a pessoa e torná-la vulnerável a doenças como o sofrimento e a saudade excessiva de alguém que já morreu (Andrade, 2013).

Para os Baré, a saúde está ligada à harmonia entre humanos, espíritos, animais e território, sendo o adoecimento resultado de desequilíbrios nessas relações. O bem-viver baré é coletivo e fundamentado em alimentação, benzimentos, rituais e danças, mantendo a integralidade cultural. Contudo, o processo colonizatório e evangelizador impôs silenciamento e ruptura cosmológica, impactando diretamente o bem-viver psicoanimista, que é visto como consequência da perda de continuidade dessas práticas e do afastamento do território. A cura, portanto, envolve tanto a recuperação do espírito e da conexão ancestral quanto o fortalecimento das práticas tradicionais.

Para os Yanomami, o sofrimento mental é visto como resultado da influência de entidades malignas, como o *Kanaimé* ou *Hekula*, este pode levar, por intermédio do feitiço, ao suicídio ou à morte voluntária. As pessoas acometidas frequentemente não consideram esses pensamentos como produtos de si mesmas, mas sim como efeitos causados pela ação de um espírito ruim que prevalece sobre os espíritos bons (Vieira, 2018; Gallois, 1991).

Quadro 1. Povos indígenas, regiões onde vivem, tronco linguístico e população estimada. Fonte: IBGE (2022).

Etnia	População estimada	Família linguística	Local onde vivem
Kaingang	45.840	Macro-jê	São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul
Baré	35.218	Aruak	Amazonas
Yanomami	49.549	Yanomami	Amazonas e Roraima
Kanamari	6.255	Katukina	Amazonas
Wajãpi	1.917	Tupi-Guarani	Pará e Amapá
Kuikuro	899	Karib	Mato Grosso do Sul
Macuxi	53.446	Karib	Roraima
Tembé	3.515	Tupi-Guarani	Maranhão e Pará
Wapixana	17.331	Aruak	Roraima
Karajá Iny	6.260	Macro-jê	Goiás, Tocantins, Mato Grosso do Sul e Pará
Suruwaha	168	Arawá	Amazonas
Guarani	50.034	Tupi-Guarani	Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Pará e Tocantins
Tikuna	74.061	Tikuna	Amazonas

Os Wajãpi, falantes do Tupi-Guarani e com população em torno de 1.000 indivíduos, distribuídos nos estados do Amapá e do Pará, atribuem doenças, incluindo distúrbios mentais, à influência de entidades sobrenaturais chamadas *Ajã*. Essas entidades podem ser controladas por especialistas indígenas ou ser uma reação a transgressões que perturbam o equilíbrio social e ecológico. No bem-viver psicoanimista, especificamente, acreditam que um espírito "canibal" invade o corpo, esvaziando o indivíduo de seu *stekaton* (princípio vital), causando confusão e "loucura" (Gallois, 1991).

Para os Kuikuro, a doença é vista como única, influenciada por contextos pessoais, sociais e históricos. Os espíritos são considerados guardiões de plantas, rios e objetos rituais. Alguns espíritos, chamados *itséke kotompáni*, causam doenças que agridem a alma ou sombra da pessoa com 'flechas' ou as rapta. Na cultura Kuikuro, distúrbios mentais podem ser descritos como *uhagarâ itarifiuntárâ* (vozes no ouvido), entre outros termos para síndromes menos comuns (Verani, 1991, p. 70).

Entre os Kanamari, os adoecimentos mentais são frequentemente atribuídos aos *djohko*, que são espíritos ou entidades relacionados às pedras, e seus efeitos são geralmente descritos de maneira semelhante. Essas, ao penetrarem no corpo da vítima, produzem efeitos fisiológicos em poucas horas. É entendido que essas pedras são manifestação dos *djohko* no corpo e na mente (Reesink, 1991).

Para os Macuxi, segundo Gil (2018, p. 173):

> . . . a entidade *Apîiko* sequestra o espírito humano, prejudicando a aparência da pessoa, causando tristeza, inquietação, insônia e pesadelos. Estes indígenas empregam o termo "desgosto" nesses casos, no sentido de mágoa, tristeza, como sendo um estado vinculado ao fenômeno do sofrimento mental e suicídio.

Aqui também vemos o *Kanaime*, o qual, por ordem de feitiço, leva a pessoa ao isolamento e à exclusão social. Essa prática pode ter efeitos psicológicos significativos, incluindo sentimentos de solidão, depressão e tendência ao suicídio (Gil, 2018).

O mito "O homem que se casou com a filha do urubu-rei" é encontrado entre os Tembé e os Wapixana. Nele, há o relato de uma tentativa de suicídio devido a sentimento de desgosto: "após uma epidemia, muitas pessoas morreram, só sobrevivendo um rapaz denominado Estevão, que, desgostoso, atirou-se entre os cadáveres na expectativa de também ser comido pelos urubus" (Gil, 2018, p. 163). Assim, um comportamento suicida surge em meio a uma crise social (Gil, 2018).

A associação entre suicídio e feitiçaria é frequentemente mencionada nas falas sobre as causas do suicídio entre o povo Inỹ. Muitos jovens aprendem feitiços que induzem ao suicídio, levando as vítimas a ouvirem vozes, geralmente de entes queridos falecidos, que as incitam a se matar por meio do engano, como parte do feitiço lançado. Essas vozes são muitas vezes agravadas pelo consumo de álcool, que é visto como facilitador e carreador dos efeitos dos feitiços (Karajá, 2021).

Para os Guarani-Kaiowá, o suicídio, chamado de *jejuvy*, tem significado profundo relacionado à espiritualidade e ao ambiente. Acreditam que cada indivíduo é protegido desde o nascimento por dois pássaros sagrados, *Mokoy* e *Gwyra*, que guardam o *Ayvu*, a essência vital que impulsiona a vontade de viver. Estes pássaros asseguram a vida plena e uma morte tranquila. No entanto, fatores como violência, desesperança e o deslocamento das terras sagradas (*tekoha*) podem afugentar esses protetores. Quando os pássaros não estão presentes, espíritos malignos, como o *Angué*, podem influenciar a pessoa a tomar atitudes destrutivas, incluindo o suicídio (Nolen, 2017).

Os Suruwaha valorizam morrer jovem e forte, rejeitando a velhice e a decadência física, para isso, utilizam da morte voluntária quando são afligidos por emoções desgostosas. As justificativas para as tentativas de suicídio estão ligadas à complexa rede de emoções, que incluem afeição (*kahy*), raiva (*zawari*), saudade (*kamonini*), especialmente relacionada ao luto pelos mortos, e vergonha (*kahkomy*). Na visão Suruwaha, após a morte, a alma deixa o corpo e segue um dos três

caminhos celestiais, dependendo da causa da morte; no caso da morte voluntária, seguem o 'caminho do Timbó' (*konaha agi*) (Poz, 2000), que é o caminho seguido pelas almas dos suicidas. É associado à trajetória da lua e é o caminho para aqueles que escolhem terminar suas vidas por ingestão de veneno (*timbó*). As almas que seguem esse caminho acreditam reencontrar seus parentes e viver como o 'povo do timbó' no patamar celestial superior, na casa do ancestral *Bai*, o Trovão. Lá, diz-se que as almas reencontram seus parentes e vivem como o 'povo do timbó' no patamar celestial superior, comendo apenas raízes de timbó e eventualmente transformando-se em peixes, representando seu destino (Poz, 2000).

Os Tikuna atribuem o processo de adoecimento a fatores naturais, à quebra de restrições e cuidados culturais, bem como à feitiçaria com ação de entidades malignas. Dentro da cosmologia do patológico Tikuna, as doenças que não respondem ao tratamento convencional de saúde e não se atribuem a causas naturais devem ser investigadas e manejadas pelos pajés, que podem atribuir suas causas a feitiçarias e fugas ou roubo de almas. A negociação pela recuperação da saúde e da alma é feita entre o pajé e a entidade maligna que a capturou, por vezes, endereçando a intenção do agravo a outro feiticeiro contrário (Erthal, 2001).

No Quadro 2, agrupou-se os grupos indígenas que apresentam concepções semelhantes em relação aos aspectos espirituais e às práticas relacionadas ao suicídio e ao sofrimento mental, por comparação compartilhada. Esse agrupamento é uma ferramenta analítica para identificar padrões, mas não deve confundir ou homogeneizar a profunda diversidade e as especificidades cosmológicas de cada povo.

INTRODUZINDO CATEGORIAS

Para a discussão proposta, cabe ressaltar que a categoria 'medicina indígena' não será usada, mesmo estando presente nas políticas de Estado para os povos indígenas. A opção pela categoria 'sistemas de proteção, prevenção, promoção e cura dos povos indígenas' leva em conta a complexidade dos conhecimentos e dos domínios, em que as práticas de saúde vão muito além da cura e envolvem relações, trocas e todo o processo de cuidado, por isso não podem ser vistas como algo fixo, pronto ou com um fim definido (Garnelo, 2021; Erdmann et al., 2007).

Assim, a superação das fronteiras disciplinares, proposta pelos 'sistemas de proteção, prevenção, promoção e cura dos povos indígenas', pressupõe atribuir novo significado às práticas em saúde, com uma visão que ultrapassa a simples junção de saberes, mas busca refletir e aprofundar as discussões sobre as diversas dimensões que compõem o ser humano (Erdmann et al., 2007).

Esses sistemas compõem o bem-viver e abrangem os aspectos físicos, mentais, sociais, animistas e ambientais, relacionados ao fortalecimento cultural, à autonomia

Quadro 2. Concepções compartilhadas de saúde mental e de interações com o sofrimento mental por grupo de etnias.

Concepção compartilhada	Grupos indígenas	Descrição comum
Influência espiritual no suicídio	Yanomami, Wajãpi, Kuikuro, Kanamari, Macuxi, Karajá Iny, Kayowá (Guarani), Suruwaha, Kaingang	Associam o suicídio e o sofrimento mental a influências espirituais, seja por espíritos específicos, práticas xamânicas ou perda de proteção espiritual.
Feitiçaria e práticas espirituais	Yanomami, Wajãpi, Karajá Iny, Macuxi	Enfatizam o papel da feitiçaria ou das práticas espirituais/xamânicas controladas por especialistas, que podem induzir ou mitigar o sofrimento mental e o suicídio.
Respostas emocionais ao sofrimento mental	Tembé/Wapixana, Suruwaha, Kaingang, Baré	Ligam o sofrimento mental a intensas emoções e a crises sociais ou pessoais, destacando a influência de sentimentos como desgosto e raiva.

alimentar, à visão de mundo e à territorialidade, bem como à relação do indivíduo com a natureza (Alcântara & Sampaio, 2017; Acosta, 2016).

Para não usarmos a categoria 'sobrenatural' ou 'espírito/espiritual', fazemos uso, a partir daqui, da categoria 'mais-que-humanos', considerando que, para muitos povos indígenas, seres ancestrais, encantados, florestas, montanhas, lugares e rios são parte de um contínuo da existência, e não pertencem a um 'mundo separado', como na concepção ocidental de mundo sobrenatural ou espiritual.

O conceito de 'mais-que-humano', difundido por Latour (1994), desafia a visão ocidental dualista de separação entre natureza e cultura, de natural e sobrenatural ou espiritual, reconhecendo que os humanos não são os únicos sujeitos dotados de intencionalidade, mas coabitam e coproduzem ciências, tecnologias e territórios com outros seres que possuem suas próprias formas de existência, comunicação e interação. Isso implica modos de viver que respeitam a interdependência entre humanos e o território, o que contrasta com a lógica antropocêntrica predominante nas sociedades ocidentais, que frequentemente reduz a natureza a um recurso a ser explorado (C. Júnior, 2021), e se aproxima do conceito de bem-viver dos povos indígenas.

O BEM-VIVER PSICOANIMISTA

Os estudos e as narrativas indígenas sobre seus sistemas explicativos de doença, cura e proteção são amplos, não havendo claramente a compartimentalização explicativa dentro de um conceito isolado e que abranja um determinado sistema humano, como faz a biomedicina com o conceito aqui confrontado de saúde mental. As dificuldades de diálogo intermundos se dão a partir desse ponto crucial de divergências e reduções por parte do ocidente, enquanto o mundo indígena entende tudo como mais amplo e interligado.

Partindo da ideia de Nunes (2023) de que o mundo avança por meio dos conceitos que criamos, propomos a categoria de bem-viver psicoanimista dentro do de bem-viver. O objetivo é possibilitar e equilibrar o diálogo com o conceito de saúde mental. É fundamental entender que esta proposta não busca reduzir o amplo conceito do bem-viver, considerando que este abrange mais categorias, além da 'mental' ou 'psicológica'. Em vez disso, a categoria proposta representa um esforço de aproximação dos conceitos, tentando isolar os aspectos do bem-viver que dialogam mais diretamente com a noção de saúde mental do ocidente, através do conceito de bem-viver psicoanimista.

O termo introduzido é composto por 'psico', de origem grega, que significa 'alma' e se refere às dimensões da cognição e da mente humana, abordando os aspectos subjetivos e afetivos que compõem a psique, e pelo termo 'animista', que, segundo Belo (2018), foi ressignificado por Eduardo Viveiros de Castro e Philippe Descola como uma ontologia que desafia a dicotomia ocidental, para se aproximar da concepção indígena de um mundo povoado por outros seres e elementos naturais, dotados de 'alma' e vontades, inanimados ou não, semelhante à categoria 'mais-que-humanos', sendo diferente da 'espiritual', que carrega um teor mais religioso.

O BEM-VIVER DOS POVOS INDÍGENAS

O bem-viver, conforme descrito por Acosta (2016) e Alcântara e Sampaio (2017), representa visões de mundo dos povos indígenas que se contrapõem ao modelo ocidental de desenvolvimento. Em detrimento ao crescimento econômico ilimitado, o bem-viver propõe formas de organização social, política e econômica baseadas no equilíbrio com a natureza, na vida comunitária, na reciprocidade e na justiça social. Em linhas gerais, o conceito enfatiza a harmonia entre seres humanos e natureza, considerando que a Terra não deve ser vista apenas como um recurso explorável e inesgotável, mas como sujeito de direitos. O bem-viver valoriza a coletividade e a reciprocidade, contrariando o individualismo com base neoliberal e valorizando a sustentabilidade e o convívio em comunidade.

Dentro do conceito mais amplo do bem-viver, a saúde e a doença são compreendidas como o equilíbrio entre diferentes planos da existência humana, envolvendo o território, a natureza, os animais e o mundo mais-que-humano. Partindo disso, a saúde não é vista apenas como estado físico, e a doença é entendida como consequência de desequilíbrios que podem ter origem não apenas biológica, mas em elementos mais-que-humanos, sociais e ambientais.

A indissociabilidade entre ambiente e bem-estar se manifesta de forma contundente na prática clínica em territórios indígenas. Por exemplo, durante a atuação médica de um dos autores em duas emergências climáticas distintas (enchentes no Sul e secas no Norte do Brasil), foi possível observar um padrão em que as queixas relacionadas ao sofrimento mental, como angústia, lamento e tristeza, estavam diretamente ligadas à quebra da relacionalidade com a/o terra/mundo. Na perspectiva dos povos afetados, os desastres climáticos não eram eventos aleatórios, mas uma retribuição do ambiente pela ruptura do equilíbrio por parte dos humanos. Essa perda do controle sobre os ciclos milenares de chuva e seca, que regulam a coleta, a pesca e o preparo das roças, gerava um profundo sofrimento e angústia, originado na percepção de uma relação de reciprocidade quebrada com o seu próprio território.

No contexto do bem-viver psicoanimista, como mostrado nas análises das concepções incluídas neste estudo, essas interações e conexões tornam-se ainda mais evidentes. Muitos desses povos entendem que distúrbios emocionais e psicoanimistas surgem quando há enfraquecimento da força vital ou rompimento das relações comunitárias com afecções intencionadas por desavenças e transferidas para o mundo mais-que-humano, capaz de responder com adoecimentos e desequilíbrios direcionados às pessoas.

Entidades mais-que-humanas, como os *Ajã*, *Kanaimé*, *Hekula*, *Apîko* e *Waikuprim*, são frequentemente mencionadas como agentes de sofrimento, podendo induzir ao isolamento, à desorientação, à tristeza profunda e até mesmo ao suicídio (Gallois, 1991; Vieira, 2018; Gil, 2018; Andrade, 2013). Emoções e sentimentos não compreendidos e direcionados corretamente pelo indivíduo e o especialista indígena, por exemplo, pode ser vistos como um fator de adoecimento, pois o pensamento negativo em um ente falecido pode causar um afastamento da própria 'alma' e mente, tornando a pessoa vulnerável a entidades causadoras de doenças.

Dessa forma, o bem-viver psicoanimista, dentro da lógica do bem-viver e a partir das concepções apresentadas, é compreendido como estado de equilíbrio entre corpo, mente, mais-que-humanos, comunidade e ambiente, em que as afecções mentais surgem como resultado de desequilíbrios nesse sistema interconectado. O adoecimento mental pode ser causado por influências animistas intencionais, perda de vínculos com os ancestrais, rompimento das relações sociais, violação de normas culturais, sentimentos e emoções ruins e perturbações ambientais.

A SAÚDE MENTAL E O BEM-VIVER PSICOANIMISTA

A saúde mental no ocidente, longe de abranger o conceito de bem-viver psicoanimista, é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como "um estado de bem-estar no qual o indivíduo está ciente de suas próprias habilidades, pode lidar com os estresses normais da vida, pode trabalhar produtiva e frutuosamente e é capaz de dar uma contribuição para sua comunidade" (WHO, 2022). Essa visão é fragmentada e baseada na oferta de serviços, não respondendo adequadamente à integralidade e à complexidade da resposta necessária para abordar as concepções de adoecimento e saúde mental indígena (Vélez et al., 2020). Trata-se de discurso higienista da medicina ocidental, que, para regulamentar a vida do indivíduo, se traveste de ambição sociopolítico-médica (Alcântara et al., 2022).

A proposta biomédica, ao abordar os distúrbios da saúde mental, leva em conta as patologias cerebrais,

tratando-se de modelo centrado no indivíduo e nos processos patológicos internos, entendidos como patologia ou distúrbio que obscurece, distorce ou anula a capacidade racional das pessoas que sofrem dessa doença, muitas vezes marginalizando os fatores externos e sociais. Essas percepções estão baseadas num desequilíbrio neuroquímico como causa primária desses adoecimentos mentais e sua manutenção (Ryk et al., 2023).

Entre os séculos V e III a.C., período em que os padecimentos mentais eram compreendidos como possessões demoníacas ou desordens espirituais, o médico grego Hipócrates rompeu com a ideia de que a saúde mental resultava da interação entre o natural e o mais-que-humano, atribuindo esses transtornos aos desequilíbrios nos humores corporais. Essa abordagem separou os planos explicativos da saúde e inaugurou uma visão racional e naturalista das doenças mentais.

Partindo disso, uma das contribuições ao pensamento moderno é abordada por Descartes na teoria do dualismo, na qual trata o corpo e a mente como máquinas que podem ser reparadas, focando no tratamento de sintomas com objetivo de corrigir a patologia que o desperta, distinguindo a mente do corpo e sendo um pensamento hegemônico nos raciocínios biomédicos atuais (Mendonça & Camargo Jr., 2016).

As concepções indígenas aqui estudadas e apresentadas não pressupõem essas distinções, com os diagnósticos dos especialistas nos sistemas de proteção, prevenção, promoção e cura dos povos indígenas, baseados nas manifestações e no que mais envolve esse indivíduo, sem a exclusão de alternativas de cura, característica do modelo biomédico. Ao contrário, as diversas modalidades terapêuticas empregadas por esses especialistas podem ser agregadas ou abandonadas ao longo de um tratamento, a depender de necessidades sentidas e da evolução do quadro sintomatológico (Garnelo, 2021).

Nos aproximamos do conceito de bem-viver psicoanimista através da concepção ocidental subjetivista, que percebe a saúde mental como valor externo, baseado nas regras de uma determinada comunidade, essa que define aquilo que é a doença ou o desvio do normal através de uma história de saberes, de poderes, de determinações éticas ou estéticas (Gaudenzi, 2016). Isso é semelhante ao que cada etnia já exerce dentro da sua cosmologia orientadora de adoecimento, o que, por sua vez, define os diagnósticos e tratamentos a serem acessados dentro desse arsenal próprio (Garnelo, 2021).

No Brasil, a reforma psiquiátrica, em 2001, foi influenciada pela Psiquiatria Democrática, de Franco Basaglia, que, por sua vez, se baseou na fenomenologia de Edmund Husserl. A abordagem de Husserl, que valoriza a experiência subjetiva do indivíduo e coloca a doença "entre parênteses", influenciou Basaglia a enfatizar a importância das histórias pessoais dos pacientes (Alcântara et al., 2022). Assim sendo, a reforma brasileira critica o modelo biomédico tradicional anterior, focando na subjetividade única de cada pessoa e promovendo uma prática mais humanizada e centrada no paciente e em suas experiências de adoecimento.

Apesar de apontar para um entendimento mais holístico, essa abordagem é valorizada no contexto ocidental e pode não ser suficiente para abordar e cuidar do indivíduo inserido na cosmologia indígena, que o vê como parte de uma rede complexa de relações entre família, comunidade, mais-que-humanos e ambiente, sendo o adoecimento mental entendido como um desequilíbrio que transcende o indivíduo e atravessa muitos mundos e seres.

Os modelos explicativos para o bem-viver psicoanimista não separam o indivíduo do seu ambiente mais-que-humano e comunitário, vendo a saúde como uma questão intrinsecamente ligada ao equilíbrio entre os mundos natural, social e mais-que-humano. Os tratamentos envolvem a comunidade, o ambiente e outros cosmos, e não apenas o indivíduo, refletindo a compreensão holística, que abrange todos os aspectos da vida orgânica e animista. Nesse ponto de vista, a doença não está no indivíduo somente, mas na relação entre o

indivíduo e o todo ao seu redor. Enquanto a biomedicina opera desde uma lógica individualista, o bem-viver psicoanimista entende a experiência não apenas como subjetiva, mas intersubjetiva e mais-que-humana.

A biomedicina valoriza o sistêmico e medicaliza o social, desprezando e ignorando, de maneira geral, o plano microexplicativo e contextual do adoecimento, enquanto os sistemas de cura indígenas, por sua vez, valorizam o manejo de situações contextuais e específicas de culturas singulares, a partir das quais produzem interpretações e estratégias para as abordagens em saúde (Wexler & Gone, 2012; Garnelo, 2021). Essas diferenças de perspectivas revelam o desafio de contrapor os conceitos de saúde mental e bem-viver psicoanimista.

Apesar das diferentes explicações presentes nas práticas de cura e cuidado exercidas pelos especialistas indígenas, ocorre a interação desses sistemas com a biomedicina. Trata-se, porém, não de uma adoção passiva de conceitos e práticas ocidentais, mas de uma reinterpretação ativa à luz de suas cosmologias. Esse processo de reinterpretação permite que os eventos do adoecimento sejam compreendidos dentro do contexto cultural indígena (Garnelo, 2021; Gallois, 1991).

Tais reinterpretações exercidas pelos especialistas indígenas desde muito tempo, que valorizam os contextos históricos e procuram estabelecer diálogos entre as diferentes ciências indígenas e não indígenas, têm se mostrado como mais eficazes do que somente reproduzir intervenções comumente usadas pela medicina ocidental nos adoecimentos mentais (Marsh et al., 2015; Clifford et al., 2013; Wexler & Gone, 2012).

O 'adoecimento mental' nas comunidades indígenas não pode ser plenamente compreendido ou tratado sem reconhecer a conexão entre o cultural, o natural, o social, o animista, o cosmológico, o emocional e tudo que compõem o indivíduo que vive em coletividade. As entidades ou os seres mais-que-humanos não devem ser considerados mera fantasia ou misticismo, que atuam em plano patológico inexistente, mas sim devem ser compreendidos como agentes ativos e participativos na subjetividade que faz a manutenção do 'bem-viver' dessas pessoas (Garnelo, 2021).

Em respeito a esse plano mais-que-humano, as abordagens exercidas pelos especialistas indígenas oferecem meios de interação e influência sobre esses seres, e suas práticas devem ser consideradas igualmente importantes para a formulação de políticas, protocolos e manuais de saúde que atendam esses povos, de maneira que prevaleça a interculturalidade e a intermedicalidade nas suas elaboração e execução (Garnelo, 2021). Deve-se considerar esses caminhos e tomar cuidado neles, como reflete Danziato et al. (2018), pois esses 'manuais' não podem se utilizar de reducionismos classificatórios, nem 'psiquiatrizar' a vida e 'medicalizar' as experiências adoecedoras, igualmente, em contextos heterogêneos.

Para o entendimento dos conceitos de saúde mental entre os povos indígenas, deve-se considerar que o modelo biomédico usado para caracterizar os transtornos mentais e seus efeitos não atendem a totalidade conceitual dos indígenas, a qual abrange normatizações dinâmicas em diferentes ambientes e é orientada pela cosmologia diversa dos povos indígenas (Rodrigues, 2013).

POSSIBILIDADES E DESAFIOS NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL INDÍGENA

Na atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil, existem profissionais não indígenas atuando a partir da ótica de uma competência cultural desenvolvida em determinadas culturas indígenas em diálogo com os especialistas indígenas. Por exemplo, certa feita, uma indígena apresentava depressão grave com ideações suicidas, atribuídas ao chamado do marido já falecido para o mundo dos mortos. Após várias tentativas de base biomédica, a indígena só apresentou melhora quando houve a participação do especialista indígena no itinerário terapêutico ocidental, com melhora e recuperação do quadro após o tratamento associado.

O especialista indígena pode realizar intervenções mais amplas junto às intervenções biomédicas, complementando seus objetivos e resultados, que se atêm, por exemplo, aos cuidados com a 'alma', a mente, o corpo e o cosmos, podendo utilizar ervas e banhos, 'rezas', batidas de maracás, cortes de lâmina no chão, baforadas de fumaças específicas para o tratamento e restrições comportamentais e geográficas de interação com o ambiente comunitário. Dessa maneira, mantendo o cuidado verdadeiramente integral do indivíduo, busca-se garantir o bem-viver psicoanimista nos vários planos cosmológicos existentes, sem deixar de usar os medicamentos e as orientações ocidentais, desde que um não anule o outro durante o tratamento.

Em contrapartida, o profissional não indígena, nessas situações em que a presença do especialista indígena é possibilitada, atua como retaguarda, com abordagens mais centradas na doença e na resolutividade daquilo que excede as capacidades do especialista indígena no plano essencialmente biomédico e psicoterapêutico. A partir de construções terapêuticas ocidentais, os tratamentos geralmente são baseados em protocolos externos, adaptados à realidade local e ao uso racional de medicamentos.

Não podemos deixar de observar que a maioria dos povos analisados nesse estudo relaciona o suicídio aos adoecimentos mentais e às interações mais-que-humanas, sendo a morte o produto dessas interações negativas aqui discutidas. Os estudos sobre suicídio em contextos indígenas frequentemente associam sua ocorrência à presença de fatores de risco vinculados à psicopatologia, além daqueles ligados aos aspectos socioeconômicos e culturais, sugerindo que a melhoria no diagnóstico e tratamento dessas variáveis de risco pode ser uma estratégia eficaz para a prevenção, a promoção e a proteção da saúde mental nesses povos (L. Júnior & Adsuara, 2021; Souza et al., 2020; Oliveira & Lotufo Neto, 2003).

No entanto, apesar de haver essa necessidade urgente, os caminhos adotados, em sua maioria, são amplamente fundamentados em modelos biomédicos ocidentais e enfrentam desafios quando aplicados a contextos indígenas, em que a concepção de sofrimento mental e de lesão autoprovocada difere substancialmente. Em diversas etnorregiões no Brasil, há relatos de profissionais que encontram dificuldades na aplicação das estratégias convencionais de tratamento, até mesmo nas adaptações dos protocolos terapêuticos, principalmente quando os próprios pacientes e suas comunidades não reconhecem a tentativa de suicídio ou autoagressão como um ato individual, mas sim como resultado de influências externas, como feitiçaria ou ação mais-que-humana.

Essa desconexão entre a abordagem ocidental biomédica e a interpretação indígena do 'suicídio' compromete a eficácia das intervenções empregadas, uma vez que a autoconsciência sobre a intenção suicida ou autoagressão é essencial para a aplicabilidade das terapias baseadas em regulação emocional e cognição. Diante dessa problemática, alguns profissionais têm recorrido a elementos das próprias cosmologias indígenas no plano terapêutico. Em diferentes regiões do país, psicólogos têm relatado casos em que a inclusão dos especialistas indígenas locais no processo de tratamento resultou em maior resolutividade, especialmente quando a tentativa de suicídio foi atribuída à ação de mais-que-humanos ruins ou feitiços mal-intencionados.

A partir do momento em que a comunidade reconhece que a causa do sofrimento foi tratada dentro de sua própria lógica cultural, há uma maior adesão ao cuidado e um fortalecimento do processo terapêutico (Griner & Smith, 2006; Wexler & Gone, 2012). No entanto, esse aspecto ainda tem sido pouco abordado nos estudos acadêmicos, que frequentemente negligenciam a necessidade do reconhecimento da autoagressão para que as abordagens ocidentais minimamente funcionem.

Essa lacuna é ponto crítico de interseção das terapias empregadas, em que a efetividade do tratamento em saúde mental dependerá não apenas do diagnóstico e da

intervenção, mas também da adaptação das estratégias terapêuticas ao modo como a população indígena, na qual se pretende intervir, compreende e elabora seu sofrimento e morte/transição de mundo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os conceitos ocidentais de saúde mental, desde suas origens, têm seguido abordagens compartimentalizadas e individualizadas, separando e categorizando os adoecimentos e tratamentos de maneira isolada, reflexo do mecanicismo e dualismo corpo-mente. Em contraste, os indígenas exercem cuidados à saúde baseados em concepções holísticas, entendendo o bem-viver psicoanimista como parte indissociável de um todo, que inclui o físico, a 'alma', o território e outros seres.

Considerando o objetivo proposto, observa-se que os conceitos ocidentais de saúde mental começam a reconhecer a importância de visões mais amplas e contextualizadas do ser humano, entendendo que são construções culturais e sociais. Esse movimento reflete a aproximação dos conceitos indígenas, os quais, há muito, compreendem que, para o pleno funcionamento das práticas de proteção, prevenção, promoção e cura, é necessário considerar a totalidade do indivíduo e seu ambiente. Assim, a biomedicina, ao longo de sua trajetória, está se aproximando de perspectivas que os povos indígenas já praticam e defendem há muito tempo, reconhecendo que o entendimento holístico é essencial para intervenções mais eficazes e sustentáveis na saúde em geral.

Ainda assim, as definições ocidentalizadas amplamente aceitas de saúde mental, bem como a categoria mais-que-humana e o animismo são insuficientes para abordar a complexidade das concepções indígenas de bem-viver e saúde, já que não surgem desses povos e precisam ser ressignificadas. Assim como o termo bem-viver foi formulado a partir da visão dos povos indígenas, faz-se imprescindível a elaboração de outras categorias dialógicas e interculturais que reflitam a realidade dos nossos povos, com base nas nossas experiências e culturas, sem a imposição da lógica ocidental.

As concepções indígenas usadas para o estudo possuem semelhanças em seus sentidos explicativos ou nenhuma contradição no geral, apesar de usarem modelos explicativos com sujeitos e microssentidos diferentes entre si (Garnelo, 2021). As práticas médicas, os espaços de formação e as políticas públicas de saúde precisam ser revistas desde uma visão horizontal, de modo a superar a marginalização dos demais sistemas e concepções em saúde.

Para isso, como defende a Declaração de Caracas (OPAS, 1990), no âmbito da saúde mental – a qual firmou a reforma psiquiátrica no Brasil junto à realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2005) –, os especialistas indígenas precisam compor as formulações daquilo que afeta diretamente as comunidades, de forma a equilibrar as interações de práticas e ciências, objetivando o impacto direto na recuperação e na promoção da saúde indígena.

Seguindo nessa esteira, as políticas de saúde mental precisam ser revistas para incluir, oficialmente, a presença do especialista indígena como parte da equipe multidisciplinar de saúde indígena, bem como promover espaços de formação intercultural para profissionais de saúde em que os sistemas indígenas não sejam apresentados como empirismo ou crença popular, mas como sistemas epistêmicos validados cientificamente por milênios.

Na discussão proposta, reforça-se o apelo contínuo pelo reconhecimento das concepções indígenas como algo que vai além dos conceitos positivistas ocidentais em saúde mental, inadequados para o contexto do bem-viver psicoanimista. Recomenda-se, portanto, pressupostos epistemológicos dialógicos e respeitosos da diversidade, em alinhamento com a proposta do estudo de promover abordagens interculturais e mais abrangentes. Essa abordagem valoriza o contexto sociocultural e o caráter animista das práticas indígenas, priorizando uma visão holística da saúde mental e que respeita outras construções, em vez de reduzir a análise a patologias isoladas.

REFERÊNCIAS

Acosta, A. (2016). *O bem viver: uma oportunidade para imaginar outros mundos*. Editora Elefante. https://archive.org/details/Bemviver/page/n9/mode/1up

Alcântara, L. C. S., & Sampaio, C. A. C. (2017). Bem viver: uma perspectiva (des)colonial das comunidades indígenas. *Revista Rupturas*, *7*(2), 1–31. https://doi.org/10.22458/rr.v7i2.1831

Alcântara, V. P., Vieira, C. A. L., & Alves, S. V. (2022). Perspectivas acerca do conceito de saúde mental: análise das produções científicas brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, *27*(1), 351–361. https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.22562019

Andrade, E. T. de J. (2013). Sistema médico kaingang: conhecimentos e utilização de "remédios do mato" na Terra Indígena Apucarana. *Primeiros Estudos*, (5), 75-85. https://doi.org/10.11606/issn.2237-2423.v0i5p75-85

Belo, E. (2018, maio 15). Antropologia & psicologia na virada ontológica: Breves notas sobre convergências e divergências. *Cadernos do NEAI.* https://cadernosdoneai.wordpress.com/2018/05/15/antropologia-psicologia-na-virada-ontologica-breves-notas-sobre-convergencias-e-divergencias-por-ernesto-belo/

Brasil. (2005). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. OPAS. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf

Clifford, A. C., Doran, C. M., & Tsey, K. (2013). Uma revisão sistemática das intervenções de prevenção do suicídio direcionadas aos povos indígenas na Austrália, Estados Unidos, Canadá e Nova Zelândia. *BMC Saúde Pública*, *13*(463), 1-11. https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-463

Conselho Indigenista Missionário (CIMI). (s.d.). *Publicações*. https://cimi.org.br/publicacoes/.

Danziato, L., Martins, A. C. B. L., & Matos, S. S. (2018). Psicanálise e biopolítica: o fascínio do discurso médico. *Revista Subjetividades*, *18*(Esp), 44-54. https://doi.org/10.5020/23590777.s.v18iEsp.6591

Erdmann, A. L., Sousa, F. G. M. de, Backes, D. S., & Mello, A. L. S. F. de. (2007). Construindo um modelo de sistema de cuidados. *Acta Paulista de Enfermagem*, *20*(2), 180–185. https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200011

Erthal, R. M. de C. (2001). O suicídio Tikúna no Alto Solimões: uma expressão de conflitos. *Cadernos de Saúde Pública*, *17*(2), 299-311. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000200005

Gallois, D. (1991). A categoria "doença de branco": ruptura ou adaptação de um modelo etiológico indígena? In D. Buchillet (Org.), *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia* (pp. 175-206). MPEG/CNPq/CEJUP. https://repositorio.bvspovosindigenas.fiocruz.br/handle/bvs/7362

Garnelo, L. (2021). Intermedicalidade, autoatenção e interfaces de sistemas de saberes sobre doença, cura e cuidados. In C. C. Teixeira, C. D. Silva, & L. Garnelo (Orgs.), *Saúde indígena em tempos de pandemia: movimentos indígenas e ações governamentais no Brasil* (pp. 300-312). Mórula. https://repositorio.bvspovosindigenas.fiocruz.br/items/babcf9bb-3d28-45ca-b839-1a86051fcb6c

Gaudenzi, P. (2016). Normal e patológico no naturalismo e no normativismo em saúde: a controvérsia entre Boorse e Nordenfelt. *Physis*, *26*(3), 747–767. https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000300003

Gil, P. A. (2018). Suicídio de indígenas em Roraima: cultura e intervenção. *Revista Zona de Impacto*, *20*(2), 145-173. https://revistazonadeimpacto.unir.br/2018_2_Gil.pdf

Griner, D., & Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health intervention: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *43*(4), 531–548. https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.4.531

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2012). *Os indígenas no Censo Demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça*. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. https://indigenas.ibge.gov.br/estudos-especiais-3/o-brasil-indigena/lingua-falada

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2022). *Panorama do Censo 2022: Indicadores*. IBGE. https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/indicadores.html?localidade=BR&tema=13

Instituto Socioambiental (ISA). (s.d.). *Povos indígenas no Brasil*. https://pib.socioambiental.org/pt/

Júnior, C. R. B. de S. (2021). Geografias culturais mais-que-humanas rumo ao coabitar na Terra. *Mercator*, *20*, e20005. https://www.scielo.br/j/mercator/a/bj4MCYjMFZJw8MXMShs9Gdr/?format=pdf&lang=pt

Júnior, L. P. R., & Adsuara, C. H. C. (2021). Suicídio indígena no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista do NUFEN*, *13*(1), 70-82. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912021000100006

Karajá, J. (2021). Suicídio entre os povos indígenas do Brasil e entre os Inỹ da aldeia Hawaló. *Fragmentum*, (58), 167-201. https://periodicos.ufsm.br/fragmentum/article/view/66878

Latour, B. (1994). *Jamais fomos modernos: Ensaio de antropologia simétrica* (C. I. da Costa, Trad.). Ed. 34.

Marsh, T. N., Coholic, D., Cote-Meek, S., & Najavits, L. M. (2015). Combinando métodos de cura aborígines e ocidentais para tratar traumas intergeracionais com transtorno por uso de substâncias em povos aborígines que vivem no nordeste de Ontário, Canadá. *Jornal de Redução de Danos*, *12*(14), 1-12. https://doi.org/10.1186/s12954-015-0046-1

Mendonça, A. L. de O., & Camargo Jr., K. R. (2016). Os acertos de Descartes: implicações para a ciência, biomedicina e saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, *32*(5), e00158215. https://doi.org/10.1590/0102-311X00158215

Nolen, S. (2017). Os esquecidos: por dentro da crise de suicídios indígenas no Brasil. *The Globe and Mail*. https://www.theglobeandmail.com/news/world/os-esquecidos-por-dentro-da-crise-de-suicidios-indigenas-no-brasil/article34321173/

Nunes, J. (2023). Reescrever saúde global. *Saúde e Sociedade*, *32*(3), e230316pt. https://doi.org/10.1590/S0104-12902023230316pt

Oliveira, C. S., & Lotufo Neto, F. (2003). Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *30*(1), 4-10. https://doi.org/10.1590/S0101-60832003000100001

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). (1990). *Declaração de Caracas: Adotada pela Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde, em 14 de novembro de 1990, Caracas, Venezuela*. Organização Mundial da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf

Poz, J. D. (2000). Crônica de uma morte anunciada: do suicídio entre os Sorowaha. *Revista de Antropologia*, *43*(1), 89-144. https://doi.org/10.1590/S0034-77012000000100004

Reesink, E. (1991). Xamanismo Kanamari. In D. Buchillet (Org.), *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia* (pp. 89-110). MPEG/CNPq/CEJUP. https://repositorio.bvspovosindigenas.fiocruz.br/handle/bvs/7362

Rodrigues, R. A. (2013). *Sofrimento mental de indígenas na Amazônia*. Universidade Federal do Amazonas. https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/fsi-1437

Ryk, S., Ryk, M., Repetiy, S., Zavitrenko, D., Makhnovska, I., & Kovalenko, V. (2023). Lineamientos generales para la construcción de una política de salud mental en el marco del nuevo humanismo del siglo XXI. *Cuestiones Políticas*, *41*(76), 780–791. https://doi.org/10.46398/cuestpol.4176.46

Souza, R. S. B., Oliveira, J. C., Alvares-Teodoro, J., & Teodoro, M. L. M. (2020). Suicídio e povos indígenas brasileiros: revisão sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *44*, e58. https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.58

Vélez, E. M. M., Ríos, J. M. L., Marulanda, S. C., Franco, M. C. V., La Rosa, O. D. M., & Holguín, D. M. H. (2020). Aproximación a la concepción de la salud mental para los pueblos indígenas de Colombia. *Ciência & Saúde Coletiva*, *25*(3), 1157–1166. https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.17832018

Verani, C. B. L. (1991). Representações tradicionais da doença entre os Kuikuro (Alto Xingu). In D. Buchillet (Org.), *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia* (pp. 65-88). MPEG/CNPq/CEJUP. https://repositorio.bvspovosindigenas.fiocruz.br/handle/bvs/7362

Vieira, E. S. (2018). *Nem injeção e nem xabori: reflexão sobre trabalhos de saúde mental em contextos indígenas de Roraima* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Roraima]. http://repositorio.ufrr.br:8080/jspui/handle/prefix/171

Wexler, L. M., & Gone, J. P. (2012). Culturally responsive suicide prevention in Indigenous communities: unexamined assumptions and new possibilities. *American Journal of Public Health*, *102*(5), 800–806. https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300432

World Health Organization (WHO). (2022). *Mental health: Strengthening our response*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES
I. Sompré contribuiu com conceituação, curadoria de dados, análise formal, investigação, metodologia, supervisão e escrita (rascunho original, revisão e edição); e E. R. Putira Sacuena com conceituação, curadoria de dados, análise formal, metodologia e escrita (rascunho original, revisão e edição).

DADOS DA PESQUISA
Os dados não foram depositados em repositório.

PREPRINT
Não foi publicado em repositório.

AVALIAÇÃO POR PARES
Avaliação duplo-cega, fechada.