



Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS EM BUSCA DO BEM VIVER: SAÚDE MENTAL
NA COMUNIDADE INDÍGENA MENDONÇA DO AMARELÃO (RN)

Deyse Cristina Valença Guedes

Natal,
2022

Deyse Cristina Valença Guedes

**ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS EM BUSCA DO BEM VIVER: SAÚDE MENTAL
NA COMUNIDADE INDÍGENA MENDONÇA DO AMARELÃO (RN)**

Trabalho elaborado com orientação do Prof. Dr. Jáder Ferreira Leite, e apresentado ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção de titulação de Mestre em Psicologia.

Natal,

2022

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

Sistema de Bibliotecas - SISBI

Catálogo de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes - CCHLA

Guedes, Deyse Cristina Valença.

Itinerários terapêuticos em busca do bem viver : saúde mental na comunidade indígena Mendonça do Amarelão (RN) / Deyse Cristina Valença Guedes. - Natal, 2022.

173 f.: il. color.

Dissertação (mestrado) - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2022.

Orientador: Prof. Dr. Jáder Ferreira Leite.

1. Mendonça do Amarelão - Dissertação. 2. Estudos Decoloniais - Dissertação. 3. Bem viver - Dissertação. 4. Saúde Mental - Dissertação. 5. Itinerários terapêuticos - Dissertação. I. Leite, Jáder Ferreira. II. Título.

RN/UF/BS-CCHLA

CDU 159.9

A todos aqueles que ousam sonhar novos mundos

A tarefa não está cumprida.

Acaba de começar.

Na verdade, estará sempre começando

Alberto Acosta

Agradecimentos

A todos que ajudaram a compor esse trabalho, o mais profundo agradecimento. A minha família - em especial Dione, Pledson, Letícia, Conceição - que me energizou com apoio, carinho e força para seguir a cada dia. Ouvidos para desabafar, refeições para dividir, companhias a visitas ao Amarelão. Sem os momentos junto a vocês o andamento desse trabalho não seria possível.

A Jáder, pela orientação cuidadosa e compreensiva. Por ter acreditado no projeto que originou esse trabalho antes de mim mesma. Por todas as reuniões, mensagens e inquietações compartilhadas.

A Arthur, por todo o amor, escuta, e co-construção não só neste trabalho, mas na vida. Agradeço por tudo, cada riso compartilhado, cada momento de lazer, cada compartilhamento de ideias que desnudou caminhos encobertos, teóricos e da vida. Sua presença foi crucial para a vida e para a pesquisa.

Ao povo Mendonça do Amarelão e de outras comunidades do território Mendonça, por todo o cuidado que circulou durante essa pesquisa. Agradeço a cada sorriso compartilhado e gesto de cuidado. Por todas as vivências construídas, dedico esse trabalho especialmente a vocês.

A todos os participantes da pesquisa, por dividirem suas vidas, experiências e conhecimentos para que dessa relação pudesse surgir esse escrito. Por me permitirem entrar em suas casas e construir desses encontros boas memórias. Espero fazer jus a suas inquietações e ensinamentos que me foram tão significativos.

A Kaline Cassiano, Tayse Campos, e suas famílias, por abrirem as portas de suas casas para me acolher, pelas conversas e companheirismo. A Maria Raíssa, por ter

acompanhado junto a mim toda a pesquisa, das visitas às casas dos participantes a momentos de descontração, e à sua família, pela gentileza e receptividade no cotidiano compartilhado.

A todas e todos que compuseram o dia a dia nas Assembleias, festividades e momentos de luta política no Amarelão – tal como Fernando Batista, Raimundinho, Bia, Anderson, Damiana, Liziane – pelas inúmeras vivências construídas. Aos trabalhadores da saúde que se fazem presentes na comunidade construindo o Sistema Único de Saúde, agradeço pelas trocas nutridas acolhimento, pelas caronas e abertura a toda essa proposta da pesquisa. Aos trabalhadores e trabalhadoras da escola indígena da comunidade – entre gestores, ASG, merendeiras, professores – pelo caloroso acolhimento em sua instituição. Todos vocês me fizeram continuar a cada passo que compôs esse estudo.

Também agradeço a todos os amigos e amigas que gentilmente dividiram palavras de carinho e incentivo, com quem vivenciei momentos de lazer, militância, que compuseram a vida em momentos tão difíceis face à pandemia do covid-19.

À camarada Monique, que propiciou a primeira ponte para execução desse trabalho e produziu luz a todo esse tema de estudos quando estava tudo repleto de inseguranças. Aos queridos amigos, companheiros da academia e da vida, Gabriel, Thainá, Isabele, Erickaline, com quem dividi as inquietações mais profundas e compartilhei inúmeras felicidades. Também às amigas Daniele, Lize, Elvira, Camila, que estiveram junto desde a graduação até a seleção do mestrado. A cada caminho desenhado nesse trabalho, a companhia de vocês promoveu vida, força e resiliência.

Aos amigos e colegas de mestrado Rafael, Cássio e Mateus, com quem realizei reuniões de orientação em conjunto, ensaiei apresentações, dividi desenhos metodológicos, mas também compartilhei conversas descontraídas que ajudaram a viver tudo isso. À Aline,

Thaís, Thales, Antônio, pelas vivências partilhadas nesse período por vezes tão difícil. A Felipe e Júlia, que muito me fizeram refletir sobre militância e povos indígenas.

Agradeço aos grupos de estudos que atravessaram esse mestrado, o “Modos de Subjetivação, Políticas Públicas e Contextos de Vulnerabilidade” que me acompanha desde a graduação, e ao grupo encabeçado pelo Bruno Gonçalves, que, dentre vários nomes, chama-se hoje “Cosmologias Afro-ameríndias”. A todos os profissionais e pesquisadores que compõem esses grupos, minha admiração e gratidão pela possibilidade de gestar sonhos imaginados que se direcionam à construção de novas psicologias e ciências, pela ousadia de pensar América Latina por caminhos não escritos pelo eurocentrismo.

Por fim, agradeço aos colegas e docentes do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRN, pelo compartilhamento das disciplinas e conversas informais. E ao CNPQ, pela concessão da bolsa de estudos que foi fundamental à minha continuidade nessa pesquisa.

Que essa dissertação seja desdobramento, retribuição e continuidade dos afetos produzidos durante sua elaboração.

Sumário

Resumo	v
Abstract	v
Lista de Abreviações e Siglas	vii
1. Introdução	8
1.1 Do percurso até a pesquisa: algumas inquietações	8
1.2 Políticas públicas e a saúde em contextos interculturais: caminhos para uma atenção psicossocial indígena	11
2. Ser indígena no Brasil: entre o passado e o presente	233
2.1 Colonialismo e América Latina	24
2.2 Indígenas no Rio Grande do Norte: histórias de resistência	30
3. Saúde (mental?) indígena	36
3.1 O bem viver enquanto parâmetro de saúde mental	38
3.2 Itinerários Terapêuticos na produção de saúde	44
4. Caminhos da pesquisa	47
4.1 Instrumentos e procedimentos	48
4.2. Participantes	54
4.3. O processo de construção de dados	55
4.4 A comunidade Mendonça do Amarelão	60
5. Resultados e discussões	755
5.1 Apresentação dos participantes	755
5.2 Constelações de cuidados	84
5.3 O desabafo, conselhos, e outras formas de conversa	95
5.4 Os remédios do mato, as práticas de cura e a religiosidade	100
5.5 Da porta de casa às ruas do Amarelão	108
5.6 Apontamentos sobre a relação com os serviços de saúde	113
5.7 O bem viver na aldeia Amarelão	125
6. Considerações finais	134
7. Referências	138
8. Apêndices	151
9. Anexos	165

Resumo

O presente trabalho assume como objetivo construir interlocuções junto aos Potiguara Mendonça do Amarelão (João Câmara/RN), visando compreender os itinerários terapêuticos relativos à "saúde mental" que se produzem entre suas moradoras(os). Para tanto, é um estudo qualitativo e exploratório que se ampara nos estudos decoloniais, atentando à necessidade de aproximação aos conhecimentos alvo de invisibilização mediante o colonialismo. Compreendemos saúde mental através do princípio ético-político do "Bem Viver" (*Bien Vivir*) – *sumak kawsay* em Kíchwa, *suma Qamaña* em Aymara – que suscita o humano enquanto parte de uma comunidade ampla em que pessoas não apenas relacionam-se entre si, mas com elementos da natureza, do território, da espiritualidade, em uma relação interdependente. Partindo dessa leitura, uma "saúde mental" indígena se torna possível pela aproximação aos projetos de "bem viver" das pessoas e comunidades. Os itinerários terapêuticos, por sua vez, permitem relacionar dispositivos de cuidado formais e informais que se sucedem nos caminhos dos sujeitos no lidar com a saúde. Utilizamos como instrumentos questionários sociodemográficos, entrevistas semiestruturadas e a elaboração de diários de campo. Participaram do estudo 7 moradores e moradoras do Amarelão (RN) com idade maior que 18 anos e reconhecidos – pela comunidade ou pelos agentes de saúde do território – enquanto pessoas que passam ou passaram por situações que afetam sua saúde mental. Os achados do estudo demonstram uma não inserção da comunidade na SESAI, de modo que a atenção em saúde é estabelecida via SUS. Notamos também uma incorporação de diversos campos de saber nos itinerários dos participantes, que acessaram dispositivos como ESF, hospitais psiquiátricos e CAPS. Ao mesmo tempo, relatam a incorporação de práticas de atuação de curadores da comunidade, bem como a utilização dos chamados "remédios do mato", ligados aos saberes ancestrais do povo Mendonça. As compreensões de "bem viver" produzidas suscitam uma complementaridade, reciprocidade e relacionalidade que engloba vínculos comunitários e relações com a terra tecidas pelos participantes. Longe de uma generalização ao povo Mendonça, apontam possíveis caminhos de bem viveres tecidos dentro do Amarelão.

Palavras-chave: Mendonça do Amarelão; Estudos Decoloniais; Bem viver; Saúde Mental; Itinerários terapêuticos.

Abstract

The present work undertakes as objective to build interlocutions with the Potiguara Mendonça of Amarelão (João Câmara/RN), aiming to understand the therapeutic itineraries related to “mental health” that are produced among its people. To do so, it comprehends a qualitative and exploratory research that is supported by decolonial studies, drawing attention to the need to approach the knowledge that has been invisibilized by colonialism. We understand mental health through the ethical-political principle of the “Good Living” (*Bien Vivir*) – *sumak kawsay* in Kíchwa, *suma Qamaña* in Aymara – which raises the human being as part of a broad community in which people not only relate to each other, but also to elements of nature, territory, spirituality, in an interdependent relationship. Based on this perspective, an indigenous “mental health” becomes possible through the alignment with the projects of a “good living” among people and communities. The therapeutic itineraries, on the other hand, allow us to relate formal and informal care devices that follow in the paths of the subjects in dealing with their own health practices. We used as research instruments sociodemographic questionnaires, semi-structured interviews, and field diaries. Seven male and female residents of Amarelão (RN), over the age of 18 and recognized – by people from the community or by the health care agents working in the territory – as people who are going through or have gone through situations that affect their mental health, participated in the research. The findings of the study show a non-insertion of the community in the SESAI, so that health care is established via SUS. We also noticed an incorporation of various fields of knowledge through the itineraries of the participants, who accessed devices such as ESF, psychiatric hospitals, and CAPS. At the same time, they report the incorporation of practices of community healers, as well as the use of so-called “bush medicines”, connected to ancestral knowledge from Mendonça people. The understandings of the “good living” produced bring about a complementarity, reciprocity, and relationality that encompasses community bonds and relationships with the land woven by the participants. Far from generalizing about the Mendonça people as a whole, they point out to possible paths of “good living” woven within Amarelão.

Keywords: Mendonça of Amarelão; Decolonial studies; Good Living; Mental health; Therapeutic itineraries.

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACA – Associação Comunitária do Amarelão

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APA – American Psychological Association

APIM – Assembleia do Povo Indígena Mendonça

APOINME – Articulação dos Povos e Organizações Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo

APIB – Articulação dos Povos indígenas do Brasil

APIRN – Articulação dos Povos indígenas do Rio Grande do Norte

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CIMI – Conselho Indigenista Missionário

CLT-FUNAI/RN – Coordenação Técnica Local da Fundação Nacional do Índio do Rio Grande do Norte

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

COVID-19 – Corona Virus Disease

CRP/SP – Conselho Regional de Psicologia de São Paulo

DSEI – Distritos Sanitários Especiais Indígenas

DSM-5 – Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

ESF – Estratégia de Saúde da Família

EJA – Educação de Jovens e Adultos

FUNAI – Fundação Nacional do Índio

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IEA/PI – Incentivo de Atenção Especializada aos Povos Indígenas

IFRN – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte

ISA – Instituto Socioambiental

NE – Nordeste

OMS – Organização Mundial de Saúde

PB – Paraíba

PICS – Prática Integrativa e Complementar em Saúde

PNASPI – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RN – Rio Grande do Norte

RAPS – Rede de Atenção psicossocial

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SASISUS – Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena

SIGAA – Sistema Integrado de Gestão de Atividades Acadêmicas

SM – Salário Mínimo

SNC – Sistema Nervoso Central

SPI – Serviço de Proteção ao Índio

SUS – Sistema Único de Saúde

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

TDAH – Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade

UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

1. Introdução

1.1 Do percurso até a pesquisa: algumas inquietações

Tendo como norte uma psicologia da descolonização, Gonçalves (2019), propõe o conceito de *espelhos enterrados* para trazer a ideia de que memórias inteiras, que fazem parte da história e formação da América latina, se encontram enterradas, encobertas. Precisamente as que divergem do ideal civilizatório moderno, europeu, branco, capitalista e patriarcal. Memórias que atravessam nossas próprias histórias cotidianas enquanto sujeitos que vivem no território brasileiro, tratadas como “fantasmas de nós mesmos” (Gonçalves, 2019, p.49).

As memórias encobertas não dizem respeito a processos pragmáticos ligados à função cognitiva que nomeamos memória, mas de um arcabouço histórico e cultural que carregamos expressos em nós, e do jogo que visibiliza e reconhece alguns conhecimentos, modos de viver, modos de curar, enquanto outros são não só esquecidos como inferiorizados. Talvez a partir dessa inquietação latente, que surge desse processo violento de enterrar partes de nós mesmos, seja possível reconhecer o que me impulsionou em direção a esta pesquisa.

Foi possível perceber esse processo dentro das minhas relações familiares, e por conseguinte das minhas próprias memórias que dizem de uma identidade e um lugar no mundo. Dentro da família reconhecia-se a presença de antepassados brancos, indígenas e negros, ao passo que se tinha escassas informações, e destaque, destes que eram não-brancos. Não se sabe nem se houve uma miscigenação livre de coerção ou violência, cuja nossa história enquanto brasileiros é marcada, quanto mais de que povo indígena era essa tataravó, de que povo ou localidade eram tais antecessores de África. São memórias que aparecem nas entrelinhas das histórias da bisavó que mexe com religiões “perigosas” ou dos chás indicados pela cultura popular para amenizar doenças.

Outro ponto curioso nesse percurso de afetação é o fenótipo que se expressa em nossos corpos. No Brasil existe um estereótipo do que seria a aparência de uma pessoa indígena – ignorando a diversidade e pluralidade de povos que aqui estiveram desde a colonização – e isso compõe uma série de traços nesse imaginário. Em determinados momentos me vi encaixada em alguns deles, assim como outras mulheres da família, mas sempre em um lugar fragmentado, onde por vezes poderia haver uma leitura de uma pessoa miscigenada, por outras de uma pessoa branca. Esses encontros e desencontros a partir de experiências de vida me levaram a perguntar-me, se existiram indígenas na família, quem e de onde eram? Se hoje existem indígenas no Brasil, onde estão?

Partindo dessas perguntas iniciei buscas na área científica em que até então me graduava, a psicologia. Queria conhecer e atuar junto dos povos que aqui estivessem, entender o que existia na ciência psicológica que permitia um diálogo com os Potiguara, Xucuru-Kariri, Tupinambá, dentre variados outros povos. Esse percurso se iniciou por meados de 2017, momento no qual não foi possível encontrar disciplinas de graduação que relacionassem psicologia e povos originários. Também me impressionou a ausência dessas populações enquanto parte de projetos de pesquisa e extensão no curso de psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), no qual me graduei e hoje permaneço como mestranda.

De acordo com a plataforma do SIGAA/UFRN (<https://sigaa.ufrn.br/>), a instituição de ensino possui projetos de pesquisa que tratam da temática indígena desde 2007. São 16 projetos elaborados até o momento, e 4 em vigência atualmente. A maior parte dos projetos já feitos liga-se à antropologia enquanto campo de conhecimento (6), seguidos da história (4), da interdisciplinaridade (2), da linguística (1), e das artes (1). Os estudos ligados ao campo da saúde são 2, da área da Nutrição e Enfermagem, e evidenciam uma aproximação recente com

populações indígenas do estado, a partir de 2018. Entre as extensões o abismo é maior, o site mostra que 34 dos 38 projetos registrados, de 2008 a 2021, se circunscrevem à Antropologia.

Esse recorte local demonstra um fenômeno já tratado por outros autores. Baniwa (2008), discorrendo sobre sua experiência enquanto antropólogo e indígena Baniwa do alto Rio Negro, aponta um forte acúmulo de conhecimentos da antropologia referente às populações indígenas que não se refletem em outras áreas do saber. Maldonado-Torres (2016) traz que esse evento manifesta uma ‘linha de cor’ nos estudos acadêmicos, traçada a partir de uma distinção entre o mundo europeu, referido pela categoria *humanitas*, e o mundo dos colonizados, abordado pelo conceito de *anthropos*.

Baniwa (2008), diante disso, propõe a necessidade de repensar o sistema acadêmico de forma a promover diálogos e reconhecer contribuições das populações indígenas à própria ciência moderna em suas diversas esferas, em via de entender a racionalidade não como única, mas como plural. Abandonando a perspectiva do “levar conhecimento a”, para dar lugar a trocas que suscitem aprendizados mútuos.

Desse modo, tais questões resultam em uma pesquisa de mestrado do campo da psicologia, que busca como interlocutores indígenas da comunidade Mendonça do Amarelão, situada no Rio Grande do Norte (RN), proposta que detalharei a partir da discussão dos tópicos que sucedem. Dos tópicos seguintes em diante não falo mais em função do “eu”, mas de um “nós”, em primeira pessoa do plural. Ratificando o estudo enquanto fruto de um processo coletivo que compreende as trocas com o orientador, os interlocutores de pesquisa e meus colegas de turma.

1.2. Políticas públicas e a saúde em contextos interculturais: caminhos para uma atenção psicossocial indígena

A Constituição de 1988 elabora um novo local aos povos autóctones do Brasil junto ao Estado, estabelecendo direitos fundamentais que se desdobram das intensas reivindicações do movimento indígena e indigenista da época. O antropólogo Gersem Baniwa (2012) destaca no documento mudanças normativas significativas, que incidem tanto nas políticas governamentais quanto na vida cotidiana das comunidades, sendo elas:

- O reconhecimento da capacidade civil indígena. Buscando a superação das relações de tutela, que resguardavam ao Estado a representação legal das populações indígenas “não integradas” em todos os atos da vida civil;
- O abandono ao pressuposto integracionista, resguardando o direito à diferença sociocultural dos povos que habitam solo brasileiro;
- O reconhecimento da autonomia societária indígena, resguardando o direito ao território, à cultura, à saúde, à educação e ao desenvolvimento econômico em consonância aos projetos coletivos de presente e futuro dessas populações;
- E o direito à cidadania híbrida desses povos, que é não só nacional, como étnica e global.

A saúde indígena é reconhecida como parte dessa teia de direitos não só como um serviço a ser assegurado, mas como componente de uma complexa relação intercultural. Ao passo que busca melhorar a qualidade de vida dos povos indígenas, intenta também superar a tutela e a integração que se mantém dentro de seus próprios serviços.

Desdobra-se daí a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), responsável por coordenar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), pondo em exercício ações de promoção, proteção e prevenção à saúde. A secretaria deve preconizar ações de educação

em saúde que se alicerçam nas particularidades, no perfil epidemiológico e no contexto sanitário de cada comunidade/aldeia assistida pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, os DSEIs (BRASIL, s. d.).

A SESAI se orienta a partir da PNASPI, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (nº 9.836/2002), que objetiva, de acordo com princípios do SUS (Sistema Único de Saúde), assegurar a essas populações o acesso integral à saúde partindo de suas realidades locais em contextos interculturais. Para isso, preconiza o controle social, a gestão participativa, descentralizada, e o respeito às concepções, valores e práticas relativos aos processos de saúde e doença próprios de cada sociedade (BRASIL, 2002).

A elaboração de todas essas instâncias se relaciona a reivindicações dos povos indígenas do Brasil (Conselho Indigenista Missionário, 2013). Todavia, a SESAI, fundada em 2010 a partir da Lei nº 12.314, é considerada pelo movimento indígena enquanto conquista de destaque, dado que liga a atenção em saúde indígena ao Ministério da Saúde em contraposição ao sistema anterior, ligado à FUNASA (Fundação Nacional de Saúde). Nasce a partir de meses de discussão e pactuação entre gestores, lideranças e população indígena (Articulação dos Povos e Organizações Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo, 2020).

A atenção em saúde aos povos originários denota necessidades específicas que perpassam o acesso ao território, à própria cultura e as relações desses grupos com a sociedade circundante (BRASIL, 2019). Na busca por efetivar o direito integral dessas populações à saúde, se coloca a necessidade de intervenções psicossociais a elas direcionadas com objetivo de construir cuidados gradativos e intersetoriais (BRASIL, 2016).

Todavia, falar de ‘saúde mental’ na atuação junto aos povos originários evidencia a necessidade de buscar conceitos correlatos que favoreçam esse cuidado, uma vez que o termo

não compõe as cosmologias indígenas e pode se distanciar da realidade sociocultural dessas populações (Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, 2016).

O tema da doença mental surge ligado ao modelo biomédico positivista ocidental que, ao fragmentar o sujeito, pressupõe uma polarização ou separação da mente do corpo (Batista, 2014). Ampara-se, dentro da psiquiatria, por uma concepção de correção do patológico que se dá pela superação da “loucura”. Conta, para isso, com o fundamento dos grandes manuais contemporâneos, como o DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), que expressam a “loucura” a partir dos transtornos mentais, diagnosticados por agrupamentos específicos de sintomas (Izagirre, 2011).

O modelo biomédico se alicerça em uma compreensão mecanicista e reducionista de humano, que evidencia somente o aspecto material e fisiológico das doenças. Dessa forma, fragmenta o sujeito, e o desassocia de seu contexto sociocultural. Resultando em modelos de intervenção verticalizados e uniformizantes, distanciados das populações assistidas (BRASIL, 2010).

Em vias de possibilitar uma atenção intercultural, é necessário romper essas leituras. Direcionar-se à escuta e diálogo contínuos, valorando esses sujeitos e coletividades que se engajam e produzem saúde partindo de seus referenciais próprios (BRASIL, 2010). Na contramão disso, aponta-se que mesmo em unidades de saúde voltadas ao atendimento de indígenas, as compreensões socioculturais subjacentes aos modos de viver dos usuários são desconhecidas ou ignoradas pelos profissionais (Pereira, Buriel, Oliveira & Rodrigues, 2012; Andrade & Sousa, 2016). Produzindo, de forma antagônica à PNASPI, atendimentos distanciados dos outros sistemas de saúde próprios dessas populações, como a medicina tradicional indígena (BRASIL, 2002). E, ainda, salientando certa conformação a momentos anteriores do estado brasileiro, já que, em 11 anos de atuação da FUNASA, as ações de

capacitação dos trabalhadores da saúde indígena se focalizaram na biomedicina, com pouca ou nenhuma ênfase nos estudos antropológicos e etnológicos da saúde (Diehl & Pellegrini, 2014).

Como outra diretriz, a PNASPI destaca a necessidade de atentar à pluralidade dos povos originários no Brasil, reconhecendo as diferenças culturais, cosmológicas e os atravessamentos epidemiológicos e demográficos de cada grupo ou comunidade (BRASIL, 2002). A homogeneização desses povos diz de um intenso processo histórico de colonização que aloca o referencial de humano a um lugar específico – branco, homem, que convive com a dinâmica de produção e existência presente nos grandes centros urbanos – e somente diante desse referencial reconhece subjetividade e heterogeneidade (Kawahala & Soler, 2010).

Nesse sentido, Oliveira et al. (2014; 2012) assinalam como indispensáveis intervenções que se voltem para a melhoria das condições de vida nas comunidades, que se associam diretamente aos indicadores de saúde. A partir de um estudo que discorre sobre representações da saúde e da doença entre indígenas Potiguaras da Paraíba (PB), constatam recorrentes conflitos que ameaçam seus direitos ao território e a reprodução de seus modos de vida. Foi percebido que esses indicadores sociais afetam não só a prevalência de doenças dos manuais da medicina biomédica – tuberculose, Doenças Sexualmente Transmissíveis etc. – como estão intimamente ligados à noção de saúde dos Potiguaras. Saúde se associa, pra eles, com a disposição para o trabalho diário; para o lazer; para o esporte; e diz também da participação nas práticas culturais da comunidade, como o Toré e outras festividades.

Batista e Zanello (2016) percebem uma aproximação incipiente de estudos que relacionam saúde mental a contextos indígenas. Partindo de um levantamento da literatura, identificaram trabalhos que, majoritariamente, cessam de discutir os pressupostos teóricos utilizados para além dos manuais diagnósticos. Abarcando temáticas como uso de álcool e outras substâncias

psicoativas, suicídio, TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade) e tipos de avaliação psicológica. As autoras concluem pela necessidade de favorecer reflexões de caráter epistemológico, para melhor fundamentar esse diálogo intercultural complexo.

Discorrendo sobre a psicologia em associação à saúde indígena, Ferraz e Domingues (2016) apontam a temática como um campo a ser explorado no Brasil. Indicam a existência de lacunas no estabelecimento de referenciais teóricos claros, que se expressa também pela dificuldade na utilização dos ‘clássicos’ da área para subsidiar a prática profissional. O manejo dos traços culturais atravessa o choque entre a cosmologia indígena e a cosmologia ocidental moderna; entre as tradições individualistas, ocidentais, e as coletivistas, presentes nessas populações (CRP/SP, 2010).

Em materiais que avaliam a atuação do SASISUS, a assistência em saúde mental a indígenas se relaciona a demandas de sofrimento psíquico, saúde materno-afetiva, violência social, suicídio, uso abusivo de álcool (BRASIL, 2016; BRASIL, 2019). No material “Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS” (2019) o suicídio ganha destaque por sua prevalência, 3 vezes maior que a brasileira em geral, para o qual foram mobilizadas ações específicas da SESAI na seara da prevenção. Foram acolhidas e acompanhadas pessoas em sofrimento psíquico que apresentassem risco de suicídio, além de incorporada à ação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Incentivo de Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI), de modo que os DSEI desenvolveram planos de ação conjuntas com o dispositivo.

Dentre essa seara de temas abordados, o uso álcool e outras drogas se relaciona a uma das maiores queixas de saúde entre comunidades indígenas na atualidade (CRP/SP, 2010). Por isso, guarda especificidades e acúmulos particulares, cujo interesse de estudo na América Latina tem início ainda no período colonial, no consumo de bebidas alcoólicas ou da folha de coca alinhados a rituais sagrados, se embrenhando a práticas de controle das classes

subalternizadas e, posteriormente relacionando-se aos interesses do campo biomédico, da saúde pública e da psicologia (Barreto, Dimenstein & Leite, 2020).

Mediante as medicinas tradicionais originárias, as categorias pontuadas não necessariamente se evidenciam (Batista, 2014). A explicação desses sofrimentos, dentro da memória coletiva dos povos, pode dar vazão a nomenclaturas e manifestações muito distintas das que enquadramos nos transtornos mentais. Podem, ainda, ser remetidos como “doença de branco”, distintas das doenças do mau olhado, da quebra dos resguardos do corpo, de relações não adequadas entre a alma dos vivos e dos mortos, entre outras tecnologias comuns às medicinas dos pajés, xamãs e curadores (Ferreira, 2018).

Em geral, os paradigmas que norteiam esses cuidados, supostamente “outros”, dizem de integralidade no lidar com os adoecimentos, na não separação entre as doenças da mente e do corpo (CRP/SP, 2016). Falar de “saúde mental”, nesse contexto, evidencia tentativas da saúde pública em responder a demandas desses povos. Entendendo-as como pertencentes à ação de profissionais específicos, que remetem a um arsenal específico de intervenção, geralmente da psiquiatria e da psicologia que se sustentam pelo cuidado/medicina dos “brancos”.

É a partir de um maior diálogo e co-construção com coletividades indígenas que surgem ações via SasiSUS direcionadas a eixos outros de intervenção. Voltadas para a valorização e difusão da identidade étnica; das práticas de cuidado e saberes indígenas; da produção artística dessas comunidades. Além de projetos que fomentam esporte, lazer, atividades econômicas sustentáveis, ou educam sobre a política indigenista (BRASIL, 2016).

Partindo de conversas junto a lideranças indígenas de diversas etnias – realizadas pelo Grupo de Trabalho Psicologia e Povos Indígenas – Lumena Teixeira (CRP/SP, 2016) constata “saúde mental” enquanto um patamar de *bem viver*, que ultrapassa a vida pessoal. Para essas lideranças, o constructo se relaciona a diversos âmbitos da vida social e coletiva, tais como: condição de subsistência familiar; condição de reprodução de seus modos de vida; feitiços;

discriminações e conflitos sofridos nas cidades; violação de direitos. O bem estar comunitário se torna pressuposto para o bem estar individual.

A necessidade de buscar conceitos que se debrucem aos saberes dos povos originários é evidente, em vista de promover uma atenção psicossocial que responda às demandas presentes. Nessa direção, a cartilha “Atenção Psicossocial aos Povos Indígenas” (BRASIL, 2019) defende, como norte dos serviços psicossociais, a promoção de uma saúde mental que abrange o familiar, individual, social e comunitário para além da estrita superação da doença ou sofrimento. Direcionada aos projetos de *bem viver* das diferentes comunidades.

Em vista disso, desponta a necessidade por estudos que proporcionem fundamentos teóricos contextualizados ao campo da saúde, próximos à realidade social e cultural desses povos (Oliveira, 2010; CRP/SP, 2010; Diehl & Peregrini, 2014; Ferraz & Domingues, 2016; Batista & Zanello 2016). Diálogos que reconheçam não só a diferença, mas o processo de hierarquização e silenciamento que a produção ocidental coloca frente a referenciais outros de conhecimento (Miglievich-Ribeiro, 2014), em direcionamento à valorização dos saberes e da identidade dos povos originários no campo da produção científica.

Desta forma buscamos, com essa pesquisa, nos debruçar sobre práticas e sentidos em saúde construídos na comunidade do Amarelão, que se identifica enquanto Potiguar. A comunidade se localiza na zona rural do município de João Câmara, em uma região do Rio Grande do Norte (RN) nomeada Mato Grande. Conta com cerca 300 famílias, 1100 pessoas, e é conhecida como “Mendonça do Amarelão”, uma vez que nela reside o grupo familiar Mendonça (Costa & Silva, 2020).

Resgatando o trabalho da antropóloga Jussara Guerra (2007), o grupo familiar Mendonça se origina a partir de antecessores Potiguar e Tapuia, em função de processos migratórios que se iniciam no século XVI. Neles, famílias majoritariamente Potiguaras migraram da Paraíba evadindo de situações de crise como epidemias, expansões coloniais e

fatores ambientais. Com a chegada nas novas localidades, uniram-se a famílias indígenas que já habitavam a localidade, nomeadas “Tapuias” pela governança do período. A nomenclatura “Mendonça”, nesse sentido, suscita uma diferenciação étnica e preserva uma forte conexão com os antecessores indígenas, subjaz a ela uma identidade coletiva e sentimento de pertença que demarca fronteiras do povo Mendonça para com a identidade nacional.

O *Território Mendonça* soma outras 5 aldeias – Serrote de São Bento, Cachoeira, Assentamento Marajó, Assentamento Santa Terezinha, Açucena e Cachoeira – cuja população total é de aproximadamente 2.796 pessoas (Costa & Silva, 2020), trata-se do maior conglomerado indígena do RN. É no Amarelão que se localiza uma unidade ESF (Estratégia de Saúde da Família) que atende parte das comunidades Mendonça – direcionado à população do Amarelão, do Assentamento Santa Terezinha e do Serrote de São Bento – sem que exista atualmente ligação à SESAI, mas diretamente ao SUS. As demais Aldeias buscam atendimento em Queimadas, outra comunidade rural de João Câmara.

O contato com os Mendonça se deu de forma processual, atravessado pela pandemia decorrente do COVID-19, o que resultou em contatos inicialmente à distância, e amparada pela via da militância política. A partir do contato com o PCB/RN, parceiro de anos da luta indígena local, foi possível estabelecer diálogos via *Instagram* e *Google Meet* com Kaline Campos, liderança jovem que pertence à Associação Comunitária do Amarelão (ACA), e assim um elo frente à liderança Tayse Campos, do Amarelão, que resultou em uma reunião por *Google Meet*.

No diálogo com a liderança, o horizonte de chegada parte das dinâmicas de cuidado em saúde na comunidade, especialmente relacionadas à saúde mental. Por intermédio desse contato foi explicitado o interesse de atuar junto à aldeia do Amarelão, do compartilhamento da temática e das perguntas norteadoras da pesquisa. A partir das informações, tivemos por

intenção estabelecer os objetivos da pesquisa de forma compartilhada, buscando relação da proposta com demandas do cotidiano da comunidade.

Foram realizadas duas entrevistas junto a membros da ACA com este fim, e algumas das questões que emergiram nesses momentos foram: a relação médico-paciente, à partir de experiências em que houve julgamento ou incompreensão dos profissionais quanto a práticas de cuidado comuns na comunidade; a grande incidência de uso de medicamentos psicotrópicos, os popularmente nomeados “remédios controlados”; o sofrimento frente a perdas de parentes, principalmente adultos e idosos, em processos de luto que impactam a atividade diária dos atingidos; dentre outros temas que balizaram a conversa.

Buscando pensar as questões da vida contemporânea da comunidade e alicerçados ante os aspectos supracitados sobre direito à saúde e atenção psicossocial, indagamos: quais são os sentidos e práticas que circundam a temática da “saúde mental” nessa comunidade? A que lugares, recursos e campos de saber, seus integrantes recorrem para lidar com essas questões?

Amparados nessas questões, propusemos como objetivo geral do estudo: Construir interlocuções visando compreender os *itinerários terapêuticos* relacionados à “saúde mental” produzidos por moradores e moradoras da comunidade indígena Mendonça do Amarelão (João Câmara – RN). Partindo disso, os objetivos específicos são: a) Identificar os dispositivos e recursos formais e informais de produção de cuidados em saúde mental acessados pela comunidade; b) Compreender como se relacionam as diferentes produções de cuidado existentes, atentando às relações de poder presentes; c) Analisar sentidos e práticas relacionados a “saúde mental” que se produzem na comunidade Mendonça do Amarelão.

Essa proposição se fundamenta em dois pontos principais. Por um lado, na necessidade de aproximação do usuário enquanto imperativo ético-político do SUS, se pautando a centralidade do usuário como pressuposto para o estabelecimento de uma integralidade do cuidado e, conseqüentemente, de uma atenção efetiva em saúde (BRASIL,

2019, 2002). Por outro, pela necessidade de aproximação dos conhecimentos produzidos pelos povos indígenas a todos os âmbitos da ciência, reconhecendo-os enquanto fundamentais para a proposição de quadros conceituais que se aproximem da pluralidade vivenciada na América Latina e no território brasileiro.

Diante disso, nos fundamentamos junto aos Estudos Decoloniais, que entendem enquanto domínio de luta a transformação dos dispositivos de poder, mitos e imaginários que estão na base dessa epistemologia moderna, eurocentrada e alinhada ao capital que, conforme Quijano (2005) se alicerça ao dualismo (natureza/cultura; mente/corpo; primitivo/civilizado; pré-capital/capital), a um evolucionismo linear e unidirecional (na qual a modernidade europeia é fim) e defende o universo único. Os esforços de superação demandam novos quadros conceituais, que se aproximem do vasto universo de conhecimentos alvo de uma invisibilização mediante o colonialismo (Ballestrin, 2013; Miglievich-Ribeiro, 2014; Farina, 2016).

Uma psicologia que vá de encontro ao projeto da descolonização só se faz possível pelo reconhecimento do valor e legitimidade dos conhecimentos regidos no seio popular, das técnicas e perspectivas sobre a realidade que fazem parte da memória histórica e das produções cotidianas dos diversos povos do Brasil (Gonçalves, 2019). Na perspectiva de fundamentar esse diálogo, lançamos mão de uma compreensão de saúde mental que se ampara no princípio ético-político do *bem viver* (CRP/SP, 2016), entendimento que parte dos povos Andinos e encontra reverberação entre vários outros, de forma a refletir modos de viver e ser de diversos povos indígenas latino-americanos (Siqueira & Santos, 2018). Nesse sentido, entendemos que uma “saúde mental” indígena se torna possível por uma aproximação aos projetos de *bem viver* das pessoas e comunidades. A produção de um comum que, na atenção psicossocial, se debruce às construções produtoras de bem viver já existentes entre os povos.

Os *itinerários terapêuticos*, aí, diriam de movimentos que buscam recuperar ou manter o *bem viver* no cotidiano dos sujeitos que residem na comunidade, enquanto categoria que direciona visibilidade à pluralidade de saberes acessadas na experiência do lidar com a saúde, corroborando com a centralidade do usuário preconizada pelo SUS (Gerhardt, Pinheiro, Ruiz & Junior, 2016). Destarte, representam todos os caminhos que se realizam no âmbito individual e grupal direcionados a preservar ou recuperar saúde. Movimento que abrange desde recursos de cuidado elaborados dentro da comunidade – por meio de rituais religiosos, acesso a curador, elaboração de remédios caseiros – até o acesso aos dispositivos de atenção primária, secundária ou terciária no âmbito do SUS e da saúde privada (Cabral et al, 2011).

Buscando tratar das nuances necessárias para fundamentar o estudo, no capítulo que se segue é discutido o **Ser indígena no Brasil: entre o passado e o presente**, se desdobrando em dois tópicos: **Colonialismo e América Latina**, entendendo o colonialismo como processo que se desdobra na atual realidade dos povos indígenas brasileiros e sua construção de alteridade frente ao Estado-Nação Brasil, e **Indígenas no Rio Grande do Norte: histórias de resistência**, em direção a tratar as nuances da identificação indígena por meio desse recorte regional.

Posteriormente, aprofunda-se no capítulo **Saúde (mental?) indígena** os subtópicos **O bem viver enquanto parâmetro de saúde mental**, que traz a proposição de um olhar amparado pelo princípio do *bem viver* como forma de exercer uma relação intercultural em saúde, e **Itinerários Terapêuticos na produção de saúde**, no qual expomos os *itinerários terapêuticos* enquanto aparato teórico-metodológico que pode ser revelador dos diferentes saberes/modelos de saúde em disputa.

Posteriormente, tratamos de questões do método e da metodologia. Subdividindo a discussão do capítulo **Os Caminhos da pesquisa em Instrumentos e procedimentos**, onde

discorremos sobre as ferramentas utilizadas que subsidiam a produção dos dados a serem tratados. **Chegando aos participantes**, na direção de caracterizar o processo de incorporação dos participantes ao processo da pesquisa. **O processo de construção de dados**, que levanta elementos teóricos, éticos e norteadores na análise das informações colhidas; e, por fim, **A comunidade Mendonça do Amarelão**, momento em que delineamos a comunidade lócus da pesquisa por meio do entrelaçar da literatura às experiências vividas durante o estudo.

Os **Resultados e Discussões** da pesquisa estão divididos em sete tópicos. **Apresentação dos participantes**, que traz os dados das condições de vida que atravessam as pessoas que participam da pesquisa. **Constelações de cuidados**, que destrincha o itinerário terapêutico de uma de nossas participantes, Ana, no intento de construir algumas considerações gerais sobre os diversos caminhos percorridos por essas pessoas. **O desabafo, conselhos, e outras formas de conversa**, onde adentramos às dinâmicas de conversa percebidas em contato com o campo e os participantes, adentro a breves reflexões sobre a psicologia nesse lugar.

Os remédios do mato, as práticas de cura e a religiosidade, tópico no qual trazemos estratégias de cuidado ligadas ao sagrado e aos conhecimentos ancestrais do povo Mendonça. **Da porta de casa às ruas do Amarelão**, onde falamos do caminhar e dos deslocamentos empenhados pelos participantes em seu lugar de ser. **Apontamentos sobre a relação com os serviços de saúde**, ponto em que falamos um pouco da atenção via SUS recebida pelo povo Mendonça do Amarelão e nos debruçamos sobre alguns dos relatos dos participantes sobre atendimentos com profissionais da saúde, principalmente oferecida pelo SUS. **O bem viver na aldeia Amarelão**, que descreve as formas e compreensões que toma o bem viver nos relatos dos participantes da pesquisa. E, por fim, realizamos as **Considerações finais** do trabalho.

2. Ser indígena no Brasil: entre o passado e o presente

Pensar em saúde no contexto das populações indígenas implica em reconhecer as diferenças e incongruências frente à própria ciência ocidental, bem como às produções de saúde institucionalizadas nos hospitais, dispositivos da atenção básica, na atenção especializada. Para situar esse debate, é importante levantar como as dinâmicas de poder que atravessam a atual constituição de mundo propiciaram o surgimento da categoria “indígena”. Todavia, a que pessoas é destinada essa denominação? A quais povos e nações esse termo remete? Quais povos serão reconhecidos como usuários dessa política especial de saúde?

Sobre esses pontos, Baniwa (2006) resalta alguns critérios de autoidentificação que se fazem frequentes entre indígenas brasileiros da contemporaneidade. São eles: a continuidade histórica relacionada a períodos pré-coloniais; a presença de forte vinculação junto ao território; a autoidentificação de diferença frente à sociedade nacional; a presença de sistemas sociais, econômicos e políticos bem delineados no grupo de vinculação desse indivíduo; a presença de língua, cultura e crenças definidas nesse grupo; e a vinculação frente à rede global de povos indígenas. São critérios que não se excluem, e podem relacionar-se entre si.

“Índios” foram nomeados os integrantes dos povos originários da América a partir dos processos de colonização que subsidiaram a modernidade (Quijano, 2005). Às 305 etnias indígenas em território brasileiro (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2021), tem-se como fator comum a violência colonial imputada por esse processo histórico. Desde epidemias e guerras, que dizimam desde o período colonial, até violações de direitos executadas pelo Estado brasileiro na contemporaneidade. A negação da demarcação, bem como as invasões das terras indígenas – por latifundiários, grileiros, garimpeiros, ou mesmo por ramos da indústria brasileira – são expressão da violência colonialista existente hoje (Baniwa, 2006).

Na literatura antropológica e etnológica, a noção de etnia se conecta a compreensões de povo, raça e nação. E surge visando fundamentar a junção ou separação de populações, que uniriam pessoas em grupos coesos cultural e identitariamente (Pouginat & Streiff-Fenart, 2011). Barth (2000), nessa esteira, entende grupos étnicos como formas de organização social que ganham inserção de seus membros através da auto-atribuição e da atribuição dos outros. A atribuição, segundo ele, é determinada por características de origem e pela conformação do grupo, estabelecendo uma identidade básica que demarca frente a outras identidades.

Quijano (2014) afirma que no contexto latino-americano há uma particular combinação de racismo e “etnicismo” que se desenvolve como componente central do poder a nível mundial. Estabelecendo uma *colonialidade* que produz hierarquização dos povos a partir da distinção entre etnias, de um lado, nacionalidades de outro, e que instaura processos de racialização associados a essas distinções, criando subsídio às inúmeras violências sofridas pelos não-europeus. Buscando aprofundar esse debate, discorreremos no tópico seguinte sobre o colonialismo e sua implicação da formação dessa categoria de alteridade no Brasil e na América Latina.

2.1. Colonialismo e a América Latina

A América Latina constitui-se como o primeiro espaço em que houve relação de colonialismo, onde foi exercido um padrão específico de poder que traz rupturas com os desempenhados anteriormente. Sua “invenção”, a partir do séc. XVI, inaugura um momento de expansão e mudança na organização societária europeia, instaurando uma modernidade que, ao mesmo tempo em que expande e sustenta uma sociedade capitalista, funda novas formas de entender o mundo e seus sujeitos (Quijano, 2005; Ballestrin, 2013).

A dinâmica colonial estabelece uma relação entre as regiões que colonizam, isto é, controlam e exploram territórios em diversas esferas, e as colonizadas, que são alvo de tal

processo (Quijano, 2005). O sujeito colonial é classificado como o “outro” e ausentado de sua própria determinação nas relações materiais, sendo alvo de um processo que atinge seus saberes, seu poder, seu ser (Ballestrin, 2013). Essa relação antagônica funda uma lógica de dominação que se alicerça a partir do racismo, controle do trabalho, eurocentrismo, dominação de gênero e colonização da natureza (Gonçalves, 2016), que passam a operar em função e a serviço da expansão de capital, entrelaçando o modelo de desenvolvimento e reprodução de vida na Europa às regiões colonizadas nas Américas – ou em *Abya Yala*¹ – e posteriormente em outras localidades alvo do mesmo processo, na África, Ásia, Oceania.

Neste processo encontra eco a ideia de que as coisas evoluem de um estado inferior a um superior, de forma linear, que culminaria no modo de vida construído a partir da Europa. E eram designadas e naturalizadas enquanto primitivas as pessoas, seus povos e territórios alvo de dominação colonial, cabendo a eles progressivamente ascender ao capitalismo e à modernidade em suas mais variadas nuances. Estes elementos, conforme Quijano (2005, p. 122) “podem ser reconhecidos, inequivocamente, no fundamento do evolucionismo e do dualismo, dois dos elementos nucleares do eurocentrismo”.

Populações inteiras entram na mira de inúmeras violências, das que abrangem os seus corpos às que abrangem seus modos de entender o mundo, pela imposição de um mundo único, cristão e condizente ao modo de vida ocidental e europeu (Ballestrin, 2013), pois o século XVI perpetra, nas palavras de Todorov, “o maior genocídio da história da humanidade” (1999, p. 4). Falando da população originária do território brasileiro, o colonialismo a reduziu, de cerca de 5 milhões, a menos de 1 milhão no Brasil contemporâneo. Guerras, escravidão, doenças infecciosas, expropriação territorial e violência sexual foram

¹ *Abya Yala* é um termo reivindicado por povos originários e pelo movimento indígena ao longo deste continente para designar toda esta terra denominada “América”. Um termo que vem da língua do povo Kuna, originário do Norte da Colômbia e hoje habitante da costa caribenha do Panamá, e significa “terra madura”, “terra viva” ou “terra que floresce”, como é possível perceber em Porto-Gonçalves (2016).

algumas das tecnologias empregadas desde 1500 em busca do extermínio desses povos (Baniwa, 2012).

Isso foi viabilizado por uma produção de alteridade que racializa e torna possível justificar e distinguir a ação do colonizador sobre o colonizado (Ballestrin, 2013). Ser europeu, que até então indicava procedência geográfica, passa a representar uma conotação racial em contraponto aos “índios” e “negros”. A raça se torna o instrumento de dominação que naturaliza uma suposta inferioridade destes não brancos em relação aos brancos, de forma a relacionar traços fenotípicos e supostas estruturas biológicas ao fundamento destas novas identidades que designam lugar, hierarquia e papel social na dinâmica da modernidade, conforme Quijano (2005) levanta:

(...) a raça converteu-se no primeiro critério fundamental para a distribuição da população mundial nos níveis, lugares e papéis na estrutura de poder da nova sociedade. Em outras palavras, no modo básico de classificação social universal da população mundial. (p. 121).

A noção de etnicidade, posteriormente cunhada a partir de estudos da antropologia, carrega também uma linha divisória que nomeia alteridade: “os étnicos são os outros, e estes outros não estão representados de forma equitativa nem na administração das instituições de poder, nem na cultura, na produção do conhecimento, entre muitas outras áreas” (Maldonado-Torres, 2016, p. 77). A etnia, entretanto, articula uma diferença que advém das formas culturais que sustentam a vida cotidiana, os ritos, as religiões, com a idéia anterior de raça, que distingue brancos e não-brancos, e esse movimento revela uma complexa distinção entre as etnias – indígenas, aborígenes, africanas – e os Estados-Nações (Quijano, 1992).

O fim das administrações coloniais não representou a ruptura das formas de dominação produzidas pelas estruturas do sistema-mundo capitalista, continuadas tanto por meio das relações entre países (geopolítica), quanto dentro dos territórios colonizados (Grosfoguel, 2008). Quijano (2005), deliberando sobre a continuidade das opressões

coloniais, elabora o conceito de *colonialidade*, que defende que o mundo do colonizado é afetado em seu próprio imaginário, podendo vir a ser lugar de reprodução da lógica que sustenta a modernidade. Diversas esferas da vida dos países colonizados, como o Brasil, são afetadas por esse padrão até a atualidade, dentre elas sua produção de subjetividade e conhecimento.

Da *colonialidade* podemos apontar três grandes conceitos que desempenham papel de destaque nos Estudos Decoloniais (Ballestrin, 2013). A *colonialidade do poder* advém das diferentes posições de poder organizadas pelo sistema moderno/colonial, é a diferença colonial que estabelece centro e periferia nesse novo sistema-mundo (Quijano, 2002). A *colonialidade do saber* vem da mesma matriz, reverberando-se, entretanto, sobre as formas de produzir e conceber conhecimento, ciência. É a diferença colonial impressa nas epistemes (Castro-Gómez, 2005). A *colonialidade do ser*, por sua vez, é um conceito postulado diante de contribuições de Franz Fanon e Achille Mbembe, e diz da coisificação dos corpos negros e indígenas que surge pela lógica colonial, ratificada pelas violências brutais que abarcam esses corpos e controlam suas vidas e mortes (Streva, 2016). É a violência presente no trecho: “Cheguei ao mundo pretendendo descobrir um sentido nas coisas, minha alma cheia de desejo de estar na origem do mundo, e eis que me descubro em meio a outros objetos” (Fanon, 2008, p. 103) e se relaciona à coisificação dos corpos racializados, tornando-os mira fácil às políticas de Estado que controlam a vida e a morte do povo até a atualidade.

A história e o presente dos povos indígenas em todo o território brasileiro dizem da articulação dessas violências coloniais. Findado o colonialismo português, o Brasil republicano teve como pano de fundo a busca pela consolidação do Estado Nacional e o fortalecimento de uma identidade única, que congregaria os diferentes grupos populacionais existentes no país (Alvarenga & Junior, 2019). Para executar esse projeto, Alegre (1992/1993), ao analisar a legislação indigenista do século XIX, demonstra que as províncias

brasileiras negaram sistematicamente a existência de indígenas no país ao passo que se apoderaram de seus territórios. Até 1860, como aponta a autora, um debate central no Estado-Nação brasileiro ocorreu em torno dos meios de executar uma política indigenista que resultasse no desaparecimento desses povos: de forma “branda” ou por meio de mortes em massa.

No século seguinte, em 1910, foi criado o Serviço de Proteção ao Índio (SPI), cujas inúmeras violações aos direitos humanos só vieram a público após a reaparição do Relatório Figueiredo (1967) em 2012, misteriosamente encontrado no Museu do Índio. O relatório denuncia violências que se assemelham às exercidas desde o colonialismo, como trabalho escravo, torturas e genocídio. Somado a isso, denuncia também atualizações que demonstram colonialidades, como roubos dos recursos destinados ao SPI; vendas e/ou extrações irregulares de gado, madeira, minério; e a prostituição dos corpos, principalmente de mulheres indígenas. Com o golpe empresarial-civil-militar de 1964, o problema se agravou em função do projeto desenvolvimentista empenhado, que promoveu o desmatamento de grandes áreas de floresta para que se realizassem construções que buscaram expandir áreas urbanas, a exemplo da Rodovia Federal Transamazônica. Todo o processo de “remoção” das populações dessas áreas, uma forma mais branda de nomear massacres, foi imputado pela FUNAI, que já existia na época (Alvarenga & Junior, 2019).

Atualmente, mesmo com a conquista de direitos face à constituição de 1988, a tutela e o integracionismo ainda se fazem presentes no descaso do Estado. Violações são exercidas, como pontua Baniwa (2006), na não demarcação de terras tradicionais; no parco combate a casos de invasão, contaminação e desmatamento nesses territórios (obras de madeireiros, mineradores, latifundiários); nos assassinatos impunes de lideranças e membros das comunidades; e na falta de serviços básicos de educação, saneamento e saúde, que resultam

em indicadores como a alta taxa de mortalidade infantil se comparada ao restante da população brasileira, como aponta Corrêa et al. (2020).

A pandemia do COVID-19, ligada ao vírus SARS-CoV-2, tem também constituído um importante atravessamento nas condições de vida e de saúde dos povos indígenas. O vírus, classificado como altamente contagioso, possui grande letalidade em pessoas com doenças crônicas e/ou idosas (Tu, Tu, Gao, Shao & Sheng, 2020), resultando em uma crise sanitária de caráter global que se inicia em março de 2020 e persiste até o presente, encontrando eco nas particularidades de cada localidade.

A Articulação dos Povos indígenas do Brasil (APIB), junto a suas organizações de base como a APOIMNE (Articulação dos Povos e Organizações Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo), tem encabeçado lutas visando combater as reverberações da pandemia. O relatório “Nossa Luta é Pela Vida” (APIB, 2020), que elabora reflexões a partir do movimento indígena a nível nacional, salienta que, até novembro de 2020, os povos indígenas foram proporcionalmente mais afetados por mortes em decorrência do COVID-19 se comparados com dados nacionais do Brasil. Sobre a tragédia que representam essas mortes, o escrito traz:

Muito mais do que números, foram nossos pajés, nossas rezadeiras e rezadores, parteiras, anciões e anciãs, cacicas e caciques que partiram. Perdemos os nossos velhos que guardavam as lembranças da memória de nossa ancestralidade, guardiões do conhecimento, dos cantos, das rezas, da nossa espiritualidade. Lideranças que dedicaram suas vidas à luta (...). Sofremos em nosso luto por essa tragédia que atinge não somente nós, indígenas, mas toda a humanidade (2020, p. 5).

A pandemia também funcionou como agravante à violência interna e externa aos territórios indígenas, uma vez que os invasores de suas terras “não fizeram quarentena e, muito menos, home office.” (2020, p. 5). O relatório relaciona o aumento da violência ao descaso do governo federal em vigência, presidido por Jair Messias Bolsonaro, cuja

governança paralisa processos de demarcação e avança decretos e portarias que legalizam crimes contra os direitos constitucionais indígenas.

Ao tratarmos da realidade dos indígenas brasileiros, é possível que se passe a errônea ideia de homogeneidade. Os lugares relegados ao "índio", enquanto parte do imaginário nacional, suscitam a ideia do indígena único, que mora em florestas e convive com uma imensa gama de espécies de plantas e animais. Longe disso, a pluralidade de etnias, vivências e contextos suscita variados recortes, que permitem tratar das realidades locais e particulares de cada grupo. O território onde vivem os Mendonça do Amarelão pertence à caatinga, na região do agreste nordestino, no único estado do Brasil onde não há demarcação de nenhuma terra indígena. É em função dessa diferenciação frente ao imaginário hegemônico que se torna pertinente falar das particularidades dos indígenas no Nordeste e no Rio Grande do Norte, como se segue no tópico a seguir.

2.2 Indígenas no Rio Grande do Norte: histórias de resistência

João Pacheco Oliveira escreve, em 1988, que os povos indígenas do Nordeste são alvo “menor” de estudo das produções antropológicas brasileiras, existindo enquanto objetos de interesse residual que se deslocam dos grandes debates da área. Essas populações se afastariam do ideal de diferença buscado nesses estudos, que procuram os vestígios profundos de um “índio autêntico” e ignoram, em certa medida, sua capacidade de ação histórica (Guerra, 2009).

A construção dessas narrativas, em última instância, propaga a não existência de indígenas no Nordeste, e se alinha a um projeto de anulação dessas identidades empregado ao longo da história nacional.

Durante o século XIX, tendo como pano de fundo a busca pela construção de identidade nacional, os indígenas eram “celebrados” como modelos éticos e estéticos de

momentos pré-colonização, narrados heróis de uma história trágica que findaria em seu inexorável desaparecimento. Entre 1850 e 1870, os governos das províncias do Nordeste consideraram essas populações extintas em seus dados demográficos e censitários, confluindo a uma compreensão – presente tanto no Estado quanto na academia – de que na região só haveriam remanescentes, caboclos, cujas práticas culturais tornavam-se folclore e as terras poderiam ser redistribuídas para fins produtivos (Oliveira, 2011).

No Rio Grande do Norte, em 1839, a diminuição progressiva dessas populações é declarada com entusiasmo pelo então governador da província em uma carta ao Imperador do Brasil. Mesmo reconhecendo que a maior parte dos grupos indígenas reside em solos inférteis e pedregulhos, o governante sugere um aumento nos impostos sobre suas terras agrícolas, escancarando políticas de extermínio em curso (Cavignac, J. & Alveal, C., 2020).

Em contraponto, diversos autores põem em questão a literatura clássica da história do Rio Grande do Norte, apontando incongruências no “sumiço” dos indígenas desse território (Cavignac, J, 2003; Guerra, 2007, 2009). As violências direcionadas aos povos originários durante a constituição do Rio Grande manifestaram-se por meio guerras, exploração territorial, do trabalho (pelo uso de mão de obra escrava), além de outras violações sistemáticas, como o sequestro de mulheres indígenas “a casco de cavalo, montado no mato brabo” (Cavignac & Alveal, 2020, p. 33). Ainda assim, as histórias de resistência dos “índios e caboclos brabos” (2020, p. 34) aparecem na memória local por meio de narrativas sobre as danças “lascivas” realizadas nas festas de santos, das fugas das fazendas, das negações dos batismos, da pouca participação da igreja e da realização de práticas religiosas não cristãs.

Guerra (2007) é um dos nomes que aponta essas incongruências. Segundo a autora, a historiografia oficial do RN, que registrava presença de indígenas até 1844, em 1850 passa a referenciar somente mestiços e torna raras as menções a esses grupos. Formada por um grupo reduzido de autores, e tendo como principal expoente Câmara Cascudo, essa historiografia se

centrou na análise dos documentos oficiais – estes etnocêntricos e alimentados por um projeto de estado-nação – criando uma narrativa histórica de desaparecimento étnico, mestiçagem e aculturação de indígenas no estado potiguar. Fato que se choca, contraditoriamente, com alguns dos registros do próprio Câmara Cascudo (1991), que em outros de seus escritos aponta a existência de mestiços do tupi que se refugiaram em um lugar nomeado “Amarelão”, por exemplo.

Dessa forma, a historiografia oficial ignorou a memória coletiva e as estratégias de sobrevivência que se entrelaçaram à preservação da vida e da alteridade étnica no Rio Grande do Norte. Guerra (2009) cita que a resistência armada indígena e o apelo às autoridades foram alguns dos movimentos observados durante o século XVIII e XIX, em face à política de extinção dos aldeamentos missionários – estes já frutos de expropriações violentas dos espaços de vida anteriores desses povos. As migrações e deslocamentos foram, também, alternativas de sobrevivência diante da possibilidade de reestruturação cultural e social pelo distanciamento dos espaços de conflitos.

Em contraposição às dispersões que segundo a história oficial resultariam na dissolução e desaparecimento desses grupos, as populações que hoje reivindicam-se indígenas continuaram ou restauraram união em diversas localidades do estado. Existem, de acordo com dados da APIRN (2020), 14 comunidades organizadas politicamente no RN. São elas, como é possível verificar na figura abaixo: Apodi (1); Caboclos de Assú (2); Assentamento Marajó (3); Amarelão (4); Serrote de São Bento (5); Açucena (6); Assentamento Santa Terezinha (7); Cachoeira (8); Tapará (9); Ladeira Grande (10); Lagoa do Mato (11); Catu dos Eleotérios(12); Jacú (14); Sagi-Trabanda (13).



Figura 1 – Disposição das comunidades indígenas no estado do Rio Grande do Norte
 Fonte: Recuperado de <https://www.instagram.com/stories/highlights/17847829597912748/>, de APIRN, 2020.

Localizam-se, como mostra a Figura 1, em 5 distintas regiões do estado e 11 municípios diferentes: Apodi (1), Assú (2), João Câmara (3, 4, 5, 6, 7), Jardim de Angicos (8), Macaíba (9), São Gonçalo do Amarante (9), Ladeira Grande (10), Lagoa do Mato (11), Goianinha (12), Canguaretama (12) e Baía Formosa (13). Abarcam as etnias Potiguara, Tapuia Paiacu e Tapuia, residindo majoritariamente em zonas interioranas e rurais que por vezes são também espaços de turismo – a exemplo do município de Apodi. As comunidades vistas em João Câmara, cabe dizer, pertencem ao grupo familiar Mendonça, da etnia Potiguara.

Diante disso, é preciso questionar a invisibilização dos povos indígenas do Nordeste e do RN a reconhecendo enquanto parte de um projeto de extermínio de longa data, associado a um ideal de desenvolvimento e de país. Conforme Oliveira (2011), atentamos à emergência progressiva da categoria “índio” no Nordeste a partir de meados de 1920, bem como às lutas sociais que surgem associadas a essa identificação. É um processo caracterizado por alguns

estudos da etnologia como etnogênese, conceito que surge aliado à emergência de novas identidades que reinventam etnias já reconhecidas. Revelando identidades que, longe de surgir do vazio, advém de interações dentro de quadros políticos cujos parâmetros são delimitados pelo Estado-Nação.

Os indígenas ressurgem não só por meio da memória das cadeias genealógicas, mas também pela espiritualidade dos encantados que revela vínculos entre os “troncos velhos” (antepassados), e as “pontas de rama” (gerações atuais). Se fortalecem, ainda, pelas trocas entre povos, que permitem o ensino de uma comunidade para outra de danças-rito como o *Toré*, o *Praia*, dentre várias outras práticas que ganham novas expressões a cada aldeia em que circulam (Oliveira, 2011).

Partindo de dados do IBGE, o número de indígenas em toda a região nordeste aumentou 205% entre 1991 e 2000, e cerca de 22% entre 2000 e 2010, chegando a 208.691 em números absolutos (Instituto Socioambiental, 2011). Em colaboração a isto, acende um grande número de movimentos sociais indígenas a partir da década de 70. Tendo como pontapé inicial o contexto de fortes mobilizações face à Constituinte de 1987, que proporcionou grandes assembleias e encontros organizados com a parceria de movimentos indigenistas da época (Baniwa, 2012).

A organização social dessas populações tem ocupado importante papel na propagação de suas existências. Fato que pôde ser observado até no recolhimento dos dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) para realização do presente trabalho (em dezembro de 2020). No momento, o órgão não disponibiliza dados do último censo detalhado das populações indígenas, e só foi possível acessá-los pelo site <https://pib.socioambiental.org/>, ligado ao Instituto Socioambiental (ISA), que reúne pesquisadores, membros do movimento indigenista e indígenas.

No Rio Grande do Norte da presente década, a luta dos movimentos indígenas afirma as identidades e busca por justiça. Identificam-se com base na memória e na experiência de pertencimento à sua história, seu povo e sua terra (Martins et. al., 2020). Sobre isso a liderança dos Mendonça do Amarelão, Tayse Campos Silva, diz:

Eu não preciso do reconhecimento da sociedade. Independente disso, eu sempre serei indígena, sempre serei Mendonça, está no meu sangue, nas minhas raízes. O que eu quero é que o Estado Brasileiro nos devolva o que nos roubaram. A minha luta é por direitos indígenas: não quero que ninguém sinta pena de nós, mas, vejam nos indígenas a nossa força, a nossa resistência e a nossa coragem de lutar pelo que é nosso. (Silva & Santos, 2014, p. 193).

O movimento indígena no RN se inicia em meados de 2000, contando inicialmente com a comunidade Catu dos Eleotérios, Caboclos do Assú, e alguns dos territórios Mendonça, dentre eles o Amarelão (Costa & Silva, 2020). Atualmente espalhou-se às comunidades já citadas, tendo conquistado importantes vitórias como a instalação da Coordenação Técnica Local da FUNAI (CLT-FUNAI/RN), em 2011, e sua manutenção frente à ameaça de retirada, em 2017 (Moura, 2019). Somando-se a isso, alcançaram em alguns territórios a implementação de serviços ligados à saúde, educação, geração de renda, arte e cultura em parceria com prefeituras e outras organizações (Campos & Santos, 2014). Contudo, a luta salienta a negação de direitos básicos e específicos enquanto traço da relação junto ao estado (Guerra, 2009; Campos & Santos, 2014; Moura, 2019), a exemplo da dificuldade em se autodeclarar indígena frente a funcionários IBGE, ou das perseguições de natureza política que atingem os seus territórios e ações de luta (Moura, 2019). Em algumas comunidades, plantações de cana cercam ou sobrepõem territórios sagrados, em outras, a existência de cidades vizinhas só se fez possível por uma diminuição progressiva dos territórios originários.

Na esfera da saúde, a atenção diferencial é outro direito negado. Mesmo durante a pandemia do COVID-19 inexistiu o atendimento a essas populações por uma equipe multidisciplinar ligada ao SASISUS. Sobre isso, algumas das reivindicações atuais da APIRN

passam pela implementação de atendimentos via SESAI e criação de DSEIS – dispositivos que ofertam serviços de atenção básica em saúde e devem ser construídos em constante diálogo junto às comunidades.

Como desdobramento dos impactos sociais, econômicos e culturais presentes, aprofundam-se situações de sofrimento e adoecimento, se salientando a necessidade de intervenções psicossociais direcionadas a essas populações (BRASIL, 2016).

3. Saúde (mental?) indígena

Para Grosfoguel (2016), o desenvolvimento de todos os campos da ciência ocidental só foi possível pela anulação de saberes divergentes, produzindo hierarquias e buscando exterminar conhecimentos outros enquanto produções de verdade, dentre eles as epistemes dos indígenas das Américas. Alicerçado na ciência ocidental, o modelo biomédico positivista se propõe racional e totalizante ao mesmo tempo em que especializado e fragmentado, e sustenta a noção de sujeito como fundamento de toda ordem e conhecimento do mundo, separado do divino e do natural (Escobar, 2003).

A formação em saúde que parte desse universo se fundamenta pelo nível lógico-epistêmico e imputa um olhar que separa a realidade em categorias de observação, fragmentando o próprio humano alvo de cuidados. A saúde da mente diz de profissionais como psicólogos e psiquiatras, enquanto a saúde do corpo conta com outras áreas de atuação e formação, também altamente divididas entre si (CRP/SP, 2016).

Através desse modelo, com recorrência a relação entre serviços e população assistida se torna distante, a saúde afasta-se do território social e fica restrita às unidades básicas, hospitais e centros especializados. Desdobram-se daí lacunas de comunicação junto ao usuário, que anulam a complexidade do adoecer junto à dinâmica social e empurram às

margens a dimensão do sagrado, do subjetivo e do território no cuidado em saúde (BRASIL, 2010).

Os sistemas que dotam de sentido a saúde e a doença têm profunda influência da cultura circundante. Nisso estão tanto aspectos cosmológicos, ontológicos e epistêmicos quanto cotidianos, ligados ao trabalho, à educação, à organização societária produzida no meio social. A produção de cura, assim como as interpretações sobre os adoecimentos, permanece em diversos grupos do território social brasileiro, ultrapassando os limites da ciência ou da universidade (BRASIL, 2010).

Podemos nomear diferentes racionalidades médicas que chamam a categorizações do estar doente (Czeresnia, Maciel, & Oviedo, 2013) ligadas à religiosidade, pertencimento comunitário, étnico, ou mesmo a memórias internas às famílias. Em processos que são reproduzidos, subjetivados e validados pelos sujeitos que buscam tratamento, a partir de seu cotidiano e de seu círculo de apoio (Rabelo, 1994).

Desdobram-se, daí, conforme Czeresnia, Maciel e Oviedo (2013), os sentidos atribuídos à saúde e à doença. Ao mesmo tempo que relativos à experiência do sujeito em sua história singular, são também cunhados social, cultural e historicamente a partir das crenças, valores e hierarquias partilhadas pelo grupo em que a pessoa se insere. É um conceito que chama à relação única que o “doente” constrói em relação ao seu adoecimento, mas de forma profundamente associada ao coletivo, uma vez que este é presente na construção desse sujeito e no lidar com seu próprio adoecimento.

Respeitando as particularidades de cada povo ou comunidade, é possível pautar a forte presença de uma perspectiva paradigmática de conjunção entre os povos originários, que guarda integralidade entre o humano, o sagrado e a natureza. Os processos de cura que se sucedem amparados nesse referencial, as medicinas tradicionais, são mediadas por um interventor que se forma não pelo campo lógico-epistêmico (acadêmico), mas mediante

memórias de seus povos que dizem de campos outros, como o mito-simbólico ou o misterioso (CRP/SP, 2010).

Os mediadores desses cuidados – que são curadores, pajés, xamãs, curandeiros – constroem uma formação ligada aos conhecimentos partilhados por seu povo, tradicionais, ritualísticos e não raro fitoterápicos, trazendo o manejo de raízes, ervas, folhas e sementes nas práticas de produção de cura (CRP/SP, 2010). Essas informações não circulam sempre de forma livre, por vezes são prescritas unicamente por esses mediadores, que exercem papéis específicos na comunidade, e eventualmente não podem ser reveladas à população branca (Mota, 2007).

O atendimento em saúde via SUS que se direciona a indígenas têm o desafio de ser intercultural, isto é, pautado por interações entre culturas que se dão de forma horizontal e sinérgica. Suscitando uma relação de coexistência dos paradigmas, cosmologias e universos presentes entre os povos originários em face aos da cultura branca, ocidental e cristã (CRP/SP, 2010). Entretanto, mesmo entre os serviços que se direcionam a comunidades/aldeias, por vezes a comunicação entre os profissionais da saúde ocidental e os médicos tradicionais não é observada enquanto balizadora, gerando cuidados de saúde paralelos, que não andam juntos (BRASIL, 2010; Andrade & Sousa, 2016).

3.1. O *bem viver* enquanto parâmetro de saúde mental

A Organização Mundial da Saúde define que, em uma perspectiva intercultural, “é quase impossível definir saúde mental de uma forma completa.” (2001, p. 29). Ela ganha, diante das distintas aproximações socioculturais, diversas definições que se amparam em bem-estar subjetivo, autonomia, dependência intergeracional, dentre outros constructos.

Embora não chegue a um consenso pleno, a OMS (2001) defende que é possível postular, como entendimento balizador, que saúde mental ultrapassa a noção de ausência de

doença e é parte integrante na vida dos sujeitos, dizendo das possibilidades das pessoas de viverem no convívio comunitário, vivenciarem “bem estar”, realizarem seu cotidiano e lidarem com os tensionamentos dele advindos.

Fanon (2008) defende que só pela elaboração de um lugar epistemológico que rompa com os saberes etnocentrados é possível intervir sobre as condições materiais que atravessam a saúde mental e a subjetividade das diversas populações (Kawahala & Soler, 2010). Ao buscarmos novos lugares epistemológicos, somos implicados a encarar a necessidade de conceitos correlatos que tornem possível uma atenção psicossocial aos povos originários que não se veja descolada desses usuários. Nessa direção, trazemos à interlocução um material do CRP/SP (2016), que propõe o *bem viver* como parâmetro para a promoção de uma “saúde mental” indígena:

A centralidade do bem viver indígena pressupõe, no cotidiano, uma vida comunitária em harmonia com a natureza, simplicidade, reciprocidade, valorização da sabedoria dos anciãos, a experiência cotidiana do sagrado e a celebração da vida. Quando as condições objetivas do modo de vida tradicional não estão garantidas, como é o caso da maioria dos indígenas brasileiros, rompe-se com a possibilidade do bem viver e prevalece o sofrimento: aparecem sintomas de depressão, ansiedade, uso prejudicial de álcool e outras substâncias, impulso ao suicídio. (CRP/SP, 2016, p. 244).

A autora reforça, por meio disso, uma psicologia que, ao compromissar-se com a emancipação dos sujeitos, busca a desnaturalização do sofrimento psíquico. Um ponto de partida que favorece a criação de linhas de cuidado junto aos que sofrem. Reconhecendo a interdependência entre as condições objetivas da vida – que constroem as circunstâncias históricas, sociais e culturais cotidianas das pessoas e dos povos – e a subjetividade. De forma que se possa compreender a gênese dos fenômenos sob os quais buscamos intervir.

O *bem viver*, enquanto conceito traduzido para o português, expressa uma polissemia presente na América Latina, seja nos territórios que hoje formam países ou nas centenas de Povos Originários que habitaram e habitam o continente. No espanhol, relaciona-se ao *bien vivir* utilizado no Equador, também ao *vivir bien* na Bolívia (Breda, 2016), e em ambos os

contextos têm alicerce ao princípio *Sumak Kawsay* (em Kíchwa), ou *Suma Qamaña* (em Aymara), dos povos dos Andes (Siqueira & Santos, 2018). Enquanto expressão dessa polissemia, ganha reverberação em diversos povos que habitam o território brasileiro, que privilegiam – tal qual o Teko Porã entre os Guaraní-Mbyá – a coletividade e a vida comunitária na construção objetiva e subjetiva da vida (CIMI, 2015; 2016).

Nos últimos anos, o termo tem emergido em políticas de saúde mental direcionadas aos povos indígenas que se ligam ao SASISUS. Tem como horizonte, nesses materiais, uma atenção integral que se alinhe aos princípios dos usuários assistidos e não se encerre nas paredes dos postos de saúde ou hospitais (BRASIL, 2016; 2018; 2019). É a partir deste uso do termo em materiais de língua portuguesa, nos quais se pode também citar Acosta (2016), que no presente trabalho optamos pelo termo *bem viver*.

Conforme aponta Grzybowski (2012), o *bem viver* é um pilar de existência que chama ao reconhecimento de si como parte de uma comunidade ampla, em que os sujeitos humanos se relacionam não só entre eles, mas também com os elementos da natureza, de forma interdependente. O autor coloca que a “condição do *bem viver* é saber relacionar-se, é sentir-se parte de tudo e de todos, é usufruir a vida que decorre das relações de troca e dependência com o entorno” (2012, s.p.), e do entorno participam também a chuva, os ventos, o sol, a fauna e a flora. Trata-se de uma proposição de sociabilidade que se centra nas relações entre os seres e destes com seu espaço de vida (Siqueira, 2020).

Para que se tenha um *bem viver*, *Tekó*, é preciso ter um lugar de ser, *Tekoá* e, portanto, não há modo de ser sem território, mata, floresta (Takuá, 2018). A relação entre os seres se pauta não no binarismo, mas na complementaridade, relacionalidade, correspondência e reciprocidade (Acosta, 2016). Os entes, diferentes entre si, fazem parte de um mesmo todo e nenhum deles abdica da relação com o outro (Lacerda & Feitosa, 2015).

Um dos primeiros registros escritos sobre o tema consta na *Primer Nueva Crónica y Buen Gobierno*, elaborada em 1611 por Felipe Guamán Poma de Ayala. Ele, indígena Aymara que exercia o papel de ladino, um servidor “subalterno” do colonialismo espanhol, elaborou seu escrito com o fim de denunciar as atrocidades imputadas pelo governo conquistador à antiga civilização Incaica. Na crônica, reivindica que a administração do território ocorra pelos próprios indígenas – amparados de seus valores e costumes – como meio de se estabelecer um *Buen Gobierno* e um *Bién Vivir* (Lacerda & Feitosa, 2015).

Guamán Poma acessou e compilou narrativas orais em mais de 10 línguas de pessoas pertencentes aos povos andinos, principalmente os mais velhos, e testemunhas da realidade colonial da época. Dessa forma, provocou mudança na própria crônica enquanto gênero textual, uma vez que utilizou princípios coletivos e da linguagem oral na elaboração do escrito. Ao mesmo tempo que trouxe tradições, saberes e modos de ser indígenas, incorporou também categorias e cosmovisões cristãs/ocidentais, elaborando um patrimônio físico transcultural que evidencia o contexto de sua elaboração: um livro que teve por intuito dialogar e reivindicar, por um olhar do colonizado, junto a aqueles que colonizam (Lessa, 2009). Diante disso, Lacerda e Feitosa (2015) defendem que o autor desenvolve o que Mignolo (2007) nomeia *desobediência epistêmica*: um resgate e valorização de conhecimentos de uma ordem social conquistada, os utilizando para pensar futuros, horizontes na elaboração de mundos distintos da ordem imposta pelo colonialismo.

Felicidade, qualidade de vida, gestão ambiental e/ou econômica, modelos societários, esses têm sido alguns dos campos de discussão do termo na atualidade (Alcântara & Sampaio, 2017). O caráter polissêmico do *bem viver* aparece também em seu uso, é possível ler sobre ele enquanto princípio ético-político em discussões acadêmicas, principalmente de viés ambientalista ou socialista, mas também ouvir dele falar em escritos, produções artísticas e

culturais e manifestações ligadas à existência prática das comunidades indígenas e a seus movimentos organizados.

Aponta Acosta (2016) que o conceito pode ser entendido como alternativa de vida anticapitalista forjada nas experiências populares da América Latina, uma forma de fazer frente à ideia de desenvolvimento tão perseguida pelos países de “terceiro mundo”. Ideias que, por isso, não devem se restringir a realidades indígenas ou campesinas, mas que tem potência para pautar também o futuro de grandes cidades e países inteiros, podendo redimensionar o estado, as relações econômicas, as relações entre as pessoas, instituições e a natureza. Exemplos desse movimento aparecem no estado plurinacional visado no Equador, no Peru e na Bolívia. Nesta última, se somam avanços na construção de uma plurinacionalidade, tal como a inclusão da bandeira Wiphala entre os símbolos nacionais e a incorporação do *bem viver* como ferramenta teórica e prática norteadora de políticas públicas e sociais.

Ao discutir nações, o *bem viver* questiona a lógica do crescimento econômico que visa o permanente e desigual acúmulo de capital em contraposição às necessidades de vida dos seres humanos e não humanos. Questiona a lógica de mercado, que funciona como se fosse possível manter um crescimento econômico exponencial, e a redução da natureza a um recurso a ser explorado. E contrapõe, também, o individualismo, a competição e a lógica dos sujeitos individuais que se bastam, pois aponta “um conceito de comunidade em que ninguém pode ganhar se o vizinho não ganha” (Santos, 2018, p. 537).

Por seu caráter polissêmico, o *bem viver* também se liga à existência prática das comunidades indígenas e a seus movimentos organizados (Lacerda & Feitosa, 2015). Vertente que Hidalgo-Capitán e Cubillo-Guevara (2012) nomeiam *indigenista e pachamamista*, uma vez que carrega relação com a autodeterminação indígena na vida diária e com elementos espirituais, como a *Pachamama*.

Amparados pelo *bem viver* enquanto vivência comunitária, Alcântara e Sampaio (2017) tratam dele por meio da fala de indígenas de 7 diferentes povos, cujos territórios se situam em Pernambuco, Amazonas e Mato Grosso do Sul. Em todos esses contextos, o conceito subjetivo do *bem viver* demonstra presença, adentrando diferentes expressões que se amparam nas cosmovisões de cada grupo. A convivência harmoniosa com a natureza e entre a comunidade; o respeito aos anciãos; o resgate da educação; da espiritualidade; da solidariedade; das tradições e saberes são, segundo os autores, questões que perpassam todos os grupos. Entre os povos que vivem em Pernambuco (NE), em especial pelos Xukuru do Ororubá, é significativo dizer que a partilha do trabalho e a luta coletiva por direitos aparecem enquanto pressupostos práticos para *bem viver* (Alcântara e Sampaio, 2017). Indo de encontro a materiais que trazem a importante contribuição das lutas políticas organizadas para o fortalecimento étnico, identitário, e melhora das condições de vida desses grupos (Guerra, 2007).

O *bem viver* suscita uma qualidade de vida que relaciona o bem estar comunitário ao bem estar do território, o campo individual ao campo coletivo, como dito no documentário “Bem viver – um novo caminho” (CIMI, 2016). Na documentário, aparecem nas falas de lideranças indígenas vários dos elementos já levantados no parágrafo anterior enquanto promotores de sentido, prazer e realização. *Estar bem* tem a ver com o *bem estar* de suas crianças e seus velhos, que têm que estar com saúde e bem alimentados, como aparece na fala de Maurício Gonçalves (liderança Guarani Mbyá). Tem a ver com a *mãe terra* preservada, e com os territórios livres de ameaças, como levanta o cacique Marcos Xukuru (Xukuru do Ororubá). E a felicidade, conforme a liderança Zenilda de Araújo (Xukuru do Ororubá), se encontra não no pensar somente em si, mas no coletivo próximo e extenso.

Na tentativa de tecer costuras pertinentes ao estudo, entendemos que uma “saúde mental” indígena se torna possível por meio da aproximação e fortalecimento dos projetos de

bem viver que se produzem entre as pessoas e comunidades indígenas. Não no sentido de uma homogeneização das experiências a um preceito fixo e limitador, mas no utilizar deste norte para evocar uma construção conjunta entre profissionais, saberes tradicionais e o contexto prático de cada comunidade em direção a apreender formas que o *bem viver* ganha naquele contexto, uma vez que – ao entendermos que saúde mental está para além de psicopatologia ou adoecimento psíquico – se trata de uma dimensão contínua da vida dos sujeitos.

3.2. Itinerários Terapêuticos na produção de saúde

Os *itinerários terapêuticos* têm sido utilizados há décadas como elemento teórico-metodológico em pesquisas que tratam de processos concretos de adoecimento. Alves (2016), destaca que seu uso passa por alguns momentos significativos de produção científica. Em um primeiro momento, os trabalhos se centraram na conduta de indivíduos ou grupos diante do contato com os serviços de saúde institucional, se debruçando sobre o *illness behavior* com fins de identificar, principalmente, a adesão aos tratamentos biomédicos. A partir de 1980, todavia, surgem novas roupagens por meio de estudos que destacam a existência de diversas concepções médicas sobre tratamento, saúde e doença, e por meio disso os pesquisadores passam a se preocupar em caracterizar os dispositivos de diversas ordens que são acessados em busca de saúde. Em um terceiro momento, por meio de autores como Horowitz (1977), ganham atenção as redes sociais em que os sujeitos se inserem visando cuidado, formadas por relações de parentesco, vizinhança, amizade, bem como de instituições, movimentos ou grupos que defendem interesses comuns. Por fim, autores como Last (1981) pontuam que as relações entre as terapêuticas acessadas por um mesmo indivíduo, ou coletividade, não são necessariamente concebidas como coerentes, podendo advir de esferas contraditórias.

Esses momentos não necessariamente se circunscrevem à época de surgimento de cada um, mas se desdobram em 4 pressupostos enraizados em grande parte dos estudos de *itinerários terapêuticos* até a atualidade (Alves, 2016). Existe, então, a possibilidade de abarcar uma ou mais de uma dessas lógicas de forma declarada ou não declarada, e inscreve-se a importância de refletir sobre a direção e o fim que tal investigação toma como alicerce.

Nesse processo, a defesa ético-epistemológica de Pinheiro, Gerhardt, Ruiz & Junior (2016) nos é significativa. Para as autoras, os *itinerários terapêuticos* tanto guardam potencialidade quanto devem atuar em direção a visibilizar as práticas, saberes e demandas existentes no cotidiano concreto da população que mobiliza formas de cuidado. Ferramentas que reafirmam princípios e diretrizes do SUS, em especial a integralidade do cuidado, na qual a centralidade no usuário – em sua singularidade, complexidade e inserção sociocultural – é imperativa para a promoção e prevenção em saúde. Somente conhecendo esse usuário é que se torna possível combinar referenciais analíticos e produzir teoria de forma a incorporar, na produção de ciência e aos dispositivos institucionais de saúde, os conhecimentos produzidos no seio social.

Por tratarem do cotidiano das pessoas, os *itinerários terapêuticos* demonstram tensionamentos que advêm da experiência do usuário – e de todos aqueles que constituem sua rede de apoio, como família ou comunidade – no contato com lógicas que produzem discursos, práticas e resoluções diversas para manter ou recuperar saúde (Gerhardt et al., 2016). Ao ilustrarem o fazer cotidiana de acesso a dispositivos, incorporam escolhas e alternativas não excludentes, revelando processos em que o individual e o coletivo se articulam em práticas que podem mobilizar recursos materiais e imateriais (Gerhardt, 2006). Nesses percursos ocorrem relações assimétricas, uma vez que as lógicas de cuidado possuem

lugar histórico, social e cultural, possuem corpos que as aplicam e discursos que as validam ou negam (Ferreira, 2018).

Como pertinentemente apontam Fernandes & Santos (2019), as escolhas realizadas pela pessoa que mobiliza cuidados de saúde expressam não um acaso, mas os recursos sociais a ela disponíveis, suas concepções de mundo, seus grupos de pertencimento. Longe de serem reduzidas à esfera individual, essas escolhas se relacionam diretamente com sua realidade sociocultural, a atuação do estado em seu território, as determinações materiais e sociais em seu cotidiano. Desse modo, os *itinerários terapêuticos* expressam uma variedade de saberes que, ao existirem na realidade material e sociocultural dessa pessoa, a permitem construir valores e compreensões sobre seu processo de saúde, doença e cuidado.

Uma pessoa indígena, atravessada pelas noções socialmente construídas de raça e etnia, pelas colonialidades que se produzem e reproduzem historicamente, não pode ter seu processo de escolha encarado de forma acrítica e descolada do mundo, tampouco suas diferenças e inventividades devem ser homogeneizadas.

A partir da costura aqui feita, entendemos que a categoria analítica dos itinerários terapêuticos representa todos os caminhos que se realizam no âmbito individual e grupal direcionados a preservar ou recuperar saúde. Movimento que abrange desde recursos de cuidado elaborados dentro da comunidade – por meio de rituais religiosos, acesso a curador, elaboração de remédios caseiros – até o acesso aos dispositivos biomédicos da atenção primária, secundária ou terciária (Cabral et al., 2011). Destarte, os trabalhamos associados a todos os caminhos trilhados pelas pessoas na busca por recuperar ou manter o *bem viver* em seus cotidianos, com a intensão de debruçarmo-nos sob as experiências e adoecimentos

relacionados à saúde mental que atravessam a comunidade. Movimento empregado por meio dos recursos metodológicos propostos no tópico que se segue.

4. Caminhos da pesquisa

Em meados de julho de 2021, como descrito na introdução, o primeiro contato efetivo com lideranças do povo Mendonça se dá de forma remota. Não por acaso, incidia no Brasil uma pandemia que resultaria na necessidade de isolamento social, e até lockdown em algumas regiões. O povo Mendonça, por meio de suas organizações coletivas, havia fechado as portas para visitas presenciais em suas comunidades, no intento de buscar autonomamente segurança quando o Estado brasileiro não a fornecia. A interpelação dessa adversidade perseverou até o fim do estudo, havendo uma série de interrupções em seu andamento ocasionadas pelo aumento no número de contágios da COVID-19, gripe H3N2 e a agenda dos participantes dentre as suas atribuições de vida.

Por meio do contato remoto foram realizadas duas entrevistas preliminares com lideranças comunitárias, como já descrito na introdução do trabalho, que nortearam a elaboração do problema de pesquisa e seus objetivos. A autorização para início da pesquisa encontra-se na Carta de Anuência (Apêndice D), assinada por liderança da comunidade, e ratificada pelo assentimento coletivo em assembleia comunitária. A pesquisa também foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) – e consequentemente pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – por meio do parecer nº 5.286.237.

As idas presenciais ao território se iniciaram somente em novembro de 2021 e continuaram até agosto de 2022. Cerca de 10 visitas foram realizadas, com duração de dois dias a uma semana, e acarretaram em conversas livres junto a moradores e moradoras da

comunidade, visitas a localidades do território, participação em eventos comunitários, e na realização de entrevistas e questionários junto aos participantes da pesquisa. Com o início das visitas presenciais à comunidade, foram empregados cuidados com o intuito de minimizar os riscos referentes à propagação da COVID-19. Essa etapa só foi iniciada após a conclusão do ciclo vacinal em todos os envolvidos na pesquisa, respeitando medidas de prevenção da propagação do vírus, como a limpeza recorrente das mãos, o distanciamento físico de no mínimo um metro, o uso de máscaras e desinfecção de locais de uso comum (OMS, 2021).

Nas idas cotidianas ao território, a Associação Comunitária do Amarelão (ACA) designou uma jovem liderança indígena, Maria Raíssa, para acompanhar e viabilizar a pesquisa em todas as suas etapas, desde a seleção de participantes até a locomoção entre suas casas. A esse sujeito nomeamos *agente local*, uma pessoa que se torna fundamental para as mediações entre pesquisador e comunidade (Martins, Santos & Paiva 2010). Mediação que vai além da criação de contatos para efetivação de etapas da pesquisa, mas traz valores, objetivos e práticas daquela comunidade para dentro desse processo (Fernandes & Santos, 2019).

Esse papel também foi empenhado pela ACA de forma geral que influenciou, direcionou e reorganizou elementos desse processo. A seguir, são destrinchados alguns aspectos metodológicos que ajudam a compor esses caminhos da pesquisa.

4.1 Instrumentos e procedimentos

Inicialmente, na apresentação do projeto de pesquisa na Assembleia do Povo Mendonça do Amarelão, previa-se uma metodologia de estudo majoritariamente à distância, que procurava a articulação entre fotografia e fala, convocando que os participantes elaborassem discursos à partir de fotografias de sua autoria (Gomes & Dimenstein, 2014). O

coletivo da Assembleia sugeriu a adoção de uma metodologia presencial, na qual a conversa direta com os participantes pudesse estabelecer uma melhor forma de proceder com os instrumentos: por meio da fala, por meio da imagem ou pelo uso de outras ferramentas. Contatando a primeira possível participante, nos deparamos com a preferência pelo uso da fala, por meio de uma entrevista, então optamos por reorganizar as ferramentas da pesquisa de forma a melhor atender essa realidade.

O uso de entrevistas e de narrativas orais é fato comum nos estudos antropológicos, que tiveram incidência no Amarelão desde 2005. Nesses estudos, a oralidade é usada para tratar a história (Guerra, 2007); usada como parte de produções audiovisuais para o fortalecimento étnico (Oliveira, 2019); por meio de entrevistas para pensar educação escolar indígena (Pereira, 2019).

Não por acaso, enquanto a escrita – e mesmo a fotografia – é elemento relativamente recente no cotidiano de grande parte dos povos originários do Brasil, a relação entre a fala e a transmissão dos conhecimentos foi elemento crucial para a perpetuação de suas memórias coletivas, tradições e histórias vividas e criadas até a atualidade (Munduruku, 2018). Para Ailton Krenak (Penzani, 2019), a transmissão oral dos conhecimentos tem relação com a memória, com o acreditar na memória, e essas histórias que viram conhecimento “só podem ser contadas por quem as viveu” (s.p.), daí o acúmulo que os mais velhos do povo Krenak constroem, porque “já viveram o suficiente para contar o que sabem” (s.p.).

Com base na relação junto aos Mendonça adotamos, então, entrevistas semiestruturadas individuais (Apêndice E) enquanto parte crucial para a geração de informação na pesquisa. É o meio pelo qual buscaremos nos aproximar de uma compreensão dos itinerários terapêuticos e das vidas dos que narram e, dessa forma, de seus conhecimentos

contidos nos caminhos percorridos em busca de saúde. Foi dividida em 3 blocos, **Noções de bem viver, Itinerários Terapêuticos e Avaliação dos Serviços relacionados à Atenção Psicossocial.**

Esse modelo de entrevista permite a articulação entre perguntas abertas e fechadas, possibilitando um direcionamento à temática investigada (Minayo, 2002), ao mesmo tempo em que há espaço para aprofundar, escapar, ou redesenhar as questões tratadas. O instrumento se deu amparado em dois trabalhos principais, o de Edson Ferreira (2020), que elaborou entrevista com vistas a investigar itinerários terapêuticos em saúde mental presentes no Sertão Alagoano, e o de David Ferreira (2016) que se debruçou sobre os itinerários terapêuticos, no adoecimento e na cura, dos *Akwẽ* Xerente de Tocantínea (TO).

O questionário sociodemográfico (Apêndice F), outro instrumento a ser utilizado, é dividido em três blocos: **Questões socioeconômicas; Vida e habitação; Acesso a saúde.** Sobre esse instrumento podemos também citar a referência no trabalho de Ferreira (2016), bem como na construção de Dimenstein et al. (2020). Seus dados foram construídos de forma objetiva categorizados descritivamente, não no intento de produzir generalização sobre a comunidade estudada, mas de construir enunciados que apresentam e contextualizam a vida dos participantes.

As entrevistas e os questionários foram realizados no espaço em que circulam cotidianamente os participantes. Na maioria dos casos, em suas casas, por vezes em casas de vizinhos ou na escola indígena da comunidade, e não estavam restritas a um só encontro, variando de um a dois momentos por participante. Tal escolha metodológica se ampara por uma melhor condução dos trabalhos de interlocução juntos aos participantes, uma vez que

seria dada a atenção devida a questões relevantes suscitadas ao longo das conversas, de maneira a aprofundar o processo investigativo.

A presença da *agente local* possibilitou uma ponte que permitiu que nos apresentássemos aos participantes, com quem frequentemente nutria relações de amizade ou laços familiares. Também segurança a esses, uma garantia de que a Associação Comunitária estava ciente e acompanhando aquele processo de estudo. Foram ouvidas, em conversas livres, histórias de “pesquisadores” que chegaram ao território sozinhos, sem passar pela ACA, entraram diretamente nas casas, realizaram suas entrevistas e depois foram embora sem maiores satisfações. Tê-la ali era também uma segurança de como aquela informação seria utilizada e de que aquela pesquisa traria algum retorno à comunidade.

Ora sentávamos nas varandas das casas, todos juntos, ouvindo o barulho de crianças e familiares que também conversavam por ali, ora sentávamos na mesa da cozinha, ou no sofá da casa, em uma conversa mais privativa. Nesse processo, entendemos que existe uma familiarização mútua com a dinâmica do diálogo, as expressões que cada ente utiliza, a direção da conversa.

Nesse contato aprendemos algumas palavras comuns na comunidade, como “terreiro” para se referir ao quintal de casa, “variosa” como referência a varíola. Nos adaptamos a um contexto em que estadia e alimentação não poderiam ser facilmente encontradas para consumo, tal qual a lógica do espaço urbano, mas dependiam da hospitalidade dos que nos recebessem em suas próprias casas.

O cotidiano também colocou contra a parede a lógica dos compromissos marcados e intensamente planejados. Na maioria das vezes, as conversas que ocorreram de forma fluida e sem data e hora marcada renderam melhores frutos, no sentido de melhores momentos de

troca e de produção de cuidado. A *agente local*, que me guiou nas visitas aos participantes, expressou em determinados momentos que não era necessário marcar um horário fixo com antecedência junto a eles, somente entender seus horários de vida e deslocamento. Entender os turnos em que as pessoas exercem seus trabalhos assalariados, vão a feiras em João Câmara ou trabalham na castanha. Esse choque de percepções talvez demonstre uma lógica diferente da reproduzida nas próprias políticas de saúde e nos serviços particulares, que têm data e hora pra acontecer, respondem aos turnos de trabalho dos profissionais que lá estão, atendem os usuários depois de uma triagem e classificação de prioridades ou os organizam em ordem de chegada.

Ao falar da linguagem, Viveiros de Castro (2018) aponta que sempre haverá desencontros ou distorções quando se trata de um diálogo *intercultural*, já que diz de uma relação *entre* culturas e, por isso, externa tanto à cultura de origem quanto cultura de chegada. Essa carga pode se dar por meio da linguagem falada – que no contexto dessa pesquisa é o português enquanto língua materna de todos os envolvidos – mas também pela carga cultural e coletiva que molda esses sujeitos distintos que dialogam.

O instrumento da entrevista, da forma como está organizada aqui, suscita uma fala em primeira pessoa, na elaboração de suas próprias memórias de vida. Saéz (2007) argumenta que, embora o lugar de enunciador reflexivo embrenhe-se, na cultura ocidental e moderna, em uma lógica individualista e individualizante, legitimar e ouvir falas de indígenas que narram suas próprias histórias significa uma abertura a outras lógicas impressas nesse fazer. Ele diz, “se o indivíduo e sua história são, como objetos, estranhos ao pensamento indígena, essa é uma razão a mais para querer saber de que está falando um narrador indígena quando fala de si mesmo” (p. 15). E é nesse sentido que nos abrimos à indisciplina na aplicação de todos os instrumentos aqui listados. No intuito de, como defendido pelo filósofo Bolívar Echeverría,

“caminhar deixando um pouco do que é seu no mundo e pegando um pouco do mundo pra si” (Gonçalves, 2019, p.52).

Em acréscimo, utilizamos o registro de diários de campo enquanto instrumento que incide sobre o próprio andamento da pesquisa qualitativa e exploratória, que demanda uso sistemático desde a primeira ida à campo até as últimas etapas da investigação (Neto, 2001). Por meio deles foram feitos registros ao final de cada visita ao Amarelão, de forma a abranger impressões da pesquisadora, elementos sobre o território, as conversas livres que tenham ocorrido e mesmo a experiência da aplicação dos outros instrumentos de pesquisa. Ocorre enquanto ferramenta que permite acessar múltiplas dimensões do objeto de estudo e gerar reflexões sobre a própria prática da pesquisa durante seu andamento (Araújo et al., 2013).

As conversas livres, que exprimem um diálogo fora da estrutura dos instrumentos da pesquisa, são lidas à luz do *conversar alterativo* (Ocaña & López, 2019). Uma conversa que, pela espontaneidade e fluidez, forma um coletivo de aprendizagem emergente, uma “*configuración holística de discursos diversos*” (s. p.). Não direcionada a extrair informação, mas a produzi-la ao passo que se mescla com a vida. Uma conversa, entretanto, em que ambos os autores assumem que conversam, seja para produzir intencionalmente conhecimento, seja pra exercer convívio comunal.

Um “conversar para viver” (s.p.). Que, diante disso, não se limita a estruturas rígidas, em que a dinâmica da conversa é dada pela indagação de um direcionada ao outro, mas “*acompaña, escucha, da soporte y soporta, ríe, pone el hombro, abraza, guarda silencio, habla, transmite o comunica y si es necesario, no dice nada*” (Figari, s. d., p.10).

4.2. Participantes

A seleção dos participantes do estudo se inicia com a *agente local*, e é por meio dela que os demais que nos aproximamos dos participantes envolvidos na pesquisa. Esse processo alicerçou-se na divulgação nos espaços presenciais de circulação da comunidade; divulgação em espaços não presenciais, tais como aplicativos de comunicação; e por meio das relações comunitárias e de parentesco das interlocuções construídas durante o processo da pesquisa.

Enquanto ferramenta não presencial, foi elaborado material para a divulgação via aplicativos de comunicação contendo uma breve explanação do estudo e de suas contribuições para a comunidade – conforme mostrado no Apêndice B – enviado pela interlocutora da ACA a grupos e contatos pertinentes. Nos momentos de maior abertura quanto à circulação na aldeia, em função do alívio no número de contaminados e flexibilização das medidas sanitárias de prevenção ao contágio pelo vírus SARS-CoV-2, foi possível a divulgação em assembleias comunitárias e outros espaços de circulação, como a ESF-11 e a Escola Estadual Indígena do território. A divulgação não só permitiu que as e os moradores procurassem a ACA para informar interesse próprio em participar da pesquisa, mas para que indicassem possíveis participantes com base em suas relações de parentesco e vizinhança.

Incluímos na pesquisa moradores da comunidade do Amarelão (RN), homens e mulheres, com idade maior que 18 anos, reconhecidos – pela comunidade ou pelos agentes de saúde do território – enquanto pessoas que passam ou passaram por situações que afetam sua saúde mental, partindo da concepção ampliada aqui adotada. Excluímos participantes que possuíam adoecimentos que incidissem em sua autonomia de forma a comprometer a participação na pesquisa, bem como portadores de transtornos ou queixas relativas a uso abusivo de álcool e outras drogas, em função das especificidades demandadas a esses casos.

Sobre isso, temos em vista as especificidades e acúmulos nas produções sobre o tema, como foi especificado na introdução desse trabalho.

Foram acessados 7 participantes que responderam à entrevista e ao questionário com a finalidade do diálogo sobre seus itinerários terapêuticos. São Ana, Francisca, Nêga, Paula, João, Thales e Maria. Os nomes pelos quais chamamos cada um são fictícios e escolhidos pelos próprios. Com intenção de, por um lado reforçar o anonimato deles dentro e fora da comunidade, por outro, propiciar a nomeação de si enquanto espaço de expressão de si e, dessa forma, propiciar que eles influam na escrita do trabalho em mais essa frente. Aplicamos, com todos estes participantes, o Registro de Consentimento Livre Esclarecido (RCLE) coletando suas assinaturas ou autorização por áudio para a participação voluntária na pesquisa.

Fora desses critérios específicos, foram também realizadas conversas livres com anciãs e adultos da comunidade, membros da ACA, benzedeiras, profissionais do posto de saúde, que, ao serem informados da pesquisa, autorizaram que as informações de interlocução se somassem à construção de conhecimento aqui presente.

4.3. O processo de construção de dados

O estudo aqui proposto possui viés qualitativo e exploratório. A pesquisa qualitativa se caracteriza por um amplo campo de ideias, assumindo múltiplas tradições que norteiam os processos de produção de conhecimento. Diz de uma partilha aprofundada junto aos sujeitos, materiais, locais, que atravessam a pesquisa, em busca da apreensão de significados explícitos ou latentes que guardem relação aos objetivos do estudo (Chizzotti, 2003).

Atentar à relação entre pesquisador e interlocutor da pesquisa se torna aspecto fundamental no pensar dessa construção de conhecimento. Conforme Haraway (2009), a

perspectiva de um olhar realmente neutro e imparcial, coloca o cientista no lugar de “Olho de Deus”, que apropria e delimita toda diferença naquele processo. Esse percurso supostamente objetivo chama a distorções, uma vez que existe sempre um (o pesquisador) ou um conjunto de corpos envolvidos na pesquisa.

Dessa maneira, a produção de conhecimento se dá de forma sempre situada. Sempre diz, em alguma instância, dos olhares construídos ao longo da trajetória de vida e do lugar que ocupa o pesquisador (Haraway, 2009). Buscamos, então, atentar aos nossos próprios lugares face à construção da pesquisa, que elabora distanciamentos e aproximações aos relatos que podem vir a aparecer por meio dos interlocutores.

Segundo Grosfoguel (2016), as epistemes do conhecimento que são cânones das universidades ocidentais – que possuem a lógica do “Olho de Deus”, por exemplo – são possíveis por processos de anulação de conhecimentos não-eurocêntricos que, para ele, são quatro grandes genocídios/epistemicídios: contra os muçulmanos e judeus; contra os indígenas do continente americano, e posteriormente contra os aborígenes na Ásia; contra africanos que foram escravizados nas Américas; e contra as mulheres que, ao transmitirem pela Europa conhecimentos indo-europeus, foram queimadas como bruxas. O genocídio que incide às epistes, isto é, aos conhecimentos e formas de enxergar o mundo, Boaventura de Souza Santos (2010), denomina epistemicídio. E é nesse sentido que Grosfoguel argumenta que o “extermino, logo existo” (2016, p. 25) foi imperativo para o desenvolvimento dessa ciência.

Ao realizar pesquisa junto a povos indígenas, cabe entender uma série de atravessamentos que esse genocídio/epistemicídio produz no fazer científico, perpetrando nas formas de coletar dados, representar sujeitos e construir conhecimentos.

Nesse sentido, resgatamos Linda Smith (2018) – indígena da Nova Zelândia e professora de educação indígena – que entende a pesquisa junto aos povos originários enquanto espaço que revela “a luta entre os interesses e modos de conhecimento do ocidente e interesses e modos de resistência do Outro” (p. 12) indígena. Segundo a autora, o embate se imprime na forma como cientistas, por vezes, supõem conhecer a totalidade da vida de um povo em função de seus estudos. Por meio de uma relação de extração na pesquisa, na qual o cientista toma posse dos conhecimentos ou criações desses povos sem retorno ou reconhecimento, individual ou coletivo, aos que desenvolveram tais ideias. Ou por práticas científicas que, ao mesmo tempo em que se alicerçam no estudo de povos originários, negam legitimidade às suas reivindicações coletivas.

Nos interessam alguns dos apontamentos éticos que Smith (2018) levanta sobre esse tema, que partem do entendimento de que a ética em pesquisa se estende para além dos protocolos documentais. Amparados nisso, reconhecemos que a ética não trata somente das relações individuais com aqueles que são participantes da pesquisa, mas da esfera coletiva manifesta no contato com o povo estudado. A autora cita alguns princípios Kaupapa Māori, enquanto princípios éticos norteadores que – guardadas as diferenças culturais, históricas e territoriais – nos levam a atentar à dimensão do respeito pelo povo estudado durante a pesquisa, pelas suas pautas particulares de autodeterminação e sobrevivência. Em soma, propõe incorporar o cuidado enquanto dimensão da relação com os participantes e com o povo estudado, enquanto um processo contínuo de pensar nas afetações produzidas pela pesquisa.

Um outro apontamento citado pela autora traz “*kaua e mahaki* (não ostente seu conhecimento)” (Smith, 2018, p. 142). Esse princípio nos provoca relação à necessidade de construir relações de horizontalidade junto aos interlocutores da pesquisa, os compreendendo

não como objetos de investigação do pesquisador, detentor de um saber, mas sujeitos na construção de pensamentos e conhecimentos próprios (Lages, 2013). Em direção a vozes cuja legitimidade e/ou visibilidade foi negada pelo colonialismo, e desta forma objetivando uma ruptura epistemológica aos conhecimentos que norteiam a *modernidade* e o iluminismo (Ballestrin, 2013; Miglievich-Ribeiro, 2014; Farina, 2016).

Entendemos os conteúdos produzidos nas entrevistas, nos diários de campo enquanto narrativas que funcionam como relatos, mas também como *modus operandi* de construção de sentido para aquele que narra (Botía, 2002). As narrativas produzidas serão analisadas enquanto dispositivos que compõem um conjunto transmissivo de sentidos que atravessam a cultura, a história e o espaço-tempo, enunciadas de forma individual ou coletiva, e que colocam o narrador enquanto autor e intérprete de si (Castro & Mayorga, 2019) em medida que fala da sua vida.

Reconhecemos a diferença colonial enquanto central na produção de um conhecimento, que, de acordo com Mignolo (2003) representa o espaço onde as histórias locais elaboram os projetos globais e os realocam, integram, adaptam ou ignoram. Nesse sentido, temos como horizonte da pesquisa uma epistemologia fronteiriça: que parte do habitar a fronteira que divide e une colonialidade e modernidade com consciência dessa condição.

Alguns princípios elencados por Mignolo nos auxiliam a caminhar frente às informações produzidas no estudo. O primeiro é a *desobediência epistêmica*, que se manifesta como desprendimento às opções postas na ciência pela lógica da modernidade. Nesse sentido, não temos imposição em adequar nossas falas a nenhuma teoria sacralizada no âmbito das ciências humanas ou da psicologia. Em conjunto, visamos reconhecer os paradigmas construídos no norte global como regionais, e não globais, assim como são entendidos os

paradigmas elaborados no sul global. Entendemos a categoria modernidade como divisora dos paradigmas da ciência e, por fim, visamos a direção oposta das cisões e dualismos que alicerçam a epistemologia moderna, em um percurso de uma reconexão entre natureza e cultura, mente e corpo, ocidente e resto (Mignolo, 2017).

Gonçalves (2019) defende, enquanto parte necessária do fazer do psicólogo, a desarticulação dos saberes em caixinhas que a *colonialidade do saber* tanto se esforça em delimitar. “Ciente disso, uma psicologia crítica e emancipadora sabe cultivar a curiosidade pelas outras ciências, *artesanías* e técnicas de manejo do mundo” (p. 51). Tratar os frutos do processo de pesquisa dessa forma significa não descontinuar histórias que são continuadas, não esquartejar conhecimentos acessados por pertencerem a searas diferentes. Mas tratar de suas relações a partir daquele interlocutor, que é inteiro. A curiosidade também se debruça sobre o que já não é consolidado, sacralizado na ciência, e “acompanhar esse movimento, se reinventando” (p.52).

A pessoa, em sua relação com o mundo, se metamorfoseia. Cada passo que movimenta a si, tira junto o mundo do lugar. Nesse sentido, cabe falar em uma psicologia metamorfoseada, que se torna psicologia “operária, artesã, camponesa” (p. 52), indígena. Nessa costura, nos interessa uma ciência metamorfoseada que reconhece e ratifica as trocas de que se forma a pesquisa e, sabendo da rigidez que se torna norma na ciência, busca indisciplina (Gonçalves, 2019).

Todas as entrevistas realizadas foram transcritas e analisadas *a priori* para que delas se pudesse tirar sentidos e saberes advindos das experiências desses sujeitos. Posteriormente, organizamos conteúdos dessas interlocuções em uma tabela com temas articulados em torno dos objetivos da pesquisa. A saber: **Qual foi a experiência dela(e) junto ao(s) adoecimento(s)?; Os itinerários de saúde – para onde foram e o que fizeram essa(s)**

interlocutores?; O que pra eles é bem viver/saúde?. Destas categorias elaboramos mapas que inscrevem os dispositivos formais e informais acessados por cada participante em seu itinerário. Dos questionários, retiramos informações objetivas que compõe a caracterização de cada participante, organizamos esses dados de forma descritiva, em tabelas que expressam qualitativamente essas respostas.

4.4 A comunidade Mendonça do Amarelão

O *lócus* proposto na pesquisa é a comunidade indígena *Amarelão*, que fica no semiárido nordestino em uma região nomeada “mato grande”, na zona rural do município de João Câmara, no Rio Grande do Norte. Conta com 300 famílias, que somam aproximadamente 1100 pessoas (Martins et al., 2020; Silva & Santos, 2014).

O povo que nela reside faz parte do grupo familiar Mendonça, que está em outras 6 aldeias distribuídas nos municípios João Câmara (RN) e Jardim de Angicos (RN): Amarelão, Serrote de São Bento, Assentamento Santa Terezinha, Assentamento Marajó, Açucena e Cachoeira/Nova Descoberta (Costa & Silva, 2020). Existem também Mendonça na zona urbana da capital do estado, no chamado “Amarelão Novo” situado na Zona Norte, e em Extremoz, cidade da região metropolitana de Natal.

O Amarelão se situa no agreste nordestino, em um lugar que já foi popularmente nomeado “Matas”, tornou-se cidade de “Baixa-verde” em 1953 e posteriormente recebe o nome de “João Câmara” por escolha da Assembleia Legislativa estadual da época (Saraiva, s. d.). Há mais de um século e meio atrás, entretanto, registros históricos (Cascudo, 1991; Lima, 1990) e a memória oral dos Mendonça apontam migrações de indígenas potiguaras e tapuias do Brejo das Bananeiras (PB) até aquela região, assim como a existência de famílias indígenas Tapuia no local que com eles construíram relações de parentesco. Segundo a história oral na comunidade, a predominância nas migrações foi de Potiguaras (Silva, 2021).

O fluxo migratório persistiu até o início do século XX e instituiu um “lugar-refúgio”² dessas famílias indígenas frente a um período de acentuadas concessões e tomadas de terras em todo o Nordeste Brasileiro.

O trabalho de Jussara Guerra (2007), ao tratar detalhadamente sobre a identidade e memória dos Mendonça do Amarelão, junta memórias, principalmente dos anciões da comunidade, que evocam avós, pais, mães ou bisavôs “índios”, “caboclos brabos”, “tapuias” que fugiram na mata até aquela terra, e cujo sangue perdura neles mesmos, em seus filhos e netos.

Essas memórias constroem uma identidade não só individual, mas coletiva, da família extensa Mendonça. O nome “Mendonça” teria sido trazido da família de Francisco Mendonça vinda do Brejo Paraibano, que, assim como as outras famílias que migraram da região, pode ter tido origem tanto Potiguara³ quanto Tapuia⁴. Como aponta a dissertação de Tayse Campos

² Lugar-refúgio é o termo que Guerra (2007) utiliza para descrever um lugar que permite a um grupo reestruturar-se e reestabelecer-se após um movimento migratório, ou interpelações de outras ordens, sem que haja perda ao sentimento de pertença e sua memória coletiva.

³ Os potiguara, cabe dizer, aparecem nos relatos de cronistas e viajantes europeus em escritos que remontam 1500, muitos a serviço da colonização ou mercantilização em disputa entre estados como Portugal, Holanda, França. Nesses materiais, não há homogeneidade quanto ao nome atribuído a esses povos, em alguns deles aparece o *petiguara*, traduzido do tupi como “mascador de fumo”, em outros *potiguara*, traduzido por “comedor de camarão”, ambos remetendo a práticas comuns entre o grupo (Vieira, 2001). No Rio Grande do Norte, habitavam durante os primeiros séculos da colonização áreas do litoral, nas margens do rio Potengi (Caignac & Alveal, 2020). Hoje, existe terra indígena potiguara na Paraíba, Ceará, Rio Grande do Norte e Bahia, também em Pernambuco (Vieira, 2006).

Dos autores quinhentistas que discorreram sobre o povo potiguara, distintas posições na dinâmica colonial se imputavam. Foram Jesuítas, colonos, escravizadores de indígenas, prisioneiros de Tupinambás, cujos relatos partem de um olhar de alteridade embebido pela lógica do racismo, evolucionismo, e todas as nuances que compunham o olhar de brancos a esses povos autóctones. Nesses escritos, os indígenas eram enquadrados tanto na categoria de “gentios bravos”, cuja necessidade para o empreendimento colonial era “amansá-los”, como representaram entraves à exploração Portuguesa. Era ressaltada a honra guerreira desse povo, contexto no qual a antropofagia consistia em prática ritualística destacada aos olhos desses europeus (Vieira, 2006), que por vezes se tornou justificativa às ações de catequização, chacinas (Caignac & Alveal, 2020) e outras violências contra os potiguara. Sua língua tradicional pertence ao tronco linguístico Tupi-Guarani, embora na atualidade grande parte das aldeias utilizem o português, assim como a maioria dos povos indígenas no Nordeste brasileiro, a exceção, por exemplo, dos Fulni-ô em Pernambuco. A despeito disso, movimentos de retomada do Tupi antigo ocorrem em escolas indígenas potiguara, como percebe-se dentro do território do Amarelão e de outras comunidades pelo RN, como a aldeia Catu. A imposição da língua portuguesa é dado relatado em diversos momentos históricos do colonialismo no Brasil, assim como a perda de autonomia na prática da própria religião e o cerceamento dos territórios tradicionalmente ocupados, conforme informa a pesquisa de José Glebson Vieira (2001) com potiguaras da Paraíba.

da Silva, atual coordenadora da ACA, “Mendonça, como todas as famílias do meu povo se autoafirmam, é a junção desses dois povos que habitavam essas terras” (2021, p. 25). É por meio dessa construção de identidade – que permite a estas pessoas se afirmarem Mendonça até a atualidade – que uma diferenciação étnica é fundada e ganha continuidade.

O grupo não só se vê como é designado Mendonça pelos moradores não-indígenas que vivem nos arredores da comunidade, como uma forma de demarcação de diferença:

Na maioria das vezes, pelo menos na região onde moramos, as pessoas falam Mendonça de forma pejorativa, atribuindo a esse grupo adjetivos como brabo, ignorante (que não tem conhecimento), dizendo que falam rápido e tem um dialeto de difícil compreensão [...] entre outras características. (Silva, 2021, p. 25).

É nesse sentido que Maria Raíssa, *agente local* do trabalho, pontua que há jovens do Amarelão que sentem “vergonha” de se nomearem Mendonça face ao contexto discriminatório – e por que não racista – que permeia as relações do grupo com os não indígenas da região.

Desde a transformação da vila de Baixa Verde em cidade, o território ocupado pelas famílias Mendonça foi sendo gradualmente subtraído e cercado de fazendas particulares. A memória oral colhida por Guerra (2007) indica que eles habitavam uma extensão territorial bem maior que a atual até o início do século XX, abrangendo milhares de hectares “que

⁴ Os tapuia, por sua vez, falavam o tronco linguístico Tarairiú e hoje também adotam o português. Ao longo da história colonial, Cavignac e Alveal (2020) apontam sua disposição em regiões interioranas das capitânicas do Nordeste. Os sertões eram habitados por indígenas paiacu, canindé, tarairiú, pega, janduí, javó, jenipapo, cariri e icó que formavam duas nações, os tarairiú e os cariri. Tapuia, nesse sentido, é uma nomeação que se estende a diversos grupos indígenas falantes desse tronco linguístico. Evitavam o litoral pela dinâmica violenta estabelecida pelo colonialismo, tanto pela presença estrangeira nessa região, quanto pela inimizade com grupos indígenas como os Potiguara – com quem estabeleciam relação por vezes hostil, por vezes amigável – e os Tabajara, utilizados por colonizadores como mão-de-obra para alguns dos conflitos coloniais. Foram os Tapuia os indígenas categorizados rebeldes, hostis e inimigos através de eventos como a Guerra dos Bárbaros, ocorrida entre 1650 e 1720, um dos maiores conflitos atravessou a colonização no Nordeste, cuja violência recaiu particularmente sobre esses povos.

Viviam de forma seminômade, se deslocando em acordo com as estações do ano em direção a lugares com acesso a água, pesca e safra de frutos. Relatos de viajantes, em especial Holandeses, descrevem alguns elementos de seu modo de vida. Dentre eles o cultivo de roçados separados, as aldeias com muita gente, “bons guerreiros”, casamentos poligâmicos, a prática da antropofagia (Cavignac & Alveal, 2020).

alcançavam até o outro lado da BR-406 – que liga Natal a João Câmara” (p. 74). Grandes fragmentos do território coletivo foram sendo tomados por invasões, compras ou concessões do estado a estes proprietários, que passaram a ocupar grandes extensões de terra para o cultivo em larga escala de algodão, agave ou pecuária, e que por vezes contaram com a mão de obra Mendonça enquanto massa trabalhadora e superexplorada.

As histórias dos Mendonça sobre João Câmara, fundador da firma “João Câmara e Irmãos” em 1917 e razão pelo qual o nome da antiga Baixa Verde foi modificado, ilustra claramente as violências que resultaram na diminuição de seu território. O empresário passou a possuir, por meio de sua firma, inúmeras terras e empreendimentos da região, para os quais usava trabalho Mendonça. Os salários parcos faziam com que os Mendonça adquirissem dívidas nas lojas em que compravam materiais para seu sustento, também sob propriedade do empresário e, caso as dívidas se tornassem extensas, tinham suas terras tomadas por ele (Guerra, 2007).

Silva (2021) falando sobre as compreensões de território presente entre os Mendonça do Amarelão, percebe 3 sentidos: o *território de memória dos antepassados*, ligado aos “relatos da história dos ‘caboclo tapuia’ que moravam em furnas, dos Mendonça [...] dos relatos sobre não haver limites geográficos para construírem as casas” (p. 26); o *território físico historicamente ocupado pelos Mendonça*, aquele materialmente fundamental para a reprodução social do grupo e que sofreu a ação da história colonial; e o *território geográfico onde estão localizadas atualmente as comunidades*, que representa a “pequena parte que sobrou do território indígena historicamente ocupado” (p. 27); a partir disso, escancara conhecimentos da comunidade sobre suas terras, o que foi, o que é, e o que pode ser, de modo a direcionar as lutas organizadas do grupo e, mais do que isso, demonstra como o território ao mesmo tempo que é espaço geográfico do presente, é também identidade desta família.

Os Mendonça são também membros de suas famílias específicas, todas pertencentes ao tronco familiar Mendonça. As principais famílias Mendonça do Amarelão na atualidade, assim aponta Silva (2021), são Barbosa, Vitoriano, Felipe, Epifânio, Campos, Melo de Paiva, Soares, Batista, Cassiano, Nascimento e Nascimento Henrique. Não são famílias só de convivência na mesma casa, mas formadas por todos os familiares que compõe uma árvore genealógica mais próxima – entre netos, filhos, sobrinhos, avós, bisavós – que direcionam inclusive a organização espacial na comunidade a partir dos chamados setores familiares.

Nesse sentido, a comunidade se organiza em setores familiares que, de acordo com a história oral, existem desde sua criação. Partindo disso, não raro um Mendonça tem como vizinhos seus próprios pais, filhos, primos, avós, todos da mesma família à que ele pertence. Existem 15 setores familiares no Amarelão, comumente nomeados pelo nome ou apelido de anciões de cada família, homens ou mulheres, como: o Setor dos Jocas; Tingas; Genésios; Góis; Alto dos Eleodórios; Calangas; Bianos; Caetanos e Margarida. Existe também o Setor Centro, que reúne representantes de todos os outros setores, e setores cujos nomes se ligam a localidades do Amarelão, como é o caso dos Setores Associação, Igreja, Gameleira e Linha (Saberes Indígenas na Escola, 2017; Silva, 2021). Lugares que mais tarde especificaremos ao tratar das visitas à comunidade para a pesquisa.

A relação entre as famílias Mendonça, longe de se aproximar de uma harmonia idealizada ou infalível, revela uma forte união e coletividade que não apaga, todavia, a existência de conflitos ou desentendimentos. A história da “briga do rabo de porco”, contada na comunidade, demonstra um pouco destas relações. A história diz de uma briga generalizada que teria acontecido na comunidade há pouco mais de 50 anos, quando no Alto do Eleodórios:

(...) os Mendonça decidiram romper aleluia assando um porco na brasa para que todos dele se servissem (...) até que um imprevisto aconteceu: um desentendimento

começou por causa de um irmão ciumento que ordenou à sua irmã, que estava acompanhada do namorado, para que entrasse em casa, caso contrário ele cortaria suas orelhas. O namorado aborreceu-se com o que ouvira e resolveu defender a namorada enfrentando o irmão dela, dando início a uma tremenda briga. E aí começou toda a confusão, pois como os Mendonça são muito unidos, cada um que estava na festa resolveu defender o parente, o que deu origem a um verdadeiro campo de batalha (Saberes Indígenas na Escola, 2017, p. 23).

Paradoxalmente, a história fala de uma grande briga para figurar a união entre os Mendonça, que se unem aos parentes sem hesitação.

Cada setor familiar guarda também especificidades cotidianas, em alguns os casamentos são preferencialmente entre parentes do mesmo setor, outros realizam atividades produtivas específicas, tal como o corte de lenha (Saberes Indígenas na Escola, 2017).

Existem algumas versões que explicam a origem do nome “Amarelão”, que foi a comunidade mais antiga ocupada pelos Mendonça na região de Baixa Verde junto a Serrote de São Bento. A que encontramos difundida nas produções com participação de professores e lideranças da comunidade, como no caso dos Saberes Indígenas na Escola (2017), Silva & Santos (2014) relacionam o nome a um antigo ritual praticado pelos Mendonça, na qual os antepassados buscavam alcançar ou acordar o sol ao início da manhã. Eles “subiam uma serra de madrugada e esperavam o Sol aparecer, então desciam a serra cantando e tocando as maracas (...) e se referenciavam ao Sol como “o Amarelão” (p. 3).

Discorrendo sobre os elementos geográficos do Amarelão atualmente, a comunidade se encontra cercada por duas outras comunidades Mendonça já citadas, Serrote de São Bento e Assentamento Santa Terezinha, formando espaços contínuos de convivência e circulação de pessoas face as similaridades entre as comunidades. Possui vegetação de caatinga, com plantas como a jurema, cactos e bromélias. Dos animais que circulam, são aves de inúmeros tipos, tatu, camaleão, preá (Martins et al., 2020), além de insetos de vários tipos. Na interação com a fauna e flora do Amarelão, os Mendonça desenvolveram conhecimentos medicinais

que transparecem principalmente nos anciões da comunidade, que podem guardar conhecimentos sobre inúmeros tratamentos, assim a figuras das curadoras/curadores e das parteiras, que, conforme fala na I Assembleia do Povo Indígena Mendonça (APIM), “realizaram os partos de muitas pessoas da comunidade”⁵ e cuja relação com essas crianças concebidas é de forte vínculo. Como apontado pelo *Saberes Indígenas na Escola* (2017), uma parcela significativa desses saberes encontra-se restrita aos mais velhos, em função da vida cotidiana e produtiva dos jovens e adultos.

A banha do Tejo, Timbu e outros animais silvestres são utilizados na cura de gripe, tosse, inflamações e outros adoecimentos. Por sua vez, o contato com a flora possibilitou o conhecimento de dezenas de plantas nativas, utilizadas em suas folhas, frutos, caules ou raízes na construção de moradias, na alimentação, na confecção de ferramentas de trabalho tal como o cabo da inchada e na elaboração de remédios da medicina tradicional – transmitidos dentro das famílias ou pelas figuras ligadas à cura e cuidado dentro do território – tal como a casca do Jucá, utilizada em garrafadas e chás.

Algumas das localidades do território reconhecidas pelo coletivo são os “pontos de memória”. No território existem os “pontos de memória”, que suscitam uma memória histórica larga, utilizados, para além da visita de pessoas da própria comunidade, na elaboração de um turismo de base comunitária. Alguns deles são “A Pedra das Letras”, que abriga um sítio de arte rupestre; a “Pedra do Sino”, rocha que gera o som de um sino quando tocada, em função de sua composição, e local da primeira retomada territorial dos Mendonça, na década de 1990; e a “Gameleira”, primeiro local de encontro coletivo da comunidade, onde era realizada compra ou troca de itens de pesca, agricultura e caça, contando com uma árvore de cerca de 3 séculos (Costa & Silva, 2020).

⁵ Fala de Tayse Campos da Silva durante a I Assembleia do Povo Indígena Mendonça, em novembro de 2021.

Descrição da comunidade mediada pelo processo de pesquisa

O trânsito pelo território foi feito com a *agente local*. Seja para dialogar com os demais participantes/interlocutores em suas casas visando a aplicação de alguns dos instrumentos de pesquisa, seja para presenciar o beneficiamento, a caramelização das castanhas, e visitar alguns dos pontos de memória como a Gameleira e a Casa de Taipa.

O caminho até a comunidade passa por uma estrada de barro misturado com cimento, dentro dela, as ruas se tornam de terra batida. Por serem “territórios contínuos” (Guerra, 2007, p.19), foi difícil para nós, pesquisadores, pontuar onde terminam as comunidades de Serrote de São Bento e Assentamento Santa Terezinha e começa o Amarelão, embora as pessoas com quem mantivemos diálogo tenham nomeado sempre o local correto em que estávamos.

Durante as visitas, uma das primeiras coisas que saltam aos olhos são as construções na parte externa das casas, direcionadas ao beneficiamento da castanha. Construções geralmente pequenas, com cobertura de telha, duas pilastras de sustentação, geralmente de madeira, e uma a mesa. Na parte interna delas, há também um recipiente preto que se posiciona no chão, acima de uma fogueira, sob o qual uma pessoa tem que ficar mexendo para torrar a castanha. O recipiente é nomeado “caco”, elaborado pelos Mendonça a partir da reutilização de um tambor de ferro ou alumínio (Costa & Silva, 2020). As mesas são pra quebrar as castanhas torradas, de modo que fique só a polpa que é consumida, e depois ela é armazenada em sacas para a venda aos atravessadores. O trabalho é feito no espaço doméstico, contando, por exemplo, com pais e filhos em um mesmo processo de produção.

Conforme Guerra (2007), foi possível perceber algum desconforto quanto à presença de diferenças nos ganhos financeiros dos produtores, que realizam o beneficiamento da castanha, em comparação aos atravessadores, citados enquanto aqueles que fazem um

trabalho menos árduo, embora possuam mais retorno⁶. A produção da castanha pode dar-se tanto pelo uso de áreas coletivas de produção, como é o caso em determinados Setores Familiares, quanto pelo uso dos quintais das casas, como o processo anteriormente descrito. Atividades produtivas outras também são realizadas coletivamente e entre as famílias na comunidade, como a produção de artesanato ou o corte de lenha para venda, entretanto a castanha é a que se encontra mais difundida atualmente.

Iniciado na comunidade em meados de 1980, o beneficiamento da castanha surge enquanto meio de driblar condições precarizadas de existência que o povo Mendonça enfrentava (Costa & Silva, 2020). Uma “forma de driblar a mendicância que alguns, eventualmente, praticam, mas que a maioria abomina” (Guerra, 2007, p. 81) sendo parte de uma ampla gama de atividades produtivas já empenhadas por Mendonça ao longo de períodos históricos.

Na primeira visita à comunidade fomos convidados a intervir na escola, auxiliando no encaminhamento de alunos para os serviços da rede voltados a crianças e adolescentes, do SUS ou do SUAS (Sistema Único de Assistência Social). Em função disso, o primeiro espaço de uso coletivo da comunidade que adentramos foi a *Escola Estadual Indígena Professor Francisco Silva do Nascimento*, que descobrimos ter sido entregue pelo governo do estado recentemente, desde o fim de 2019. Percebemos ser a maior estrutura dentre outros espaços que abrigam serviços à comunidade – se comparada à sede da ACA, ao ESF, ou ao *Museu Território Indígena Mendonça* – e, para além do uso restrito direcionado a atividades pedagógicas que se fecham à própria escola, abriga também ações de interesse coletivo à comunidade, como é o caso da I APIM, que ocorreu entre 25 e 26 de novembro de 2021 contando com representantes de todas as comunidades do *Território Mendonça*.

⁶ Informação obtida por meio de conversas livres durante visitas aos espaços de beneficiamento da castanha.

Durante a assembleia o espaço foi aberto pelo Toré, (Apêndice G) uma dança que é importante aspecto da cultura expressa na comunidade. Trata-se de uma dança-rito Potiguar que celebra a *mãe natureza* e compõe passos executados em círculo que se associam a cantos. A cerimônia resgata a ligação do povo junto a seus antepassados, endossada pelas palavras do Tupi incorporadas à sua execução (Martins et al., 2020).

De acordo com Costa & Silva (2020) o Toré já foi dançado entre os Mendonça em ocasiões diversas, a exemplo da partida de alguém da comunidade, entretanto no presente se restringe costumeiramente a momentos de reivindicação, luta e festividades. Segundo os autores, o Toré atualmente está em fase de revitalização na comunidade, uma vez que a dança foi "se perdendo" (p. 26). Nesse sentido, a dança do Toré no contexto da I APIM é rito celebrado em mais um momento de luta e organização política, reunindo indígenas de todas as comunidades Mendonça e de outros estados, aos quais se somam os apoiadores não indígenas pesquisadores e militantes presentes na ocasião.

A escola palco da Assembleia é uma construção grande, com sete salas de aula, laboratórios, quadra de esporte, auditório e variados outros espaços. Funciona pela manhã, tarde e noite, e em cada um dos turnos se direciona há um público diferente. Pela manhã funciona o Ensino Fundamental I, de tarde o Ensino Médio, e de noite a Educação de Jovens e Adultos (EJA). Atende alunos do nível fundamental ao médio que vem de todos os territórios Mendonça da região, e concentra entre as coordenadoras duas mulheres que representam papéis de destaque nas lutas coletivas da comunidade, Tayse Campos e Neide Campos, pertencentes à ACA. Sua localização é próxima a estes outros dispositivos já listados, em frente à sede da ACA e não muito distante da unidade ESF do território, cujo percurso a pé dura alguns minutos.

Enquanto modo de caracterizar melhor o território, compartilhamos um mapa, exposto na ACA durante a I APIM, de autoria coletiva dos Professores que participam do programa “Saberes indígenas na Escola” do IFRN Campus Canguaretama:



Figura 2 – Mapa do amarelão, 2021

Autores: Professores cursistas da ação Saberes indígenas na Escola. Formação continuada para professores indígenas. Instituto Federal do Rio Grande do Norte – Canguaretama (IFRN- Campus Canguaretama)

Nele, é possível visualizar alguns lugares já citados, como o *Museu Território Indígena Mendonça*, mas também outros pontos que oferecem um panorama geral da comunidade: uma praça, quatro campos de futebol, um pátio para realização de vaquejadas, uma padaria, bem como os pontos de memória da comunidade. Lugares de expressão de

religiosidades estão também presentes, há uma igreja católica, uma evangélica, e um terreiro de candomblé. É possível, ainda, ver a disposição geral das casas no território e a Linha Férrea enquanto demarcação divisória do Amarelão com o Assentamento Santa Terezinha.

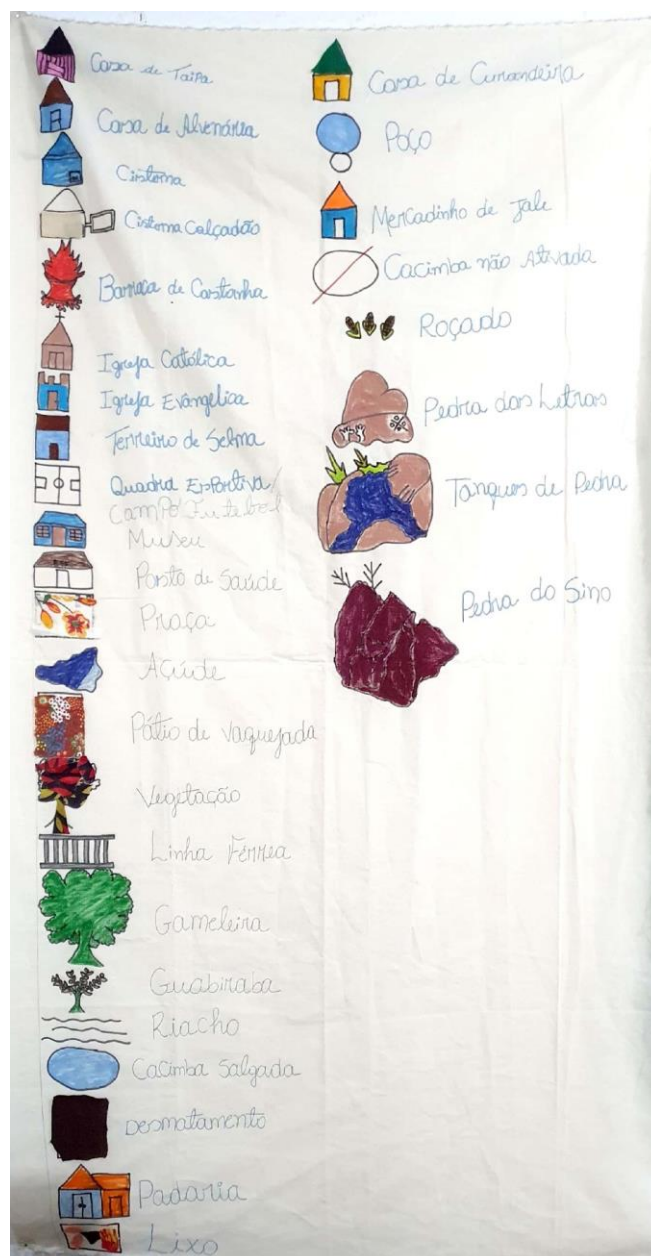


Figura 3 – Legenda do Mapa do Amarelão

Autores: Professores cursistas da ação Saberes indígenas na Escola. Formação continuada para professores indígenas. Instituto Federal do Rio Grande do Norte - Canguaretama (IFRN- Campus Canguaretama)

É possível perceber, entre os elementos listados, a casa da curadora, que abriga uma das figuras que atuam na cura dos Mendonça, referidos dentro da comunidade enquanto curadores ou curadoras, curandeiros ou curandeiras. Que, na comunidade, expressam uma constelação de saberes que englobam desde o catolicismo popular⁷ até conhecimentos repassados dentro da comunidade, como os fitoterápicos, do uso das folhas, caules, raízes. Não há como, e nem é aqui objetivo, delimitar origens de possibilitem buscar por fontes originárias dos conhecimentos em trânsito na comunidade, mas buscamos trazê-los enquanto recortes do presente das produções de saúde e cuidado desse povo. É comum às curadoras realizarem rezas e benzimentos, atuarem frente a adoecimentos como o “mau olhado”, “o ventre caído”, a “espinhela quebrada”. Construindo, assim, um espaço para o qual os adoecidos, ou detentores de algum sofrimento podem deslocar-se tanto dentro no Amarelão quanto em intercâmbio com as comunidades vizinhas.

As parteiras, em acréscimo, foram também mencionadas como propagadoras de cuidado. Na I APIM, “Mãe Ana”⁸, conhecida parteira do povo Mendonça, foi agradecida coletivamente pelos cuidados que imprimiu para o nascimento de muitas das pessoas presentes. A contrapartida, destes que nasceram, é a incorporação dela enquanto mãe, daí se dá também o nome pelo qual foi referida. Ela, por outro lado, designa a eles também o lugar de filhos. Uma maternidade que costura relações de proximidade, de modo que sempre que Mãe Ana retorna ao amarelão, terra em que nasceu, muitas visitas são solicitadas a ela. Movimento que dá pistas sobre alargamento da noção de família que se faz presente entre os Mendonça.

⁷ O catolicismo popular consiste em práticas de religiosidade socialmente reconhecidas como católicas, mas que, longe de responderem à lógica estrita das instituições religiosas do clero Apostólico Católico Romano, reinventam a prática religiosa católica no território brasileiro (Maués, 1999). Uma resposta comunitária ao mundo moderno e globalizado (Gonçalves, 2007).

⁸ Informação fornecida por meio de conversas livres, por Kaline Cassiano.

Os lugares desenhados no mapa contrastam com o cenário retratado por Guerra em 2007, que lista “uma escola municipal de nome ‘Alice Soares’, uma associação comunitária, uma creche que atende precariamente a quarenta e cinco crianças, uma igreja católica, outra evangélica, um posto médico deficiente e, ainda, uma pequena quadra de futebol” (p. 22). Que sinaliza recentes conquistas das estruturas de uso comum e da construção desses outros espaços que permitem circulação de membros da comunidade. Os espaços de circulação e socialização, relativos tanto ao lazer quando a uma expressão de religiosidade ou espiritualidade, figuram enquanto parte dos itinerários terapêuticos de

A unidade do Estratégia de Saúde da Família (ESF), conhecida dentro da comunidade como posto de saúde, direciona atendimento a 3 comunidades vizinhas e habitadas pela população Mendonça – o próprio Amarelão, o Assentamento Santa Terezinha e o Serrote de São Bento. Atua, atualmente, sem que exista ligação à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), mas diretamente ao Sistema Único de Saúde (SUS). Houveram tentativas de implantação de atenção diferenciada entre 2015 e 2018, quando foi alargada a área de atuação do DISEI Potiguara da Paraíba de forma a abarcar povos do Rio Grande do Norte, dentre eles os Potiguara Mendonça. Entretanto, essa medida foi extinta em 2019, amparada pela alegação de dificuldades orçamentárias e de exequibilidade por parte do governo do RN (Moura, Boaventura & Neves, 2021).

O posto de saúde, como é referido dentro da comunidade, conta com cinco agentes comunitárias de saúde, médico da família e comunidade, dentista, enfermeira, técnica de enfermagem, psicólogo, fisioterapeuta e nutricionista, além dos estagiários da área da enfermagem. O atendimento empregado pelos profissionais funciona no turno da manhã, das 7h às 13h. Dos profissionais listados, atuam diariamente na comunidade o médico, as agentes comunitárias, a enfermeira e a técnica de enfermagem, os demais trabalham sazonalmente. Os

relatos dos moradores do Amarelão apontam que o psicólogo realiza atendimentos de 15 em 15 dias, já que se desloca por várias unidades de saúde da região para prestar atendimento.

Em sua estrutura, o posto possui seis salas. Três delas designadas ao atendimento aos usuários por profissionais específicos, 1 direcionada à convivência entre as e os trabalhadores e as outras 2 onde ficam armazenadas fichas dos pacientes e medicamentos. Nem todas possuem tetos com forro, algumas são cobertas diretamente pela telha da unidade, algo que foi alvo de reclamação das Agentes Comunitárias por afetar a qualidade dos produtos nelas armazenados, como remédios e documentos dos pacientes. É um ambiente pequeno, que tem no centro um espaço aberto para a espera dos pacientes e ações de prevenção.

Uma vez por ano, a comunidade recorrentemente comemora a Festa da Castanha. Em 2022, data em que retomaram a comemoração após o início da pandemia, foi possível participarmos da festa que ocorre no Amarelão desde a década de 1990, organizada pela ACA (Costa & Silva, 2020). Inicialmente, foi fundada um espaço de lazer para os moradores da própria comunidade, hoje, entretanto, soma a seu propósito a divulgação da história e cultura do povo indígena Mendonça, que expõe suas memórias por meio de atividades artísticas, artesanais e culinárias – além de fortalecer sua principal prática de subsistência, a produção e comercialização da castanha.

É um momento em que as pinturas de jenipapo e urucum tomam os corpos dos Mendonça, principalmente das crianças, adolescentes, jovens e a arte plumária expressa-se em tiaras nas cabeças de algumas mulheres. Elementos que descortinam a autoafirmação presente na celebração, momento em que os Mendonça expõem sua história, organização e arte para os visitantes externos.

5. Resultados e discussões

5.1 Apresentação dos participantes

Ao tratarmos dos 7 participantes acessados na pesquisa, iniciamos sua apresentação pelas condições de vida que atravessam seus processos de produção de cuidado e autocuidado. Organizamos em tabelas as informações colhidas nos questionários, divididas em três blocos **Tabela 1 – Dados Socioeconômicos**, **Tabela 2 – Vida e Habitação** e **Tabela 3 – Acesso à Saúde**.

Conforme demonstra a tabela 1, apresentada abaixo, participam da pesquisa cinco mulheres e três homens, com idade que varia entre 19 a 80 anos. Em sua maioria, são heterossexuais (5) e católicos (6). Sua renda familiar varia de menos de ½ até acima de 3 salários mínimos. A faixa mais recorrente, entretanto, foi de 1 a 2 salários mínimos (3). Trabalham, majoritariamente, dentro da comunidade (4), e em suas famílias, o trabalho assalariado aparece como fonte de renda mais frequente (4), seguido do beneficiamento da castanha (3), programa social (3) e agricultura familiar (2).

Três dos participantes recebem o Auxílio Brasil, um programa de transferência de renda direcionado a pessoas em situação de pobreza ou extrema pobreza (BRASIL, 2022) elaborado durante o governo Bolsonaro como substituto ao Bolsa Família que, todavia, possui diversas diferenças quanto a sua estrutura e execução. Por ser uma mudança recente, mesmo os participantes estavam confusos. Nêga, a exemplo, responde inicialmente que recebe o Bolsa Família, para depois corrigir-se. As incógnitas que permeiam a condução do programa aparecem também em estudos sobre o assunto (Machado, 2021).

Tabela 1 – Dados socioeconômicos

Participantes	Francisca	Nêga	João	Thales	Ana	Maria	Paula
Idade	51	33	48	24	19	80	22
Gênero	Mulher	Mulher	Homem	Homem	Mulher	Mulher	Mulher
Autoidentificação etnia/raça	Indígena	Indígena	Indígena	Indígena	Indígena	Mendonça	Indígena
Orientação sexual	Hétero	Hétero	Hétero	Bissexual	Hétero	Hétero	Não sabe
Religião	Evangélica	Católica	Católico	Católico	Católica	Católica	Católica
Estado civil	Separada	Casada	Casado	Solteiro	Junta	Viúva	Solteiro
Tem filhos?	7 filhos	3 filhos	6 filhos	Nenhum filho	Nenhum filho	11 filhos	Nenhum filho
Reside com:	Filho, nora e neto	Marido e 3 filhos	Esposa e 3 filhos	Mãe, Pai e Irmão	Marido	1 Filho	Mãe, pai, irmãos
Reside no Amarelão:	A vida toda	A vida toda	A vida toda	A vida toda	Há 7 anos	A vida toda	Há 8 anos
Renda familiar	1 a 2 SM	1 a 2 SM	½ a 1 SM	Acima de 3 SM	½ a 1 SM	1 a 2 SM	Até ½ SM
Ocupação:	Trabalho assalariado	Trabalho assalariado	Trabalha na castanha	Estudante	Estudante	Aposentada	Trabalho assalariado
Outras fontes de renda na família:	-	Beneficiamento da castanha; Programa social	Beneficiamento da castanha; Programa social	Trabalho assalariado; Benefício Previdenciário	Prestação de serviços; Programa social	-	Beneficiamento da castanha
Trabalha dentro do Amarelão?	Sim	Sim	Sim	Não, João Câmara	Não, João Câmara	-	Sim
Escolaridade:	Ensino Médio incompleto	Ensino fundamental incompleto	Sem escolarização	Ensino superior em andamento	Ensino superior em andamento	Sem escolarização	Ensino Médio Completo

Quanto ao acesso à educação dos interlocutores, foi possível perceber um recorte geracional entre as respostas. Dois dos participantes mais velhos não possuíam escolarização, seu João e dona Maria. Os demais participantes com idade entre 33 e 51 anos completaram ou cursam fases do ensino escolar fundamental e médio, duas delas, Nêga e Francisca, participam do EJA. Entre os três participantes mais jovens da pesquisa, dois cursam ensino superior e uma completou o ensino médio. Esse pequeno recorte da população do Amarelão figura algo que mostra a história da comunidade, a conquista de uma escola indígena interna ao território é recente, remonta 2019, e a própria organização coletiva da comunidade, enquanto movimento indígena, deu-se no início dos anos 2000 (Costa & Silva, 2020).

Conforme percebemos nos materiais teóricos de referência sobre o Amarelão (Costa & Silva, 2020; Guerra, 2007; Saberes indígenas na escola, 2017), a predileção pelo uso do termo “famílias” ao falar do povo Mendonça se evidencia no contexto de moradia das e dos participantes, uma vez que nenhum deles reside sozinho(a). Deles, cinco compartilham residência com mais de três familiares além de si. Aparecem nesse universo de parentes os filhos, marido, mãe, pai, avó, neto, nora e irmão. Dos participantes que possuem filhos, o número variou de três a onze em uma única família.

Uma vez que todos os respondentes são Mendonça e moradores da comunidade, é interessante notar que a identificação “indígena” aparece na maioria deles. Diferente do que Guerra (2007) pontua treze anos antes, citando que embora houvesse uma diferenciação étnica amparada na identidade “Mendonça” e uma ligação com os antecessores indígenas, não havia grande aproximação de seus interlocutores com a nomenclatura “indígena”, dando predileção à “caboclo” ou “caboclo brabo”. Dessa forma, a maior familiaridade e a escolha em nomear-se “indígena” enquanto meio de falar da própria identidade suscita um movimento de resgate a essa categoria. Como dito por Costa e Silva (2020) – indígenas do Assentamento Santa Terezinha e Amarelão, respectivamente – a luta por direitos enquanto povo etnicamente

diferenciado permitiu um resgate histórico e cultural que resultou em uma retomada, dos Mendonça, da etnia Potiguara e outras categorias relacionadas.

Tabela 2 - Vida e Habitação

Participante	Francisca	Nêga	João	Thales	Ana	Maria	Paula
Sua casa é:	Própria	Própria	Própria	Cedida	Própria	Própria	Própria
De que material é construída?	Alvenaria	Alvenaria	Alvenaria	Alvenaria	Alvenaria	Alvenaria	Alvenaria
Como é o acesso a água?	Cisternas	Cisternas	Cisternas; Carros-pipa	Cisternas; Carros-pipa	Cisternas; Carros-pipa	Carros-pipa	Cisternas; Cacimbão; Carros pipa; Poço/nascente.
Como é o tratamento do lixo?	Coletado por serviço público	Queimado	Coletado por serviço público	Queimado	Coletado por serviço público; Queimado	Coletado por serviço público	Coletado por serviço público; Enterrado
Tem acesso à energia elétrica?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Qual o destino do esgoto?	Fossa rudimentar	Fossa rudimentar	Fossa rudimentar	Fossa rudimentar	Fossa rudimentar	Fossa rudimentar	Fossa séptica
Tem acesso à internet?	Sim (wi-fi)	Sim (wi-fi)	Sim (wi-fi)	Sim (wi-fi)	Sim (wi-fi)	Não	Sim (wi-fi)

Suas moradias são próprias (6), frequentemente construídas por eles mesmos ou parentes. Thales, a única exceção, nos conta que sua casa foi cedida pela associação comunitária. Não existe, entre eles, a compra de imóveis para habitação, a relação entre terra e moradia deu-se no seio da luta coletiva, seja pela manutenção do território historicamente habitado, seja por processos de retomada⁹. A maioria dos participantes (6) utilizam fossa rudimentar em casa, um armazenamento do esgoto que não conta com nenhum tipo de tratamento do efluente, ao passo que uma respondeu fazer uso de fossa séptica, uma unidade de tratamento primária de esgoto doméstico.

⁹ Um dos exemplos evidencia-se no processo de ocupação da comunidade vizinha ao Amarelão, o Serrote de São Bento, com apoio do Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra. Outro exemplo, no processo de retomada realizado na década de 90 na região da “Pedra do Sino” (Costa e Silva, 2020).

O acesso à internet ocorre por meio de Wi-Fi, dado que o sinal de telefonia móvel não chega à comunidade. Maria, a participante mais velha do grupo, explica o motivo que a leva a não ter internet “nem tem e nem quero não minha fia, que eu não sei mexer nisso”. Embora o acesso a Wi-Fi seja presente na maioria das casas, a fala de Maria evidencia sua experiência enquanto anciã da comunidade ao não se apropriar dessas formas de tecnologia.

Interessa, ainda, pontuar a dificuldade dessa população para o acesso a água doce e encanada, pauta crucial na luta política dos Mendonça na I APIM. Dentre as explicações para o problema, tem-se o baixo nível de chuvas e a composição do solo do território, que possui grande concentração de pedra rocha de modo a dificultar a perfuração de poços (Guerra, 2007), além da água presente no subsolo ser salobra. As diversas formas do acesso a água que declaram os participantes são reflexo do regime de chuvas da região, que é sazonal. Conta com períodos de maior incidência, geralmente durante a primeira metade do ano, e períodos de seca nos meses seguintes.

Uma mesma família pode utilizar a cisterna para acessar água no período de chuva, por exemplo, e contar com o abastecimento de carros-pipas durante momentos de seca. Tal flutuação sazonal entre chuva e seca propicia mudanças nas condições objetivas dessas pessoas, ao passo que durante a seca o solo se torna menos propício ao plantio, durante as chuvas há maiores possibilidades de cultivo para subsistência e uma maior variedade de plantas nativas. A serem utilizadas na execução de remédios, chás, instrumentos de trabalho e outras tecnologias locais. Os participantes da pesquisa afirmam cultivar em suas casas feijão, milho, pé de goiaba, cana e também arbustos como a ixora, a espada de São Jorge, dentre outros, que produzem neles sensações atreladas ao plantar e cuidar da terra.

Tabela 3 – Acesso à saúde

Participantes	Francisca	Nêga	João	Thales	Ana	Maria	Paula
Onde costuma ter atendimento de saúde?	ESF; Hospital; ACS; Farmácia	ESF; Hospital; ACS; Farmácia	ESF; Farmácia	ESF; ACS; Consultório particular	ESF	ESF; ACS	ESF
Usualmente dentro ou fora do Amarelão?	Dentro	Fora	Dentro	Dentro	Dentro	Dentro	Dentro
Já foi a curador(a)?	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
Como chega até os dispositivos?	Vou a pé; Moto/Carro	Moto/carro	Moto/Carro	Vou a pé; Moto/carro	Vou a pé	Vou a pé; Moto/carro	Vou a pé; Moto/Carro
Diagnóstico de transtorno mental	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não
Relata adoecimento mental hoje?	Ansiedade e depressão	Ansiedade	Ansiedade	Transtorno bipolar	Transtorno do pânico	Não	Não
Usa remédio farmacêutico face a isso?	Não	Não, mas já usou	Cloridrato de sertralina; Diazepam	Epilenil; Carbonato de lítio; Zilepam	Oxalato de excitalopram Levozine; Viverdal	Não	Não
Usa algum outro remédio?	Sim, chás	Não	Sim, chás	Sim, chás	Sim, chás	Sim, chás	Não

Ao convidarmos os participantes a falarem de seu acesso à saúde, a maioria nos informa buscar por cuidados e dispositivos dentro da comunidade (6). A ESF localizada no território é acessada por todos os participantes (7), seguidos de cobertura do Agente Comunitário de Saúde (4), farmácia (3), hospital (2) e consultório particular (1).

Em seus caminhos, quatro participantes relatam passagem por curadora(o), revelando, ao tratar disso, dinâmicas que diferem do acesso à saúde que se vê nos dispositivos do SUS. Quando perguntados sobre atendimentos de saúde não traziam acesso a esses mediadores de cuidado logo de cara, somente ao descreverem seus *itinerários terapêuticos* é que surgiam passagens por elas ou eles. De forma que a percepção de saúde parece estar atrelada à saúde institucionalizada pelo estado, ou à atendimentos particulares desses mesmos profissionais da medicina, psicologia, fisioterapia, entre outros. Por isso, optamos por organizar a informação quanto ao acesso a curadoras ou curadores em uma linha separada do quadro.

O uso de Medicamentos Psicotrópicos é presente no cotidiano de três participantes, que nos relatam usá-los diariamente.

As Medicações Psicotrópicas são aquelas que "agem no sistema nervoso central (SNC) produzindo alterações de comportamento, humor e cognição" (OMS), podendo ser agrupadas conforme seus princípios ativos. Entre esses grupos estão: ansiolíticos, antipsicóticos, antidepressivos, estabilizadores de humor, anticonvulsivantes, antiparkinsonianos e os antidemenciais. (BRASIL, 2019, p. 7).

Dessa listagem de medicamentos, entre os participantes aparece o uso de antidepressivos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, estabilizador de humor e ansiolíticos. Eles fazem uso de dois a três medicamentos diariamente.

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde¹⁰ (CNES) o município de João Câmara possui dezesseis ESFs - a ESF-11 se encontra dentro do Amarelão - um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I), um Centro de Especialidade Médica, um Centro de Reabilitação da Infância e do Adulto, um Centro especializado de odontologia e um Laboratório Municipal, destinado à elaboração de exames. O Hospital Regional, por sua vez, é um equipamento administrado pelo estado e município, assim como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Da Rede de Atenção psicossocial (RAPS), portanto, o município possui a atenção básica – que ajuda a construir um modelo de atenção aberta e de base comunitária –, o CAPS e o Hospital Regional de João Câmara, que possui leitos psiquiátricos. No município, o CAPS I é uma estrutura também de caráter aberto e comunitário que conta com equipe multiprofissional – psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermeiro, nutricionista, assistente social e professor de artes – direcionada a atender pessoas com demandas de saúde mental e transtorno mental, incluindo aquelas cujas necessidades decorrem do uso de substâncias psicoativas (BRASIL, s. d.).

¹⁰ Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>>. Acesso em 02/10/2022

Ao destrincharmos os percursos dos participantes pela atenção psicossocial, somente um deles passou por CAPS e nenhum deles relatou atendimento no Hospital Regional do município para questões relacionadas a saúde mental. Os participantes que informaram ter realizado atendimento em Hospital geral ou Hospitais psiquiátricos para essas demandas deslocaram-se por mais de uma hora e trinta minutos até a capital do estado (Natal/RN).

Nêga, Maria e Paula tornaram-se participantes por meio da interlocução com a *agente local*. O entendimento de suas histórias enquanto adequadas para tratar de *itinerários terapêuticos* que discutem saúde mental surge por meio da escuta de seus relatos. Embora não ativessem atendimentos nos dispositivos institucionalizados de saúde diante dessas queixas, trazem, em suas memórias, momentos em que lidam com sofrimentos no intento de reestabelecer *bem viveres*.

Dona Maria é uma anciã da comunidade e participante mais velha da pesquisa. Mora no Amarelão desde que nasceu, e dessa forma viveu períodos marcantes para o povo Mendonça, como a primeira retomada da comunidade, em 1990, e a fundação da ACA, em 1994 (Costa & Silva, 2020). Nos fala de sofrimentos em face da morte do marido, 26 anos atrás, que até hoje a impactam. Passou por alguns momentos difíceis que se relacionam, para além do luto, com a situação de pobreza e a necessidade de manter a casa com seus filhos: “Tu sabes como é que sofre quando morre uma pessoa da família, né? Foi triste mesmo. O dono da casa é pior, viu?”. Ao ver-se responsável sozinha pelo cuidado de 11 filhos, nos diz ter passado por “maniconia”¹¹. Uma doença que, segundo ela, se manifesta por manchas

¹¹ A presença de manchas roxas no corpo tal qual dona Maria nos descreve é associada na literatura a melancolia (Charam, 2016). Uma nomeação já registrada desde Hipócrates, no século IV antes de Cristo, associada a bÍlis negra, um dos quatro humores por ele classificados: sangue, fleuma, bÍlis branca e bÍlis negra. Durante o século XIX, a ascensão do saber psiquiátrico associa melancolia a doença mental, que passa a ser analisada em seus sintomas. Um nome que popularmente adquiria sentido relacionado a tristeza profunda, desgosto, abatimento, passa a ganhar diferentes definições, tal como de loucura que se caracteriza por tendência triste ou opressiva. Posteriormente, a literatura psiquiátrica vai se direcionando ao termo depressão, que gradativamente toma os dicionários médicos (Mendes & Viana, 2014).

escuras no corpo e que ocorre “quando a pessoa tem raiva, desgosto ou tem pena”. Por vezes, esses momentos de raiva provocavam a ela a sensação do “coração que ia sair pela boca”. Utilizou como estratégias de cuidado os chás, o trabalho na costura, e sentia-se bem pelo ato de cozinhar para seus filhos.

Nêga nos relata sofrimentos que vêm desde sua infância e adolescência. Conta que, nessa época, foi vítima de inúmeras violências intrafamiliares com destaque à violência física empregada por seus pais, que compõe lembranças dolorosas sobre sua história de vida em soma à perda de dois filhos ainda bebês e desentendimentos com o marido atual. Durante o intervalo de tempo em que foi alvo de agressões, na adolescência, nos diz que tentou cometer suicídio. Atualmente, sente episódios de “ansiedade”, e nomeia dessa forma sua experiência mesmo que não tenha acessado diretamente os serviços de saúde institucionais frente a essa queixa. Da constelação de estratégias que surgem na tentativa de lidar com esses sofrimentos, em alguns momentos ela opta pelo isolamento, em outros, pelo desabafo com amigos, colegas de trabalho e familiares. Ao passo que já empregou automedicação¹² – na qual consumia um medicamento visando fazer uso de um efeito colateral, a sonolência – também menciona os jogos de futebol do território como produtores de seu *bem viver*.

Paula nos relata seu itinerário frente a uma experiência de uma lesão nos joelhos que demandou intervenção cirúrgica, e por isso a afastou de todos os seus vínculos cotidianos. O percurso dentro dos serviços de saúde, desde o primeiro deslocamento ao hospital de João Câmara até o acesso a raio X em serviços particulares, fez demorar meses até que fosse possível realizar o procedimento cirúrgico. Seu trânsito, dentro e fora do território, assim como o vínculo a prática esportiva pela qual nutre profundo afeto, o Motocross, foram

Tendo em vista o não aprofundamento do tema nesse trabalho, indicamos a leitura de Mendes e Viana (2014) e Charam (2016).

¹² Automedicação é o ato de tomar medicação sem orientação médica, por conta própria (BRASIL, 2012).

interrompidos durante todo esse período. Nesse tempo, ela nos diz, “chorava de noite, de dia, de tarde”, em um sofrimento acrescido pela forma que alguns de seus familiares lidaram com a lesão, a sugerindo que deixasse a prática do esporte.

Thales é um jovem Mendonça com histórico de envolvimento nas lutas organizadas da comunidade, com enfoque nas organizações de juventude. Há alguns anos, passou por uma experiência que nomeia “surto psicótico”, que o fez irromper na busca por cuidados em Natal, João Câmara e no Amarelão. Após uma série de cuidados empregados pelas irmãs, foi levado a uma internação de 3 dias em um hospital psiquiátrico de Natal. Seu itinerário transita por inúmeros dispositivos de saúde: em Natal, além do hospital psiquiátrico, passou por Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); em João Câmara, por sua vez, atendimento particular e CAPS; e de volta ao Amarelão, mantém consultas com uma psiquiatra de Natal uma vez a cada 2 ou 3 meses. Dentre os profissionais que acessou nesse percurso estão psicólogos e psiquiatras. Transitou também por espaços de lazer no Amarelão, casas de parentes Mendonça, pela medicina tradicional dos curadores da comunidade, e fez uso de chás e outros cuidados propiciados por sua mãe e tias. Atualmente possui diagnóstico de transtorno de bipolaridade e faz uso constante de quatro medicamentos diariamente, cuja renovação é feita no ESF do Amarelão.

Francisca é uma mulher de 51 anos, divorciada, que possui desse casamento 7 filhos. Ela relata ter sentido sensações como tristeza e desânimo há alguns anos, iniciando-se na gravidez de um de seus filhos, que veio a falecer aos 11 meses de vida. De forma que “às vezes vinha, passava um tempo, vinha de novo...”. Ao passo que o “povo fala” que essas sensações são “raiva no coração”, ela entendia que seu adoecimento era sentido na mente, uma percepção que se acentuou com o contato com profissionais da saúde. Atualmente, descreve seus adoecimentos como ansiedade e depressão, um entendimento que surgiu por

meio do contato com um profissional da fisioterapeuta face ao pós operatório de uma lesão nos pés, que enfrentou em 2017. Em seu itinerário terapêutico, ela transitou por vários dispositivos de saúde institucional, passou posto de saúde de João Câmara; atendimento particular; e atendimentos na ESF do Amarelão, que cessaram atualmente. Passando por profissionais da fisioterapia, psicologia, medicina da família, e acupuntura. Além disso, teve como estratégias uso de chás, o apoio e cuidado de parentes e vizinhos, idas à igreja Evangélica do Amarelão enquanto busca por cuidado.

João é um homem Mendonça de 48 anos que divide a casa com a esposa e possui filhos, muito embora alguns deles já não morem junto dele e da esposa. Em momentos anteriores de sua vida chegou a fazer uso de bebida rotineiramente “eu só parei de beber quando eu caí doente”. A partir do momento em que caiu doente buscou atendimento hospitalar, uma das primeiras vezes que foi atendido por um “doutor”, e desde então parou de beber. Atualmente relata experienciar ansiedade, e nos diz que ficou assim “depois dessa pandemia”, em 2019:

Eu tava bom, eu fui pra Natal bom... Fui para Natal, passei o final de ano lá, aí teve a romaria do final de ano e eu não fui. Passou duas semanas eu caí doente. Quando foi na noite eu caí doente, passei trinta dias no hospital.

O nome ansiedade foi levantado pelo médico que o atendeu – “O doutor disse que era... como se diz, ansiedade” – e desde então ele continua sentindo pensamentos que o provocam medo e ele não consegue tirar da cabeça, que “parece que vem de longe”. Além disso, sente “uma frieza dos pés à cabeça” de modo que seus pés e braços ficam gelados, um formigamento que transita pelo corpo e um “avexado no coração”, que dá agonia. Em seu itinerário, além do Hospital em Natal, ESF e atendimento particular em João Câmara, se desloca constantemente à farmácia para manter o uso de medicamentos. Passou por curadora da comunidade, Psicóloga, Médico da família e outras especialidades médicas. Atualmente, uma das principais estratégias que encontra para ficar melhor é caminhar dentro do Amarelão.

Falaremos, por fim, do *itinerário terapêutico* de Ana no tópico seguinte, trazendo um maior detalhamento que nos permita pensar nas experiências e sentidos cunhados pela vida singular, social e cultural desses participantes (Czeresnia, Maciel & Oviedo, 2013).

5.2 Constelações de cuidados

Ana é uma jovem Mendonça de 19 anos, ingressa no ensino superior, que divide a casa com seu marido. Sobre seu adoecimento, nos relata:

É que na verdade eu tive um surto, entendeu? Foi no ano passado, começo do ano. Aí eu tive esse surto, fui internada, passei 16 dias no [Hospital psiquiátrico], e (...) hoje em dia eu sou acompanhada, fui diagnosticada com crise de ansiedade e síndrome do pânico.

Ele teve um surto psicótico que a levou à internação em um hospital psiquiátrico público em Natal (RN) por 16 dias e dessa passagem junto aos profissionais do hospital, surgiu o diagnóstico que é relatado atualmente. Hoje, é acompanhada na ESF do Amarelão, dispositivo onde realiza mensalmente atendimentos individuais e junto com seu marido.

O acompanhamento de casal surge pela associação que ela constrói entre a vivência com o Marido e o processo do surto. Ao dividir a casa com ele, uma noite, ela nos diz “eu pensei que ele ia me matar, ia me enforcar”. Nesse momento, ela não conseguiu dormir, tamanho o fluxo de pensamentos que chegavam, de modo que coube a familiares dela perceberem necessidade de buscar dispositivos específicos de saúde, “disse ‘Ana você não tá bem’ aí decidiram ir pra Natal, eu fui pra Natal.”

Na literatura científica, o termo psicose foi utilizado em diferentes sentidos, de modo que em psiquiatria são muitas as definições possíveis dessa nomenclatura, já que não se refere a uma doença específica (Palha & Costa, 2015). A OMS (2001) a define por distorções de pensamento e percepção que se associam a um conjunto de emoções na pessoa adoecida. Segundo a APA (2014), pode afetar domínios perceptivos de forma a causar delírios,

alucinações, pensamento desorganizado, e uma série de outros sintomas, que compõe as pistas para o diagnóstico.

Na história de Ana, a compreensão chave que a família passa a ter é a de que havia descompassos entre sua percepção e as situações concretas que compunham sua relação com o marido naquele momento. E essa percepção inicial pode ter estabelecido o critério entre pensar que se tratava de um problema a ser tratado pelo campo da saúde que se liga à ciência ocidental, não por meio de benzimentos, curas ou cuidados dentro de casa.

O primeiro deslocamento que ela faz é longo, vai até a capital do estado. A um dispositivo de saúde que compõe, diante do princípio de *hierarquização* do SUS, média e alta complexidade de atendimentos (BRASIL, 2016). Uma experiência, que, para ela, suscitou perturbações:

A experiência não foi boa, eu queria sair de lá o mais rápido possível. Eu fiquei vendo muitas coisas, as mulheres que também estavam lá perturbadas. Eu tava com visita lá, as pessoas ficaram comigo, minha família todinha. Foi prima, cunhada, todo mundo me ajudar lá. Eu fui internada, mas todo mundo ia lá, ninguém me deixava sozinha não. Tinham muitos que ficavam sozinhos lá dentro, mas eu ficava acompanhada. Eu me senti, assim, graças a Deus... eu não queria ter ido, é obvio, mas infelizmente foi necessário.

Diante das perturbações impostas pela experiência de ver-se em um local onde a convivência com outras mulheres “que também estavam lá perturbadas” era obrigatória, em uma instituição que passa a regular, no momento da internação, todos os aspectos da vida do interno, ela cita o apoio da família.

Em contraponto a outras mulheres que lá estavam, que ela relata com tristeza não receberem visitas de familiares, sua família, do povo Mendonça, manteve-se firme e intensamente presente junto aos seus cuidados. O trânsito de parentes foi intenso e os fortes vínculos familiares a sustentaram diante dessa situação que, hoje, ela revela, “levei como aprendizagem”. Uma aprendizagem que aparece também nos relatos de outras e outros

participantes ao falarem de seu contato com os serviços de saúde institucionalizados. O questionamento que se põe, por outro lado, aos profissionais de saúde que atendem essas pessoas indígenas, é: há deles abertura para construir aprendizado a partir da vivência com esses usuários?

Desde que saiu da hospitalização, foram receitados a ela três medicamentos – *Oxalato de Escitalopram*, *levomepromazina* e *risperidona* – cujo uso foi interrompido em alguns momentos de seu itinerário, para depois serem continuados e perseverarem até hoje. O acompanhamento atual dos remédios é feito na ESF do Amarelão, um acompanhamento que ela cita ter sido crucial para que ela identificasse seu adoecimento “Hoje em dia identifico minha doença, eu sei que tenho crise de ansiedade. Mas hoje em dia me vejo muito mais sabendo lidar com esse problema, sabe?”.

Após a internação, passou também por uma curadora do Amarelão que ela classifica como “muito boa”. Ela foi buscar curar “olhado”:

Ah, o que eu tava sentindo? eu tava sentindo olhares assim, olhares vindo em mim, entendeu? Fraqueza também, que eu tava mais magrinha, umas certas fraquezas. Aí nesse negócio que eu sentia, eu sentia muita inveja das pessoas.

Entrevistadora: Você sentia que as pessoas tinham inveja de você?

Algumas pessoas... E também, antigamente, quando eu tive isso daí, eu sentia medo.

Outras dimensões se mostram em sua percepção de adoecimento, a dos conhecimentos de cura que circulam na comunidade. Seu medo, desse modo, chega a ela por meio dos olhares dos outros, e toma forma por meio de elementos espirituais, forças cujo trânsito não é visível mas que se manifestam em seu corpo. Ela sente a chegada desses olhares pela fraqueza, pela magreza. Esse processo de cura de mau olhado acontece por meio da reza, a curadora benze com um ramo vede de três folhas, em acréscimo a rezas específicas que comumente são mantidas em segredo¹³. Ana relata que sua cura aconteceu por meio de três intervenções, ela teve que voltar à curadora três vezes para fechar a cura e fechar o corpo,

¹³ Informações fornecidas pela anciãs Maraísa, Chica e Hebe (nomes fictícios escolhidos por elas).

fortalecendo-o para que os olhares não mais a afetem dessa maneira. No fim desse processo, a recomendação final foi do banho de sal grosso para prevenir, a curadora “disse que era bom tomar banho que era difícil pegar olhado”. Um tratamento que ela interrompeu após ter feito algumas vezes: “Mas eu não tomo não, mais. Quando eu sinto essas coisas eu tento ficar forte e não me abalar mais, entendeu?”.

O mau olhado é relatado em diversas regiões Brasil, com destaque para as de meio rural. Como aponta Ferreira (2016) também recebe distintas nomenclaturas, como “quebranto ou quebrante” (p. 46), a forma como é referida entre os Akwê Xerente. Ele aponta, ainda, a definição que consta no dicionário Houaiss (2001) de língua portuguesa, que o define como “suposta influência maléfica de feitiço, por encantamento a distância; efeito malévolos, segundo a credence popular, que a atitude, o olhar, etc. de algumas pessoas produzem em outras” (p. 2351). Para os Akwê Xerente, é resultado de uma intenção maléfica direta do outro. Enquanto pelo relato dos Mendonça que participaram dessa pesquisa, não necessariamente implica em uma intensão do outro, mas pode dizer de “inveja”, do ato de uma pessoa se admirar muito de alguém, dentre outras possibilidades.

Como fazem no Amarelão, esse adoecimento é recorrentemente tratado por meio de benzimentos, cujo desenvolvimento em território brasileiro remonta o período colonial do país, aproximadamente o século XVII. É referido na literatura, conforme em Ribeiro (1997), como prática cujo desenvolvimento se relaciona à uma precariedade da vida, no que tange a acesso a médicos, cirurgiões e produtos farmacêuticos, assim como por um sincretismo dos povos que produz um contexto familiarizado ao universo da magia. Entretanto, é também mencionada enquanto prática que alicerça em um rico universo mítico, composto por lendas, espiritualidade e crenças específicas. Que compõe, atualmente, parte do cenário da cultura popular brasileira (Marin & Scorsolini-Comin, 2017).

A compreensão desses saberes enquanto elementos a serem superados pela medicina biomédica e os remédios farmacêuticos, uma vez que ganhariam vazão por meio da precariedade das condições de vida, também aparece como conflito no Amarelão. Atualmente, esses conhecimentos encontram-se cada vez mais reduzidos e restritos a idosos da comunidade (Saberes Indígenas na Escola, 2017), e a procura para tais cuidados têm diminuído¹⁴. A pretensão de universalização dos conhecimentos da saúde produzidos dentro da ciência parece fazer vigência nesses conflitos, em concordância ao que aponta Grosfoguel (2016) ao falar dos epistemicídios que fundam a ciência moderna.

A experiência de nossa participante, entretanto, aponta que ela faz uso de psicotrópicos e também acessou a curador quando se deu conta de estar atravessada pelo mau olhado. Há uma coexistência desses campos de saber, que ela permite que componham seu caminho na busca por cuidados. Essa mesma curadora que Ana acessou fechou também outra cura, que a participante tinha realizado tempos antes:

Da outra vez eu procurei um homem que curava. Da outra vez que eu fiquei doente, minhas tias me levaram. Aí eu só sei que essa cura tava aberta. Aí eu peguei, fui pra [curadora] e disse que tava assim... Porque eu rezo muito, vou muito na igreja com minha sogra que ela é missionária. Ela é ministra da eucaristia e eu vou sempre com ela. Depois que eu comecei a ir na igreja eu tava sentindo umas coisas estranhas. Aí eu fui lá em [curadora] e ela me disse “ah minha filha é porque você não tinha fechado a outra cura” do outro curador lá. Uma reza puxou a outra, ela me explicou – Eu acho muito interessante. Aí ela pegou, fechou essa cura e fechou a cura do mal olhado também.

Ao fechar as curas, o efeito que ela sentia durante as rezas na igreja também acabaram. Assim como os olhares, as palavras organizadas nas rezas também imprimem poder que a faziam sentir sensações estranhas.

¹⁴ Informação relatada por anciãs da comunidade com as quais construímos interlocuções, cujos nomes fictícios são Hebe, Maraísa e Chica.

De forma transversal aos remédios, Ana utiliza como ferramenta de cuidado o uso dos chás que ela mesma elabora. Ela também se desloca pelo território em caminhadas, frequenta a igreja católica da comunidade, cultiva as plantas que tem, compartilha problemas junto aos parentes da comunidade. É nessa constelação de cuidados que encontra sua cura, a cada dia que passa sem que haja crises em que sente “muita preocupação, que eu fico botando na cabeça”.

Nos itinerários de Ana ela aciona diversos campos de conhecimentos. E ao mesmo tempo em que acessa campos que promovem diferentes compreensões quanto aos processos de adoecer e de recuperar saúde, nos indica o entendimento de que um diagnóstico não anula o outro, um tratamento por meio de rezas pode coexistir ao tratamento medicamentoso.

Um movimento que é percebido também nos itinerários de outros dos participantes deste trabalho, como o de João, Nêga e Francisca. A partir dessas experiências, nega-se a lógica moderna que imprime dualismos que formam contraposições, onde um não pode ser o outro, pois é contrário ao outro (Mignolo, 2017). É possível, ao mesmo tempo, ter sido alvo de feitiços, como nos diz João, ter mau olhado, como nos diz Ana, e sofrer com ansiedade e síndrome do pânico.

Não se percebe percursos lineares e direcionados a um único fim, mas um todo complexo que está em movimento, que só faz sentido uma vez que se tenta vislumbrar essa totalidade. Reconhecendo, entretanto, que sua captura completa é inacessível. Os campos de saber e de produção de saúde coexistem não necessariamente de forma complementar, mas de modo sistemático e orgânico, tecidos de heterogeneidades.

Talvez o sentido encontrado nesses percursos possa ser apontado por Krenak na série documental *Guerras do Brasil.doc* (2019), ao trazer que a convivência com a diferença que não aniquila o outro era percebida a milhares de anos na terra que hoje é chamada Brasil. Já

que havia um trânsito de inúmeros povos, desde os que ocupavam aquelas terras por 3 mil anos até os que haviam nelas chegado nos últimos 300.

A socióloga Silvia Rivera Cusicanqui explicita em seu trabalho a noção de *ch'ixi*, um conceito e palavra aymara que ela usa para compor a discussão sobre mestiçagem na América Latina.

La noción *ch'ixi*, como muchas otras (*allqa*, *ayni*) obedece a la idea aymara de algo que es y no es a la vez, es decir, a la lógica del tercero incluido. Un color gris *ch'ixi* es blanco y no es blanco a la vez, es blanco y también es negro, su contrario. (Rivera Cusicanqui, 2010, p. 69)

A autora fala do *c'hixinakax utiwa*, abreviado como *ch'ixi*, como uma cor que ganha diversas definições. É produto da justaposição de duas cores contrastadas ou opostas – a exemplo de branco e preto, roxo e verde, azul e laranja – cuja junção ocorre sem que haja mescla completa entre essas partes. A cor que resulta dessa mistura conserva pontos, manchas, das cores que a formaram.

Rivera Cusicanqui utiliza essa noção para discutir a relação entre o mundo indígena e o não indígena partindo da vivência e dos conhecimentos aymaras. Aponta, para isso, que a condição colonial encobre múltiplos paradoxos. Por um lado, o impulso da modernidade das elites europeizantes significou escravidão aos povos indígenas das Américas. Por outro, foi campo sob o qual se desenvolveram estratégias contra hegemônicas e novas linguagens. O *ch'ixi*, nesse contexto, é metáfora pela qual se põe luz a uma relação entre o mundo indígena e seu oposto por meio da coexistência das múltiplas diferenças culturais que não caminham à fundição, muito menos à extinção da cultura e conhecimentos indígenas. Ambas se reproduzem desde a profundidade de seus passados, de forma controversa ou complementar.

Ao rejeitar a idéia de uma contemporaneidade que não se mescla à realidade indígena, a autora levanta uma compreensão não linear do tempo, a possibilidade de uma modernidade

indígena que resgata o passado em “un continuo retroalimentarse del pasado sobre el futuro, ‘principio esperanza’ o ‘consciencia anticipante’ que vislumbra la descolonización y la realiza al mismo tempo” (Rivera Cusicanqui, 2010, p. 55).

Aqui, pensamos o ch'ixi para discutir o próprio *itinerário terapêutico* buscado pelas pessoas indígenas que dessa pesquisa participaram. A confluência de campos de saber acessados pode nos apontar compreensões que não se fecham na lógica moderna, dos conhecimentos que se excluem, mas em uma busca por cuidados que funciona de forma não excludente, que se relaciona à experiência do adoecimento para esses sujeitos. Os trajetos mobilizados, ao mesmo tempo que se situam em um contexto cuja colonialidade é pungente e atravessa diversas dimensões da vida das pessoas, indicam caminhos não lineares, que também falam dos conhecimentos tradicionais, também acreditam na intervenção das e dos curadores, nos benzimentos e rezas. Seus caminhos não se fecham em si, muito menos rumam à uma inevitável aculturação. Estão abertos e guardam inúmeras potências que podem vir a relacionar-se às mobilizações coletivas do povo Mendonça em retomada de suas terras e de suas memórias ancestrais.

A constelação de cuidados empregada decerto não significam que haja uma relação ingênua entre essas partes. Durante o início das entrevistas, era extremamente difícil que aparecesse questões sobre feitiços, curas, benzimentos, chás. Somente após mais de uma conversa, e por vezes por perguntas diretas sobre a presença dessas e outras ferramentas, é que esses elementos começaram a aparecer enquanto partes integrantes dos caminhos dos participantes. Se para os pesquisadores estava claro que as curas são também práticas de saúde, aos participantes, parece ter havido um receio de revelar essas práticas logo de cara. Algo que pode ter a ver tanto com o que Guerra (2007) pontua, sobre a necessidade de criação de vínculo e confiança entre os interlocutores para que se revele práticas da cultura

Mendonça. Quanto com a lógica evolucionista que incide sobre a sobre as epistemes (Quijano, 2005), e o epistemicídio direcionados às formas de conhecimento pertencentes aos povos indígenas das Américas (Grosfoguel, 2016).

As buscas por cuidado surgem, entretanto, por meio de uma gama de condições de vida que atravessa seus processos de adoecimento e produções de *bem viver*. Condições essas que transparecem na história de Ana. Uma moça jovem que foi diagnosticada com doenças que décadas atrás não faziam parte do cotidiano da comunidade, como relatado por dona Maria, e outras anciãs do território¹⁵. Os Mendonça se encontram em um território cada vez mais reduzido pela continuidade da lógica colonial, enfrentam uma diferenciação que os imputa preconceito na cidade referência da comunidade, e cujo acesso à saúde via SUS se dá sem diferenciação institucionalizada, sem que muitos dos profissionais conheçam a cultura de seu povo (Saberes indígenas na escola, 2017).

Uma das formas que Ana encontra para explicar seu processo de adoecimento diz do modo como vivia suas relações familiares:

Assim, porque minha família é um pouco complicada, aí eu fiquei juntando muita coisa pra mim com o cuidado da minha mãe. Com muita coisa, sabe? Aí me sobrecarregava demais (...) quando ela foi no pós parto dela com o menino, o mais novinho, ela ficou muito depressiva (...) aí eu como mais velha fiquei responsável por cuidar dela, as pessoas diziam “cuide dela, cuide dela, é sua mãe” aí eu cuidei né, só que foi tudo só pra mim. Nessa época eu disse “meu deus, se eu não adoecer agora não adoço mais não”. Aí pronto, passou essa época e continuou muito estresse, eu me estressando com limpeza, ficava muito querendo limpar tudo, (...) estresse de casa, com... muita coisa, aí aconteceu que eu fui internada, pronto.

Seu adoecimento, nessa ótica, não começa no surto, mas na história alargada de sua vida na qual a sobrecarga pelo cuidado aos familiares esteve fortemente presente, e também se relaciona ao adoecimento que outras mulheres da família passam ou passaram. Durante os períodos pós-parto da mãe, era dela o dever de cuidar tanto da mãe quanto do bebê recém-

¹⁵ Afirmação fruto de conversas livres que realizamos com as anciãs Hebe, Maraísa e Chica. Nomes fictícios por elas escolhidos.

nascido, o que provocava um contexto em que sempre havia “muita coisa” a se fazer, uma seara de cuidados que resultavam na declaração “meu deus, se eu não adoecer agora não adoço mais não”.

As possibilidades de construções de *bem viver* são interrompidas pela sobrecarga de coisas com que essas mulheres indígenas tem que se preocupar. A vulnerabilidade social que enfrentam transforma em incerteza a remuneração mensal e o acesso à alimentação – como percebemos na história de Maria – e coloca nelas pesadas responsabilidades sob o cuidado com os outros, adoecidos, como no caso de Ana. Ao adoecerem, o papel de cuidado que se coloca em suas vidas se torna um peso maior do que elas podem carregar.

Dona Maria, em sua entrevista, fala:

A tristeza que eu sentia era quando o meu marido estava doente [...] ele vomitava aquelas coisas pretas, aí o menino passou e levou ele pro hospital. No hospital ele ficou lá e morreu.

[...]

Tu sabe como é que sofre quando morre uma pessoa da família, né? Foi triste mesmo. O dono da casa é pior, viu?

Ela salienta que é pior perder o “dono da casa”, pois “o povo diz que quando se acaba o dono da casa, a comida da casa cai”. Ao falar de suas dificuldades, ela salienta tristeza pelo luto da morte do marido e o enfrentamento empenhado para cuidar de seus 11 filhos. Ela convive por um tempo, até receber a aposentaria que hoje a remunera, com a incerteza da possibilidade de oferecer cuidados e alimentação a todos eles.

Os elementos que Ana apresenta nos fazem relacionar seu papel ao de cuidadora, uma definição que, conforme aponta o Ministério da Saúde na Portaria nº 1395 (BRASIL, 1999) diz de uma pessoa, membro da família ou não, que se dispõe a cuidar de alguém que – por adoecimento, deficiência, envelhecimento – apresenta dificuldade na execução de suas atividades cotidianas. Auxiliando, com ou sem remuneração, na execução de atividades como

alimentação, higiene pessoal, administração de medicamentos, deslocamento a consultas, farmácias e administração financeira, independente do fluxo desse cuidado ou da gravidade da doença.

Estudos como o de Cardoso et al. (2012), que realizam uma revisão sistemática de literatura sobre a sobrecarga de cuidadores de pacientes de saúde mental, demonstram a maior prevalência de mulheres nessas posições, cujo cuidado perpassa entendimentos socioculturais e por vezes adquire uma carga moral. Tomasi et al. (2010), ao realizarem um estudo com cuidadores de pacientes do CAPS em uma cidade do Rio Grande do Sul, encontram maior prevalência de dependência de bebida alcoólica, tabagismo e transtornos mentais comuns nesse grupo. Ferreira (2020) aponta que, muitas vezes, as cuidadoras são mulheres não remuneradas, que exercem desde cuidados simples a especializados, por vezes pouco orientadas pelos serviços de atenção em saúde mental.

A sobrecarga que Ana relata enquanto algo relacionado a sua própria experiência de adoecimento coaduna com esses estudos. A estratégia que ela delineia, mediada por seu retorno à sua comunidade e pelos cuidados propiciados na ESF, foi estabelecer outra relação com sua família.

Eu tenho minha família, mas eu sei que não posso resolver todos os problemas delas, hoje em dia botei na minha cabeça isso. Antigamente eu queria resolver problema, ajudar demais, aí tudo eu queria resolver, tudo só pra mim. Aí não, hoje em dia eu compartilho com todo mundo e falo... boto pra fora tudo.

[...]

Assim, quando eu tô com algum problema eu conto ao meu marido, a minha sogra, eu conto pra todo mundo, pra não ficar pra mim (risos). Aí os outros me ajuda a resolver pra eu não ficar guardando muita coisa pra mim.

Ao passo que antes se via catalizadora dos problemas, cujas resoluções caberiam a ela, hoje compartilha seus problemas com os outros familiares de forma a chamá-los a entender e lidar junto. Subverte, desse modo, a lógica de cuidado que exerceu ao longo de sua vida. Ao

invés de unicamente cuidadora, ela ganha lugar de alguém que também suscita cuidados da família e que, por sua vez, não pode tomar para si a tarefa pela resolução de todos os problemas que despontam entre seus parentes.

Esse movimento pode nos dar pistas de um reestabelecimento de *bem viver* por meio da incorporação de *reciprocidade* nas interações comunitárias e familiares. Ao invés de cristalizado em uma única direção, o cuidado passa a circular entre as pessoas que compõe essa família, reorganizando-se, e dessa forma produz possibilidades de enfrentamento ao adoecimento.

E nesse sentido, fornece também janelas para pensar na atuação profissional frente a esse percurso que ela cita. Na esteira do que apontam, Nunes, Guimarães e Sampaio (2016), a saúde e a doença se interligam ao contexto socioeconômico e cultural dos sujeitos, sempre vinculados à sua realidade social, e, dessa forma o adoecimento mental ocorre quando há fragilidade ou ruptura entre a história psíquica do sujeito e a história da sociedade. Intervir em processos de adoecimento, mais do que um lidar com as sensações e sintomas que acometem a pessoa, também passa por reatar sua relação com aquilo que potencializa seus instrumentos no lidar com os tensionamentos de seu cotidiano.

5.3 O desabafo, conselhos, e outras formas de conversa

Ao falar de suas estratégias informais para o bem viver, Ana aponta os “conselhos”. Ao conversar com os mais velhos, gosta de escutar suas orientações que ajudam com os caminhos a seguir e os problemas a enfrentar, como será retomado ao tratarmos do último tópico desse capítulo **O bem viver na aldeia Amarelão**. Para além dos conselhos, que suscitam uma dinâmica geracional, outras forma de troca surgiram entre os interlocutores. Nêga cita o desabafo como estratégia de cuidado:

Às vezes eu gosto de desabafar com aquela que entrou aqui. Gosto de desabafar com ela... eu não desabafo muito com ela por que ela também teve uma perda recente, que foi a do marido dela (...) Mas tem um amigo meu que eu gosto de desabafar demais, desabafo demais com ele, ele me entende.

Para ela, o desabafar ganha lugar de compartilhar aspectos da vida que se mantêm escondidos no dia a dia, mas que provocam tristeza. Ao falar das suas memórias de vida, ela as classifica como “um sofrimento muito grande”. Que juntam uma série de lembranças, como a da violência física empregada por parentes da sua família doméstica:

Se eu falasse assim, com malcriação, com raiva... Pronto, eu pedi a ele pra ir pra uma festa num cantinho que tinha aqui, ele nem me respondeu. Quem me respondeu foi minha mãe, mas ela me respondeu com um tapa, tu acredita?

Ou o sofrimento pela morte de duas filhas pequenas:

quando ela tava com 5 meses de vida caiu doente, aí... eu fui no hospital com ela, e lá no hospital deram uma injeção que não era pra ela tomar. As doses que deram não era pra ela tomar. Aí quando foi a noite, ela foi e faleceu. Aí passei uns 4 anos sem ter menino. Engravidei de novo de outra menina, aí quando foi os 5 meses de vida a menina faleceu.

A morte de parentes próximos, como filhos, maridos, irmãos, foi algo também citado por outros participantes enquanto geradores de sofrimento. O sofrimento que chega à atenção psicossocial pode estar relacionado à não efetivação da atenção em saúde nos vários níveis de complexidade e dispositivos do SUS, para os mais variados agravos. O impacto do luto pelos que morrem repentinamente, de doença do coração, de brigas fora da comunidade, ou a mortalidade infantil é, infelizmente, presente dentro do Amarelão. Algo que escancara a não efetivação de vários direitos reservados aos povos indígenas já citados, o de uma saúde diferenciada que, como cita a PNASPI (2002) favoreça a superação dos fatores que fazem incidir os diversos agravos de saúde às populações indígenas do Brasil.

O desabafo, para Nêga, é um cuidado a ser empregado frente a esses sofrimentos que surgem nas suas lembranças mesmo anos depois de ocorrerem. Ao passo que o conselho ensina, recomenda, o desabafo chama ao reconhecimento de si no outro, um outro que “me entende” e por isso passa a partilhar dos meus sofrimentos em um processo que, no fim, promove uma sensação a de estar “mais leve”, como relata sentir nossa participante. A fala ganha vazão pela vida em comunidade, seus efeitos são possíveis pelo contato com familiares, colegas de trabalho, relações de amizade e mediadas pelos espaços de circulação e referência na comunidade.

Como apontado pelos Cadernos de Atenção Básica em Saúde Mental (2013), a oferta para escutar o desabafo, o que o usuário tem a dizer, é uma das primeiras ferramentas que podem ser utilizadas pelos profissionais de saúde na Atenção Básica, de modo que o paciente possa contar e ouvir seu sofrimento com a mediação do outro que apresenta disponibilidade para a escuta.

A partilha de sofrimentos enquanto cuidado por meio da fala, é também amplamente discutida na psicologia. A experiência de perceber-se detentor de uma voz, que é ouvida, é citada pelo CRP/SP (2016) enquanto importante promotor de efeitos terapêuticos no diálogo intercultural entre psicólogos e povos indígenas. O desafio, nessa seara, seria vincular a escuta expressa pelos psicólogos ao desabafo, ao conselho, ao partilhar de problemas, que nossas participantes citam.

Por vezes, pode haver o estranhamento dos indígenas a um espaço fechado, individual, onde logo no primeiro encontro cabe a uma pessoa desabafar enquanto a outra se põe em lugar exclusivo de escuta. A construção de vínculo que se fecha nas paredes de um consultório, com hora marcada, e sem que a pessoa que exerce a escuta, de fato, se apresente em sua subjetividade e cultura, pode indicar dificuldade do trabalho nesse contexto

intercultural. O que reforça o lugar de um cuidado em saúde territorializado, que englobe território não somente como um espaço geográfico, mas como espaço de agenciamentos que configuram as relações que as pessoas e grupos estabelecem entre si (BRASIL, 2013). E dessa forma, que não se centre em clínicas particulares, mas na atenção básica que circunda essas pessoas indígenas que reconhecem o desabafo como forma de recuperar saúde.

Nenhum dos participantes que acessei mantinham contato com psicólogos no momento da pesquisa, alguns passaram por atendimentos e escolheram interrompê-los, outros tiveram que interromper em função da pandemia de COVID-19, além dos que nunca tinham conversado com um profissional dessa área. A escolha de alguns deles em interromper os atendimentos dialogavam tanto com a dificuldade no acesso a atendimentos continuados nos dispositivos do SUS, quanto com a dificuldade de estabelecer vínculo com o profissional que o atendia.

Se a vida em comunidade se faz em vários aspectos do cotidiano entre os Mendonça, não há como impedir que transborde, em conjunto, no contato com os profissionais de saúde. Além disso, existem a questão da distância, que torna mais difícil aos pacientes em uma comunidade rural se deslocarem até seu município de referência (Ferreira, 2020) para continuar alguns desses cuidados particulares com os psicólogos. Para os serviços, isso implica um desafio a mais, já que, não se trata só de pensar em um dispositivo que se localize no território enquanto um espaço físico entre limites, mas que dialogue com suas dinâmicas e produza vinculações com aquela comunidade (BRASIL, 2013; BRASIL, 2019).

Daniela Godoy (CRP/SP, 2016) traz o princípio da interculturalidade enquanto busca ativa destinada a construir relações, efetivada por meio de uma disposição para o aprendizado e a mudança de si próprio pelo contato com o outro. Um exemplo que vai nessa direção, de uma escuta que também aprende, é trazido por Francisca ao falar de um psicólogo que a

atendeu na atenção básica. Ela diz que ele, ao ouvir sobre alguns chás e “remédios do mato” que ela falava nos atendimentos, “anotou na agendinha dele pra comprar e tomar”.

Ao falar de seus cuidados nessa seara, da saúde mental, Francisca relata uma relação de aprendizado com os profissionais pelos quais passou, já que, “como dizem os mais velhos, nunca é tarde pra aprender”. Ela entende esse espaço, de atendimento em saúde, como aprendizado. E é por meio do aprendizado que ela descreve sua passagem por esses profissionais que a marcaram, o psicólogo e o fisioterapeuta. O meio de atenção em saúde que ela está nos explicitando é um em que não só se fale nem só se escute, mas que se intervenha por meio do aprendizado.

Na esteira do que aponta o CRP/SP (2010), que traz que a construção de equivalências enquanto forma de propiciar diálogo entre o psicólogo e um povo indígena. Talvez, se tratando da realidade expressada pelos participantes da pesquisa, caiba ao psicólogo construir lugares entre o desabafo, o conselho e o aprendizado. O desabafo ao ouvir os sofrimentos e permitir-se ser alguém que busca entender o outro, o conselho no lugar de alguém que ensina por meio de sua abordagem e leitura de mundo – formado conhecedor de adoecimentos que, como dona Maria traz, não circulavam e nem tomavam a fala dos indígenas do Amarelão décadas atrás – ao passo que esse conselho deveria estar aberto também ao aprendizado. Um aprendizado que construa abertura aos saberes e memórias ancestrais que por ventura apareçam naquela pessoa que busca cuidado.

Longe de idealizarmos a relação entre profissionais e usuários de saúde indígenas enquanto espaço livre de opressão e de choque de lógicas de cuidado. Já que esse contato entre a saúde científica, institucionalizada, e saúde tradicional indígena marca também um choque entre epistemologias balizado por uma ciência moderna que construiu – e por vezes continua a construir – conhecimentos por meio do aniquilamento de outros (Grosfoguel,

2016). É entendendo a fala, o cotidiano e as memórias que circulam entre os Mendonça não na pretensão de controle, mas de aprender com essas experiências, que caminhamos rumo a uma psicologia, e uma atenção em saúde mental, territorializada.

É por isso que adentramos, no próximo tópico, em uma discussão sobre alguns dos cuidados que nossos participantes exercem pelas memórias ancestrais da comunidade.

5.4 Os remédios do mato, as práticas de cura e a religiosidade

Francisca, ao falar das estratégias de cuidado que utiliza dentro de casa, cita os “remédios do mato”. Parecem, aqui, a nomenclatura perfeita pra definir esse universo de saberes que circula entre as famílias:

Sempre tem aquelas coisas que minha mãe me dizia que fazia pra gente, aí eu fico lembrando o que ela dizia e eu dou. Tomo o chá e dou. Muita das vezes a medicina é boa, o remédio serve naquela hora. Pronto, eu tinha uma tia que tomava muito remédio do mato, ela dizia que era muito difícil de morrer um índio e é difícil eles comprarem remédio, porque as plantas medicinais são boas. [...] Mas quase todas as plantas curam, pra não depender de remédio. Tem gente que se “aviceia”, fica dependente de remédio. Só fica boa se for em um hospital. Tem que tomar o remédio controlado, não faz um esforço pra se livrar daquilo aí continua dependendo de remédio. Graças a Deus que comigo não.

Os “remédios do mato” surgem como alternativa aos “remédios de farmácia”, de modo que é uma vitória, a ela, não fazer uso de medicamento farmacêutico até hoje. As plantas curam, e revelam sua potência curativa nas lembranças de Francisca. Sua relação com essas práticas surge pelo vínculo familiar, ela perpetua ensinamentos passados por sua mãe e avó. Que, muitas vezes, aprendeu vendo os remédios que elas faziam. São um elo que a liga a seus antepassados, como diz o material *Avá Arandu: Nossas raízes e história* sobre a medicina tradicional entre os Mendonça (Saberes indígenas na escola, 2017).

A presença de uma medicina que guarda profunda relação com plantas da região onde vive aquele povo, repassada pela oralidade e ligada aos ensinamentos dos mais velhos é fator

observado em estudos com inúmeros povos originários. Seja do Nordeste ou de outras regiões (Ferreira, 2018; CRP/SP, 2010; Diehl & Grassi, 2010). A exemplo, Mota (2007) traz a relação dos povos Xocó e Kariri-xocó com a jurema, que representaria uma “planta professora” guia de vínculos com a religiosidade, o universo mágico, e até clarificadora de pensamentos e ações¹⁶. Para Francisca, as plantas parecem oferecer cura. Algo que também se presentificou entre as e os curadores da comunidade ao falarem dos remédios que faziam¹⁷

Os “remédios do mato” utilizados na experiência dos participantes foram majoritariamente os chás – como é possível perceber nas entrevistas de João, Ana, Thales, Maria – adquirindo diferentes lugares para cada um deles, ora de maior destaque, ora de coadjuvação. Francisca, além do suco de maracujá, diz “quando eu tô com uns pensamentos que querem dar uma tristeza, uma ansiedade, tirar o sono, eu faço um chá de capim santo, cidreira, erva doce. É bom”. Eles possuem efeito de acalmá-la pelo cheiro, como é o caso do capim santo. Ou por outras propriedades, como no caso da cidreira, que “é calmante, dizem que tão calmante que não é bom pra homem”. Além desses, aparecem os chás de “canela-do-mato”, “camomila” [Maria] e “boldo” [João].

A maioria dos citados pelos participantes constam também no material dos Saberes Indígenas na Escola (2017). No escrito, o chá de erva cidreira é calmante, a camomila promove alívio das dores, o capim santo – utilizado por dona Maria, que cita a doença “maniconia” entre as suas queixas – além de calmante, é útil ao tratamento de “crise nervosa” (p.45). A revisão de literatura de Souza et al (2019), que analisou 104 artigos sobre o uso de plantas medicinais no Nordeste, também aponta o efeito calmante da erva-cidreira e do capim santo, efeito desintoxicante do boldo e sedativo na camomila, alusivo a folhas e frutos destas.

¹⁶ A Jurema foi mencionada durante nossas idas ao Amarelão, embora não para os itinerários desses participantes. O que pode apontar um campo para investigações junto ao povo Mendonça.

¹⁷ Informação relatada por anciãs da comunidade com as quais construímos interlocuções, cujos nomes fictícios são Hebe, Maraísa e Chica.

Pontuam também que esses conhecimentos ganham forte circulação e relação com os conhecimentos locais em comunidades indígenas, quilombolas, ribeirinhos, pescadores e pequenos trabalhadores rurais, o que eles chamam de “medicina popular” (p. 12).

O uso do chá foi relatado tanto antes de dormir quanto ao longo do dia. Seu João nos diz que tomava chá de boldo “quando tava mais forte a doença”. Nesse tempo, o consumia várias vezes ao dia:

Chegava muita gente e dizia que chá de boldo era bom. Aí [esposa] faz chá de boldo pra eu tomar. Tomo, passava o dia todinho tomando chá de boldo. Tomava cinco ou seis vezes durante o dia.

O que pode indicar um uso relacionado à sua experiência com o adoecimento, como citado em Diehl e Grassi (2010). Enquanto sentia-se mal, fazia uso do boldo.

Ao retornarmos ao material produzido em contato com anciões Mendonça (Saberes indígenas na escola, 2017) o chá de boldo é referido como remédio para ressaca. Dessa forma, seu uso por João pode estar relacionado a uma trajetória de vida interpelada pelo intenso uso de álcool: “acho que essa doença não voltou mais cedo porque eu bebia muito. Quando eu tinha essa ansiedade eu começava a beber, a bebida empatava de eu ter. Aí eu deixei de beber...”.

A medicina ancestral é também usada junto aos medicamentos farmacêuticos. Ana nos traz seu exemplo: “Chá de camomila de noite eu tomo bastante, é muito bom pra relaxar (...) sim, é antes de dormir, depois que eu tomo meu remédio eu tomo um chazinho e me sinto super bem”. Ao longo do seu dia, ela faz uso três medicamentos “de farmácia”, pela manhã e pela noite. Depois dos que utiliza à noite, incorpora em seu cuidado a medicina da mata.

Tanto a elaboração de Ana, ao incorporar tratamentos que pertencem a epistemes diferentes, quanto Francisca, ao se contrapor ao uso do medicamento farmacêutico podem ser lidas como forma de manifestar consciência crítica e perseverar o vínculo com seus próprios

saberes. A configuração pelas quais são tomadas as dissidências pela América Latina, face ao contexto de violenta opressão, toma forma no rizo, da dança, da incorporação que permite dizer que “somos católicos mas rezamos em tupi-iorubá e pedimos conselhos a Exu” (Gonçalves, 2007, p. 77). As memórias ancestrais ainda estão ali, e esses relatos demonstram isso.

A matéria para elaboração dos chás esteve presente tanto nos quintais das casas das famílias, e para isso a família precisava cuidar da terra que forma seu “terreiro”, quanto pela compra de algumas ervas em mercadinhos próximos à comunidade. Alguns dos participantes relataram outras pessoas da família enquanto elaboradoras dos remédios, como a mãe de Thales ou a esposa de seu João, enquanto outras se trouxeram autoras dessa elaboração, como nos informam Maria, Ana, Francisca. Foi possível, dessa maneira, perceber indicativos de marcações de gênero nas quais as mulheres tornam-se, comumente, as pessoas que elaboram os chás e outros “remédios do mato” dentro das *famílias domésticas*.

Os remédios de farmácia, para as doenças que compõe a seara da saúde mental, são receitados para um uso constante. Como percebemos em Thales, a Ana, seu João, todos eles utilizam seus medicamentos diariamente, organizando uma composição diária de 2 ou mais remédios que possuem hora ou turno exato ao seu uso. Os chás que consomem, entretanto, se relacionam a suas vivências em cada dia de uso, em medida que aparecerem as sensações que compõem sua queixa. Professores Mendonça (Saberes indígenas na escola, 2017), ao organizarem conhecimentos de medicina tradicional de seu povo partindo das e dos Anciãos das comunidades, advertem diversas formas de uso dos tratamentos listados. Existem os remédios preventivos, como a casca da Banana triturada para vermes no sistema digestivo, os que possuem limite para uso, como a pasta de acerola que intervém em gripes ou acúmulo de

catarro, e os que podem ser utilizados até persistirem os sintomas, “sempre que necessário” (p. 45).

Para os *remédios do mato* são utilizadas diversas partes das plantas – os frutos, folhas, raízes, caules, cascas de árvores ou ramos – que são cozinhadas, se tornam chás, infusões, garrafadas, lambedores, ou mesmo misturadas até formarem pastas. Em alguns casos, é necessário fazer o tratamento sem que se use remédio de farmácia junto, em outros, não há contraindicação¹⁸.

Embora existam pessoas na comunidade que acumulam uma série de conhecimentos sobre as plantas e animais do território – que por isso elaboram tratamentos a diversos adoecimentos – os conhecimentos sobre os chás encontram-se difundidos entre as famílias Mendonça¹⁹. Não ficam restritos a figuras específicas detentoras de conhecimento, como no caso das e dos curadores, das parteiras, ainda que possam ser ensinados por eles. Esses saberes transitam de modo que existem as pessoas que possuem mais familiaridade com o preparo de garradas, outros de lambedores, outras fazem reza e curam alguns adoecimentos específicos. Seu João, ao falar de como soube do uso do chá de boldo, nos diz que “as pessoas daqui de dentro mesmo que ensinam, o povo diz”, revelando uma circulação desses conhecimentos dentro da comunidade.

Desses mediadores de cuidado, curadoras(es) apareceram em alguns dos itinerários dos participantes, como Thales, Ana, João, Nêga e Maria. Ao trazerem essa passagem no lidar com seus sofrimentos, entretanto, referem-se a outros adoecimentos. O que encontra as informações socializadas em Batista (2014), que traz que as categorias que hoje são agrupadas em transtornos mentais muitas vezes não se evidenciam dentro da memória coletiva dos povos indígenas. Ferreira (2018) e Diehl e Grassi (2010) também apontam, em congruência, a

¹⁸ Informação relatada tanto pelo material Saberes indígenas na escola (2017) quanto por anciãs da comunidade em conversas livres.

¹⁹ Fato obtivo por meio de conversas livres na comunidade, informado por Kaline Cassiano.

existência de sistemas de cura e cuidado próprios que contam com categorias diversas aos agrupamentos de sintomas que trazem as ciências da saúde.

Sobre os e as curadoras Mendonça, Thales nos diz:

Eu já, mas aí é mais pra fazer a visita, porque eu sou amigo da pessoa. (...) Aí a pessoa dizia “Ah mas o Thales tá com cara tão de desanimado, de abatido, deixa eu fazer uma cura”. Aí tá certo, eu gosto de te amizade com os velhinhos assim, que faz cura, sabe? Mora ali do assentamento, aí de vez em quando eu vou, mais para conversar, de vez em quando faz cura aí eu “tá certo”.

É pelas relações de amizade que ele acessa os cuidados da cura, intervenções que valoriza, mas não entende aprofundadamente. Nessa fala é possível perceber que existe uma demarcação geracional, os curadores são “velhinhos” que fazem cura, o que salienta o lugar dos anciãos da comunidade enquanto principais guardiões desses saberes na atualidade. Relato que vai ao encontro do escrito nos Saberes indígenas na escola (2017), que traz que os jovens da comunidade estão menos apropriados dos conhecimentos que esses anciãos perpetuam. Uma dinâmica que, segundo os autores, se relaciona com a maior proximidade dos Mendonça com as cidades e o acesso facilitado aos medicamentos farmacêuticos.

Ao falarmos de curadores e curadoras Mendonça, buscamos pincelar como esses saberes se articulam no cotidiano e nos percursos de cuidado realizados por moradores do Amarelão. Não se trata, portanto, de buscar alcançar culturas “originais” que nos façam construir um ideal de alteridade indígena (Oliveira, 1998; Guerra, 2009). Mas de respeitar a capacidade de ação histórica desse povo e reforçar o lugar dessas mulheres e homens como pessoas que guardam memórias dos antigos e se relacionam à expressão cultural do povo Mendonça. São pessoas procuradas dentro da comunidade por serem referência para elaboração de alguns remédios do mato, realizarem benzimentos, rezas, dentre outros cuidados.

Nossos participantes os procuraram para curar mau olhado, como já citado por Ana, também o “olho pra baixo”, como cita Thales.

Olho pra baixo, é tá com um olhar meio pra baixo, a fala arrastada, meio preguiçoso. Aí é tipo um diagnóstico que eles já dão na hora, é tipo uma energia negativa que eles percebem (...) você tem que ir lá três vezes pra fechar a cura, ou no pôr do sol ou no nascer do dia. É interessante demais, nem eu entendo, mas acho legal.

Curam intervindo de variadas formas. Para o mau olhado, como já dito, benzem com um ramo verde de três folhas. Para o olho pra baixo, realizam também rezas em uma cura que deve ser realizada em determinadas horas do dia. Nem tudo é revelado, as anciãs com quem falamos nas conversas livres nos informaram que muitas rezas eram escondidas até delas mesmas, como filhas que conviviam com uma mãe curadora²⁰. Marin e Scorsolini-Comin (2017) assinalam que a benzeção pode ser descrita como atividade terapêutica, realizada pela relação dual entre aquele que busca cuidado e o que benze. Nessa relação, o curador realiza uma mediação entre o sagrado e o humano buscando a cura, intermediado por rezas.

Antes de ir ao médico, seu João relata ter ido a uma curadora da comunidade em função das suas queixas, que posteriormente resultaram no diagnóstico da ansiedade. Foi identificada nessa visita “uma rebola que botaram aqui pro povo de casa”, de modo que “pegou em mim e ela disse que eu tinha ficado desse jeito”. Rebola, ele nos explica, é sinônimo de feitiço. Por meio da reza e do fechamento da cura ele diz que ficou “mais melhorzinho”. Conforme aponta Simões (2014) ao falar de benzedeadas do Espírito Santo, essas mulheres e homens Mendonça atendem por meio da necessidade de quem os procura, geralmente em casa e sem hora agendada, data, nem remuneração em dinheiro: “ela só fez a cura porque minha esposa pediu, pelo amor de Deus, pra mim curar, porque eu tava mal mesmo”.

²⁰ Informações fornecidas pela anciãs Maraísa, Chica e Hebe (nomes fictícios escolhidos por elas)

Ao falar sobre seu próprio entendimento dessas práticas, Thales diz: “acredito que é só ter fé que vai dar certo e vai. Aí quando ela diz que tá tudo certo, pronto! Já acabou a cura e você já tá melhor. E realmente a pessoa se sente melhor”. Nesse sentido, aponta para a compreensão de que aquele cuidado é eficaz. Demonstrando uma subjetivação que o faz aderir às recomendações sugeridas, receber as rezas, e entender seu problema como resolvido, seja parcialmente, seja de maneira total. Por meio dos relatos dos participantes, entretanto, foi possível perceber que esses mediadores de cuidado não são acriticamente aceitos, se eles acham que um curador não é eficaz, podem recorrer a outro que por fim resolva o problema.

Nas práticas de cura que acontecem no povo Mendonça, as rezas são destinadas aos santos específicos daquela curadora, a Jesus, a Deus. Há uma espiritualidade que circula por essas práticas, alinhada ao entendimento de que todos os poderes são oferecidos e permitidos por Deus. Dessa forma, existe a possibilidade de perda de alguns dos dons que se manifestam na curadora, sustentados por um equilíbrio que têm a ver tanto com a relação junto ao sagrado, quanto pela que se estabelece com a pessoa que recebe a cura. A falta de um material requerido para um ritual específico, por exemplo, pode comprometer a capacidade da curadora de realizar outras intervenções do mesmo tipo²¹. São práticas que incidem sobre o corpo espiritual e físico, cujos conhecimentos são repassados majoritariamente pela oralidade (Marin & Scorsolini-Comin, 2017; Simões, 2014).

A relação com o “mato” é muito forte, os remédios praticados por esses mediadores de cuidado são elaborados por cascas de árvores, banhas de animais, plantas achadas na mata nativa do Amarelão ou cultivadas nos quintais das casas. Resultando em garrafadas, lambedores, vários outros *remédios do mato*. A cabeça de nêgo na cachaça, por exemplo,

²¹ Idem.

pode ser consumida para curar algumas doenças sexualmente transmissíveis²². E é a partir do contato com o mato que transparece a intensa relação com a natureza nestes processos de cura, do ato de pegar a cura que o mato oferece.

Outro ponto que perpassa a experiência dos participantes, não só no contato com benzas e curas, é a percepção de adoecimento mediada pela religiosidade e sagrado. Francisca, por exemplo, fala: “Deus me ajudou, né? Porque tudo na nossa vida é permissão de Deus. Não adianta dizer assim ‘tive um problema, fui pro médico e fiquei boa’, foi porque Deus permitiu. Se ele não permitir nada acontece”. João entende relação entre seu adoecimento a o fato de não ter ido à Romaria do Bom Jesus dos Navegantes, que os Mendonça realizam ao fim de dezembro no município de Touros (Costa & Silva, 2020). Ana diz que vai rezar enquanto forma de se sentir melhor, na igreja católica que frequenta.

Ao ligarem tantos seus processos de adoecimento quanto a promoção de um *bem viver* à religiosidade que expressa em suas vidas, os participantes revelam a dimensão do sagrado não como separada da saúde e da doença – que se restringiria, a partir do olhar das ciências da saúde, a um constructo biológico explicado somente pelo corpo e por dimensões químicas, ou, por outro lado, psíquicas (BRASIL, 2010). Nesse sentido, confirma-se o apontado por CRP/SP (2010) e BRASIL (2010), a dimensão da religiosidade e do sagrado tem que ser acolhida pelos profissionais de saúde de forma a atentar à especificidade na criação de estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde daquele território. Rompendo com as estratégias verticais e uniformizantes.

5.5 Da porta de casa às ruas do Amarelão

Retomando Takuá (2018) ao falar de *bem viver*, o modo de ser só é possível pelo lugar de ser. Para ela, o lugar de ser é mata, floresta, são as terras ancestrais de seu povo. Os

²² Novamente, essas informações foram fornecidas pela anciãs com as quais construímos interlocução, cujos nomes fictícios são Maraísa, Chica e Hebe.

Mendonça, nas suas migrações ao longo da história colonial, vieram do brejo das bananeiras e se estabeleceram em baixa verde fundando um *lugar-refúgio*, um lugar onde o grupo familiar se reestabeleceu, reestruturou, e lá passa a reorganizar seu sentimento de pertença, universo cultural e simbólico (Guerra, 2007). Continuam tendo que reestruturar seus lugares quando a expansão de João Câmara foi transformando as comunidades, tais como se organizam hoje, em Amarelão, Serrote de São Bento e todas as outras que compõe o *Território Mendonça*.

É nessa tarefa de reconstruir um lugar e atribuir a ele pertença e cultura, que organizamos nesse tópico alguns elementos que ligam nossos participantes ao lugar de ser que lhes é permitido, a cada passo. O *lugar-refúgio* que os Mendonça produzem se embrenha nas relações familiares, nas celebrações, nos lugares de lazer e esporte, e desse modo não se findam nos elementos aqui apontados. O que nos é possível fazer é apontar aproximações entre uma construção de bem viver e o trânsito desse território.

Para se ver livre das sensações que compõe sua “ansiedade”, João caminha:

Eu me sinto melhor, quando dar uns negócios em mim, quando saio, assim, caminhando. De repente dá um negócio, aí eu saio andando, caminhando, aí fico melhor uma coisinha.

[...]

Tem dia que eu arroteio o amarelão todinho, caminhando.

[...]

Passei mal mesmo, quase que ia morrendo. Eu andei daqui de casa, lá pro amarelão. Dei umas oito viagens. Eu ruim mesmo, o coração avexado, avexado, avexado. Eu comecei a caminhar de manhãzinha até dez horas do dia. Ia lá e voltava, ia lá e pra trás. Suando pra ver se passava e ela não ia.

Essa caminhada não tem destino, e desse modo não é racionalizada enquanto meio de chegar em algum lugar, entretanto ela é pensada, ele começa a caminhar com o intuito de que aquele ato o tranquilize. Ele anda dentro de sua casa ou fora, no Amarelão. Ao descrever as sensações que tem, usa a palavra “sentido” para falar de “medo” e “raiva”, mas também das sensações que acometem seu corpo, como o “coração avexado” ou “minhas mãos ficam geladas e os pés ficam frios”. E é por meio desse corpo que se move, dentro de casa ou pelas

ruas da comunidade, que se sente melhor. Em outras conversas isso também é notado – o luto que faz a pressão baixar ou subir, a raiva que gera manchas na pele – a cisão entre mente e corpo parece estar borrada nessas compreensões de adoecimento. O que pode ir ao encontro do apresentado por CRP/SP (2016), os paradigmas que norteiam os cuidados e a compreensão sobre adoecimentos entre os povos indígenas recorrentemente se relacionam a uma integralidade, na não separação entre as doenças da mente e do corpo.

O destino aparece no caminhar dos outros participantes, que transitam pela comunidade para ir à casa de parentes, acessar espaços de lazer de estudo, música, praticar futebol, como diz Thales:

E minha válvula de escape pra todo tipo de estresse é mais no final de semana mesmo, começo a sair [...] sair de casa né? Porque passar a semana enfurnado... mas eu gosto muito de sair. A partir de hoje, na sexta-feira, começo a sair, sexta, sábado e domingo

Ele circula por bares dentro do Amarelão, pela praça que fica em frente ao *Museu Território Indígena Mendonça*, e lá se senta nos degraus do Museu junto com vários outros homens da comunidade. Sai também pra a comunidade vizinha, onde tem família, no Serrote de São Bento, e vai para a casa das tias, se encontrar com os primos. Vai para João Câmara, que “também tem pracinhas como aqui, só que maiores”.

Dona Maria já delimita:

A pessoa viver só sentada? Tem que fazer movimento. Mas vê, quando é noite essas minhas pernas tudo doídas, quase que eu não dormia. Uma dor tão grande, essas veias aqui quase [incompreensível]. Elas vão bem estourar

Silva (2019), ao investigar o autocuidado em idosos Mendonça, também encontrou esse entendimento em sua pesquisa, de que os idosos enxergam que saúde tem relação com a capacidade de realizar suas atividades cotidianas. Dessa forma, um movimento que não se centra só no andar entre espaços das comunidades em que vivem, mas nas atividades que

exercem dentro de suas casas, lavando, guardando, trabalhando. Dona Maria, por exemplo, se sentia bem costurando:

Aí quando tinha uma festa de casamento, que a pessoa era solteira, eu e [nome de amiga], né? Comprava aqueles panos pra nós e nós não ia pra costureira cortar não, nós é quem cortava e fazia.

Entrevistadora: E a senhora ficava feliz com isso?

Ficava sim, porque eu sabia fazer minhas roupinhas, não precisava pagar ninguém.

Os vários campos de futebol do Amarelão também são espaços onde circulam crianças, adolescentes, adultos. Nêga relata ir a espaços tanto dentro quanto fora da comunidade para jogar “é, a gente joga em João Câmara, joga em pedra grande, em todo canto a gente joga. Acho bom, distrair a mente”. Ela vai junto com outras mulheres, que serão as parceiras de jogo no local de destino.

Deixar de andar, por outro lado, pode gerar adoecimento:

o médico disse que eram três meses pra voltar a andar e eu pensei que Deus me livre passar esse tempo sem andar. É triste você querer andar e não poder, viu? Aí as meninas arranjaram um andajá, a mãe de uma amiga tava com um problema no pé, e eu comecei, né? Aí era bom demais, quando eu sentava que queria me levantar era o momento em que eu lembrava. Menina... ei foi triste, viu?

Essa fala de Francisca faz referência ao pós operatório de uma cirurgia que teve que fazer no tornozelo. Nesse momento, sua grande preocupação era o tempo sem que fosse possível andar e realizar todas as suas atividades diárias. Ao ver-se sem possibilidades de andar, seu sofrimento era reafirmado a cada momento em que desejava levantar da cadeira e não podia. Uma dor que demonstrava uma cisão dela com a possibilidade de circular pelo território, realizar seu trabalho dentro e fora de casa, que interrompe os vínculos que compunham seu cotidiano.

Uma série de autores das ciências sociais e humanas usam o caminhar enquanto um princípio filosófico, teórico ou até metodológico em suas reflexões, tal como demonstra Careri (2013). La Cecla (1988), por exemplo, disserta sobre o perder-se, um caminhar sem

rumo, caracterizando-o assim enquanto uma relação de abertura ao domínio do espaço para com o humano, que demonstraria a abertura do humano a aprender com o espaço que o circunda. O autor traça, em contraposição, uma relação inversa, que existiria face ao deslocamento do humano com um ponto de chegada no espaço, em que a dominação se exerceria do humano em direção ao espaço. Ao estabelecer uma relação assimétrica, pauta uma oposição que gera dominação nas relações entre humano e espaço.

Mas será esse o movimento? Será que o ato do caminhar enquanto uma estratégia face às sensações que retiram o bem estar, que distanciam de um *bem viver*, imprime sempre uma relação de dominação, invertida ou não?

Os guaranis, por outro lado, citam o caminhar como forma de produzir saúde em sua cosmologia, a partir da nomeação *Jaquetá* (Pradella, 2009). O movimento e a caminhada, nesse contexto, fazem parte da cosmologia de deuses Guaraní-Mbyá, que criam vida humana e não humana ao movimentarem-se pelo mundo. Dentro das comunidades dessa etnia, caminhar se torna forma de produzir vida, de conhecer cheiros, árvores, cascas, lugares. De lidar com o sentimento de tristeza e de construir vivência no mundo, e, dessa forma, sabedoria.

Os Mendonça, ao migrarem produziram sobrevivência, e ao se movimentarem hoje produzem saúde, lidam com a ansiedade, a tristeza e todos os *sentidos* que relatam sentir. Não parecem buscar a dominação do lugar onde vivem, mas circular para conviver com os outros e desfrutar dos espaços da comunidade.

Se aqui recuperarmos Careri (2013, p. 51), veremos que, para o autor, “o caminhar é ato perceptivo e criativo, que ao mesmo tempo é leitura e escrita do território”, pois vemos de que maneira o movimento que ampara o caminhar transforma os lugares, mapeando-os e tornando-os familiares. Esse percurso orienta o desenhar de um território que não é estanque,

mas acha-se em fluxos que formam novas teias de percepções que traçam os caminhos de um *bem viver*.

É num tal sentido que observamos a existência das pessoas indo e vindo, parando, retornando, realizando suas tarefas diárias, trabalhos e cuidados, se relacionando e habitando uns com os outros, em *intercâmbios de reciprocidade* (Albó, 2019): *qamaña*. Os fluxos da mente parecem dialogar diretamente com os deslocamentos na exterioridade. No ato de percorrer o território e de estar à volta com outros, se delineiam ciclos que se afetam mutuamente, reafirmando uma complexidade e complementariedade do eu com o outro. E contribuindo para um *bem viver* coletivo que encontra sentido na direção de seu movimento.

5.6 Apontamentos sobre a relação com os serviços de saúde

Retomamos nesse ponto um tema que já pincelamos em várias partes do texto, a relação dos participantes com os dispositivos institucionalizados de saúde, ligados ao SUS e à saúde particular. As relações com essa seara de dispositivos que perpassam os itinerários são muitas, de modo que vamos levantar alguns pontos recorrentes sobre esse tema por meio de falas dos participantes. Nesse tópico, faremos uma breve apresentação dos serviços de saúde que atravessam os Mendonça hoje e em seguida traremos alguns relatos dos participantes sobre suas vivências com profissionais de saúde que compõe sua atenção psicossocial de algum modo. O dispositivo específico de atuação dos profissionais citados será diferenciado somente em função do nível de complexidade, de modo a prevenir exposição tanto dos profissionais quanto dos usuários.

Ao indagarmos os participantes sobre seu acesso à saúde por meio do instrumento do questionário, Tabela 3, ganham destaque uma série de dispositivos formais de saúde. As respostas confirmam algo levantado também no cotidiano da pesquisa: um dos principais dispositivos de saúde formal no Amarelão é o posto de saúde, como nomeado popularmente,

ou Estratégia de Saúde da Família (ESF). Uma atenção que é oferecida dentro da comunidade Amarelão.

Essa atenção, por não ser ligada à SESAI, escancara as limitações impostas pela relação entre estado brasileiro e povos indígenas até hoje, 2021, já que quase 30 anos depois do prazo estabelecido pela constituição de 1988 para demarcação de todas as terras indígenas, os Mendonça não têm seus territórios demarcados²³. O que não permite que um dispositivo de atenção diferenciada ligado à SESAI seja construído dentro do território do Amarelão, por exemplo (PPGAS/UFRN, 2020) e dificulta a inserção de profissionais ligados à atenção em saúde indígena no território, muito embora o dever da união em promover atenção diferenciada a todos os indígenas do Brasil ainda esteja instituído.

Em conversas pela comunidade, ouvimos relatos da experiência onde profissionais do DSEI Potiguar da Paraíba atendiam também o *território Mendonça*, utilizando inclusive a casa de moradores para realização dos atendimentos da atenção básica. A sala tornava-se lugar para receber as pessoas que buscavam cuidado, alguns quartos, lugares para atendimentos mais reservados. Atualmente, com a interrupção dessa relação desde 2018, as costuras que vão na direção da adequação dos serviços de saúde ofertados no ESF às especificidades do povo Mendonça dão-se pela atuação dos agentes comunitários de saúde (ACS). Mulheres Mendonça que recorrentemente conhecem as famílias atendidas pelo posto e que constroem alguma comunicação com as lideranças da comunidade (PPGAS/UFRN, 2020). E, em acréscimo, por formações sobre saúde indígena que alguns profissionais do posto acessam de forma individual.

²³ Informação acessada em

< https://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/seguranca_alimentar/doc/leis/1988/Lei%20-%20Os%20indios%20na%20Constituicao%20Federal%20de%201988.pdf >

O atendimento psicossocial na atenção básica do SUS deve funcionar em uma rede de cuidados, isto é, uma rede que se forma por fluxos entre os trabalhadores que realizam as intervenções, que estabelecem conexões entre eles, organizando seu funcionamento mediante um determinado projeto terapêutico (Franco (2006, citado por BRASIL, 2013). Esse Projeto Terapêutico Singular (PTS) corresponde à proposta de um conjunto de condutas terapêuticas que se articulam pela equipe interdisciplinar dos serviços (Oliveira, 2007). Conforme aponta os Cadernos de Atenção Básica em Saúde mental (2013), as práticas relacionadas ao cuidado em saúde mental podem ser realizadas por todos os profissionais de saúde, orientada pelo vínculo que cada profissional cria com o usuário, e o entendimento do território de atuação.

As intervenções de saúde mental²⁴ que pudemos observar no serviço foram majoritariamente realizadas pelos profissionais que atuam no posto diariamente – como médico da família, equipe de enfermagem, ACS. Tais como o acolhimento dos usuários na chegada do serviço, a escuta dessas pessoas em atendimentos individuais (empenhados principalmente pelo Médico de Família e Comunidade), o acompanhamento do uso dos medicamentos psicotrópicos de alguns usuários e até a participação destes nas intervenções grupais oferecidas. As ACS acompanham 20 pessoas com agravos em saúde mental, observando seus estados de saúde e situação quando ao uso dos medicamentos.

Para além dos atendimentos individuais, o ESF realiza ações de educação em saúde do trabalhador – falando especificamente do trabalho no beneficiamento da castanha – e campanhas de prevenção ligadas ao outubro rosa, novembro azul, setembro amarelo, dentre outras que visam prevenir agravos específicos de saúde. Durante uma das visitas à comunidade, havia uma campanha de prevenção relacionada ao Novembro Azul em

²⁴ Nos sustentamos no entendimento que trazem os *Cadernos de Atenção Básica em Saúde mental* (2013) para delimitar e ler as ações que corresponderiam a intervenção em saúde mental.

andamento, e em função dela parte do local de espera foi decorado e contou com um pequeno material informativo (Apêndice I).

Existem também ações de caráter grupal, como o grupo de terapia comunitária com fluxo aberto, embora muitas dessas intervenções tenham sido interrompidas por seguidos meses em função da pandemia. Há também um grupo direcionado a gestantes e outro que se chama “hiperdia”, para hipertensos e diabéticos. Destas intervenções, foi possível acompanharmos um encontro do grupo de terapia comunitária integrativa. De acordo com Barreto et al (2020) trata-se de uma Prática Integrativa e Complementar em Saúde (PICS) e “uma intervenção psicossocial avançada” (p. 3) direcionada pela construção de vínculos solidários, que cria espaços de partilha de sentimentos e centraliza sua ação na reflexão sobre o sofrer. Em um último momento da intervenção, a reflexão arremata na busca por estratégias de enfrentamento a partir da potencialidade de cada pessoa.

Como já citado, os participantes que fazem acompanhamento psicossocial dentro desse serviço os classificam de forma positiva. Como percebemos na fala de Ana ao referir-se ao médico da família: “eu sinto muito bem quando converso com ele (...) ele tá conseguindo me acompanhar, e ele sabe todo o meu histórico de vida”. Tal relação junto aos dispositivos de dentro dos territórios indígenas foi também apontada em Ferreira (2016) e Diehl & Grassi (2010), que tratavam de estudos sobre os Akwê Xerente e os Guarani, respectivamente. Foi citada, entretanto, dificuldade no acesso a renovação da receita para uso contínuo de medicamentos:

meu remédio acabou na quarta. Eu devia ter ido antes, o doutor já disse que quando tiver próximo de acabar, aí você vem, pra não faltar muitos dias. Aí, na quinta já não deu pra renovar e eu tive de esperar a quinta-feira, a sexta, sábado, domingo e a segunda-feira pra renovar, pegar em João Câmara, e voltar a tomar o remédio [Thales]

A atenção diretamente com psicólogo é relatada pelos participantes como escassa em qualquer etapa dos serviços de saúde, e o atendimento particular com esse profissional aparece em alguns dos itinerários aqui descritos. Sobre essas dificuldades, Francisca relata:

Aí fiz umas consultas com o [psicólogo]. Até o fisioterapeuta dizia pra eu não deixar de fazer as consultas com o psicólogo, pq é bom. Mas eu não tava sentindo mais.

[...]

E quando vinha pra aqui tinha muita gente que ia, não tinha vaga. Aí como eu tava me sentindo bem, deixei para os outros que tavam precisando mais.

Ela se refere ao atendimento que estabelecia na atenção básica, que consistia em acompanhamento clínico individual. Desse modo, a dificuldade do acesso aos serviços gera empecilhos a uma atenção continuada, que passa a ser empregada somente nos momentos de maior pico nas sensações que compõe seu adoecimento.

Os serviços de atenção especializada, que formam a atenção secundária em saúde, são os menos citados pelos participantes. O CAPS, por exemplo, aparece no itinerário Thales como um dos dispositivos que frequentou, mas deixou de acessar. Na direção do que aponta Ferreira (2020), a disposição espacial desses serviços especializados da atenção psicossocial, majoritariamente nos centros urbanos, faz com que a entrada e permanência de usuários de comunidades rurais seja dificultada.

Desse modo, a atenção em saúde para além dos serviços básicos se torna uma gestão dos momentos em que as “sentidos”²⁵ encontram-se tão acentuados que fazem com que a pessoa “caia doente” e busque apoio diretamente nos hospitais. As ausências na assistência em saúde podem favorecer um cuidado hospitalocêntrico e medicalizado (Ferreira, 2020). João, ao nos contar sua história, ilustra essa relação:

Eu vivia bom, mas faz três anos que eu caí doente. Mó de ver como isso começou, eu vivia bom... começou em dezembro de 2019, dei entrada no hospital e fiquei desse jeito.

²⁵ Nome que João cita para fala dos sentimentos, enquanto emoções e sensações do corpo.

Ao nos destalar sua história de vida, entretanto, aponta que os sentidos que o levaram a buscar ajuda médica, tais como:

eu sinto mais dor no peito, uma dor furando
 [...] eu fico avexado, aí bate uma frieza dos pés à cabeça, dos pés para a cabeça tudo gelado
 [...] eu tenho medo assim. Quando vem aquele supetão, aquele medo, meus pés ficam logo gelados, aí vem logo aqueles pensamentos maus, aí vem o pensamento e vem o medo. Medo que eu fiz alguma coisa de errado.

Faziam parte de sua vida antes, mas ele os mantinha distantes pelo uso de bebidas alcóolicas. Ele só procurou atendimento para essas queixas no hospital, após enfrentar um acirramento de todas essas sensações e pensar que se tratava de uma doença do coração. Desse cuidado, irrompeu o uso dos medicamentos psicotrópicos que mantém até hoje, com os quais guarda uma relação de dependência. Assim como para outros participantes, como Thales e Ana, o hospital se torna o primeiro lugar em que se busca atendimento face a um sofrimento psíquico intenso (Ferreira, 2020), seja por escolha voluntária, seja por intermediação de seus familiares. Que os levam a esses dispositivos ao tomarem consciência do adoecimento enfrentado por seus sobrinhos, filhos ou netos. E dessa intervenção hospitalar, os participantes passam usar medicamentos de forma continuada por anos.

A experiência frente ao uso de medicamentos

Três dos participantes que pontuamos fazem, até a atualidade, uso de psicotrópicos. Tratar sobre a experiência deles vai na direção do que pontua Diehl e Grassi (2010), entender os medicamentos somente em função de suas bases farmacológicas e bioquímicas não basta, há de buscar compreender as situações dinâmicas nas quais uma pessoa os percebe e utiliza. No Brasil, o acesso a essa esfera de remédios pelas populações indígenas aumenta por consequência da presença de equipes de saúde nas comunidades ou do trânsito por dispositivos da saúde como hospitais, CAPS, dentre outros (BRASIL, 2019).

Ao falar dos medicamentos que usa hoje, Ana nos conta que por algum tempo se sentiu incomodada. Atribuindo a eles efeitos como o ganho de peso, sentido revolta frente a sua experiência de adoecimento, sentido mudanças em seu corpo, que ela atribui à existência de “muito hormônio nesses remédios, muito hormônio pra a mulher”.

Não, antes eu só tomava remédio e não conseguia identificar minha doença. Assim, eu ficava um pouco revoltada com o que aconteceu, ficava mal. Eu não queria... eu não queria... Sim, eu ainda me neguei a tomar remédio. Faz pouco tempo, no final do ano. No final do ano eu peguei... aconteceu que parei de tomar meu remédio porque estava gorda, engordando bastante. Aí eu disse “vou parar de tomar esse remédio, porque é o remédio”

Hoje, fala que com o acompanhamento médico conseguiu entender melhor o uso desses remédios, e voltou a tomar depois de ter “umas certas crises, preocupação”. Que se iniciaram após o momento em que interrompeu o uso dos medicamentos.

Nesse ponto, sua história confirma a necessidade de acesso regular à rede de atendimento em saúde mental para acompanhamento desses usuários. Por um lado, o uso indiscriminado desses medicamentos psicotrópicos expõe essas pessoas indígenas a reações adversas, intoxicações medicamentosas, ou mesmo à dependência. Por outro lado, a descontinuidade de um tratamento também pode afetar o bem-estar delas, face aos efeitos colaterais desse uso ou o retorno das sensações que causam o adoecimento sem o manejo adequado pelos serviços de saúde (BRASIL, 2019).

Outro elemento que pode balizá-la é a noção de uma eficácia do medicamento que é avaliada por meio da experiência com a doença em contraponto a critérios farmacológicos universalizados. Um elemento apontado por Diehl e Grassi (2010) ao falarem do uso de medicamentos em uma aldeia Guarani de Santa Catarina. Ao sentir efeitos do remédio que não lhe provocaram uma boa experiência, ela buscou interromper esses medicamentos.

Estudos como o de Ferreira (2020), que trata de atenção em saúde mental em zonas rurais do sertão de Alagoas, e Barbosa, Cabral e Alexandre (2019), que se debruçam sobre

essa atenção em aldeias indígenas, apontam o uso massivo de medicação psicotrópica por parte dos usuários dos serviços. Processos gestados na ausência do acesso desses usuários a serviços de prevenção e promoção de saúde mental. Seja pela descontinuidade de profissionais, ausência de dispositivos que possam abarcar essas formas de cuidado, ou pelo modo como funcionam os dispositivos de atenção básica que circundam esses sujeitos.

No Amarelão, o uso de medicamentos pelos participantes aponta para o fluxo descrito anteriormente, de um cuidado psicossocial que passa a ser acessado depois que se acentua o sofrimento de tal modo que alternativa é acessar diretamente o hospital geral ou psiquiátrico.

E os efeitos desse modo de intervenção, amparado de forma central no uso de medicamentos, podem fazer com que esses usuários tenham que lidar com efeitos adversos dos medicamentos, tal como a dependência. Como nos levanta João ao falar de seus medicamentos – Cloridrato de sertralina e o Diazepam²⁶ - por meio de um episódio:

uma vez que o doutor passou um mês sem vir aqui, aí não veio a receita e eles só vende se for com a receita. Aí passou um mês sem ele vir e eu passei quinze dias sem remédio, foi quase quinze dias sem dormir, só faltava correr doido.

[...]

Aí quando eu passei uns oito dias sem dormir, eu fui pegar um remédio que pai toma, que o meu também toma remédio, aí peguei logo uns três comprimidos e tomei, passei o dia dormindo. Me deitei, passei a noite todinha dormindo.

Durante esse intervalo, ele narra ter ido todo dia até a farmácia buscando que o farmacêutico vendesse o remédio a ele, o que era sempre negado. Além disso, tanto os medicamentos que usa como os que seu pai usa são de uma mesma ordem, permitindo que ele tome os mesmos remédios desse outro familiar e apontando para um uso recorrente de medicações em sua família. Ele aponta dependência do remédio para algo que considera crucial para o seu *bem viver*, conseguir dormir. O causando intenso sofrimento quando o uso desse medicamento é interrompido, uma vez que a viabilidade de seu sono depende desse uso.

²⁶ Para maiores informações sobre o uso de psicotrópicos e suas influências entre povos indígenas consultar Barbra Cabral & Alexandre (2019).

< <https://www.scielo.br/j/csc/a/6x9CSjh3mgTq5KqLyBhfkrG/?format=pdf&lang=pt> >

A estratégia de saúde que mais aparece na fala de seu João, relativo ao acompanhamento do SUS ou da saúde privada, é o uso dos medicamentos. Ele fazia acompanhamento particular com uma psicóloga, que foi interrompido depois do acirramento da pandemia. Relata não gostar das intervenções como o grupo de terapia comunitária integrativa, que hoje funciona no posto da comunidade. Desse modo, seu cuidado via SUS cada vez mais se centra no uso de medicamentos, e as possibilidades de ruptura com a dependência destes se torna mais e mais improvável. Que outras formas de cuidado abarcariam melhor a existência de seu João?

No caso de Nêga, houve automedicação:

Eu tomava [medicamento]²⁷, passava o dia todinho! [...] Eu tomava era umas 9 horas, eu ia acordar era umas 5/6 horas de noite, minha menina me acordando”.

Por meio desse uso, ela ficava sonolenta durante grande parte de seus dias, nos explica que os tomava por buscar quietude. Ao perceber-se sonolenta, ficava dentro de casa em seu quarto buscando sentir-se mais calma. Ela interrompeu esse uso por meio do vínculo com sua filha, que pediu diretamente que ela cessasse o uso do medicamento:

Aí eu não tomei mais não. Mas por quê? Porque minha menina pediu muito que eu não tomasse porque quando eu fazia essas loucuras ela quem cuidava do meu menino, ela quem cuidava de tudo dentro de casa. Aí eu via que ela tava sofrendo muito e aí eu fui e parei, graças a deus.

As vinculações familiares surgem, novamente, como meio que produz potência para a reorganização desses participantes. Intermediações permitidas pelo entendimento da própria participante, que reconhecia o remédio como algo que a impedia de exercer atividades diárias, circular pela comunidade, e prover um maior suporte aos filhos.

Por uma coexistência dos saberes

²⁷ Trata-se de um medicamento que atua como estimulante de apetite. Entre os efeitos colaterais, entretanto, causa sonolência, e era por esse efeito que a participante o utilizava. Com intuito de dormir e ficar sonolenta em grande parte de seu dia.

Ao retornarmos ao itinerário de Francisca, ela cita que a participação do fisioterapeuta foi crucial para o direcionamento de seus cuidados quanto às questões de “ansiedade” que sofre. Foi o profissional que a direcionou ao acompanhamento de acupuntura, uma intervenção que ela manteve por anos de forma particular:

Fiz pra tudo, até problema de pressão que eu tenho eu passei uns dias sem tomar, porque ele disse que não precisa tomar que ia botar a agulhinha. Aí é bom demais. Até pelo SUS tem, o médico que vem pra aqui ele encaminha lá pra o bairro de São Francisco e tem. Agora pelo SUS era umas sementinhas, mas também é bom, viu?

A acupuntura é uma intervenção que vêm sendo incorporada no SUS como PICS, é fundamentada pela Medicina Tradicional Chinesa, e aborda o processo de saúde-doença de modo dinâmico e integral. No ocidente, sua assimilação pela medicina ocidental se inicia no século XX graças a inserção de seus conhecimentos na pesquisa científica (BRASIL, 2006). É PICS ao lado do uso de “plantas medicinais e fitoterapia” (p. 18), sendo descrito na PNPIC (Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS) como uma terapêutica que faz uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas.

Ao retomarmos a idéia dos “remédios do mato” citados pelos participantes, que formam uma medicina amparada pela ancestralidade entre os Mendonça que faz uso de diversas plantas - entre folhas, caules, troncos, frutas – temos a descrição de uma situação citada por Francisca ao lembrar um atendimento com psicólogo:

Ele disse que houve muito dizer, entre médicos, que hoje em dia a medicina foi liberada pra quando um paciente chagar dizendo “olhe Doutor, eu tomei o chá de planta tal”. Que antigamente não podia, chegava lá e diziam pra parar. Mas agora não, foi aprovado e os médicos tem que liberar, porque a planta tal foi provado pela medicina que faz bem, não faz mal. Eu falava da minha avó da minha mãe, dos chás que eram bons pra dor, desse chá da sena que a criança bota aquelas coisas pra fora... Esses chás ele anotou na agendinha dele pra comprar e tomar.

A fala de Francisca demonstra uma abertura desse profissional aos saberes repassados por gerações em sua família. Por outro lado, denuncia que não foi sempre assim, já que

“antigamente você chegava lá e eles diziam pra parar”. Como já dito, o conhecimento ocidental se pauta na universalidade, e diante disso põe-se na dianteira da produção dos conhecimentos válidos. Em medida que se torna possível estudar conhecimentos como os do “uso de plantas medicinais” ou “fitoterápicos”, instituem-se então provas que possibilitariam a permissão para a existência desses conhecimentos em medida que são incorporados à lógica própria das ciências da saúde.

Entretanto, ao resgatarmos as diretrizes gerais que constam na Portaria nº 2.759 (2007), referente ao estabelecimento de uma Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas, têm-se que o reconhecimento da diferença inclui o apoio e reconhecimento às produções e expressões de conhecimento, valores e tecnologias dentro das comunidades indígenas. Que relacionamos, aqui, à efetivação do próprio direito à cultura dos inúmeros povos do Brasil, instituído na constituição de 1988.

A validação dos conhecimentos que circulam entre os Mendonça dá-se a partir de suas construções próprias, ancestrais e fundadas pela cultura, que se construíram com suas próprias estratégias de produção de conhecimento.

Dessa forma, um dos desafios que parecem existir na atenção institucionalizada de saúde por parte do SUS ao povo Mendonça diz da relação entre as formas de construção de saberes. Não só em direção ao respeito aos conhecimentos produzidos na comunidade, mas da instituição de diálogo entre os profissionais das ciências da saúde e as e os produtores de cuidado internos à comunidade.

Desmistificando o “hospital de doido”

Nos itinerários dos participantes, o hospital surge seja na figura de Hospital geral seja na figura dos Hospitais psiquiátricos – como observamos nos relatos de Ana e Thales. Sobre sua experiência de alguns dias internado, Thales nos diz:

Não, já tinha passado. Aí veio o “ah meu deus, que vergonha, passei por isso mesmo?” [...]

Até, porque, a pessoa que vai pro [hospital psiquiátrico] fica sempre taxada “olha o doido do [hospital psiquiátrico]”. Mas eu já quebrei esses tabus, só passei três dias, nada demais.

[...]

Eu conto pra quebrar esse tabu de que o [hospital psiquiátrico] é hospital de doido, espumando pela boca. Não, é hospital de tratamento, transtorno psiquiátrico que qualquer um pode ter. Quando eu tava lá eu me surpreendi com uma coisa, que chegou um cara lá que tava transtornado, doido de droga – porque vai todo tipo de gente lá, de droga, de doido – um cara que era riquíssimo! (...) Chegou lá, a gente descobriu depois. Nem falava português, esse povo.

Ao se dar conta dos lugares por onde percorreu pela busca por cuidados, Thales inicialmente sente vergonha. Um processo que foi sendo superado quando passou a desmistificar, para si mesmo e para os outros da comunidade, sua experiência durante a internação. Nesse sentido, nos traz um relato de alguém que se sente afetado diante de um estigma sobre a loucura, algo que o marca e emoldura como sujeito, fundado em estereótipos construídos socialmente (Bussinguer & Arantes, 2016).

Ao se falar dos estereótipos construídos sobre a loucura, temos pessoas associadas ao descontrole e à periculosidade. Pessoas que destoariam do ideal de normalidade hegemonicamente construído e, por isso, caberia sua manipulação pela ciência em busca de diagnósticos e tratamentos que os enquadrem novamente a um ideal de pessoa curada (Sevalho & Dias, 2022). Dada a proposta que fazemos nesse trabalho, de entrelaçar saúde mental ao *bem viver*, e por isso fincá-la nas condições que envolvem a vida e a percepção de mundo dos povos indígenas, desenvolveremos no próximo tópico um entendimento que complementa o entendimento de Thales enquanto alguém que possui, sim saúde, e que a constrói cotidianamente.

5.7 O *bem viver* na aldeia Amarelão

Em determinado momento de seu relato, Francisca nos conta sobre o tempo em que a continuidade de seus estudos foi interdita:

Era um sonho que eu tinha desde menina, com uns quatorze ou quinze anos. Quando eu comecei, meu marido reclamava muito, dizia muita coisa feia. Eu ficava triste e desistia. Aí, a mais velha [filha], antes de casar, dizia pra eu não desistir. Era pra eu ter feito uma faculdade, uma pós. Mas pra não viver só de briga, discussão, eu desistia. Aí, em 2019, quando terminaram o colégio aí, o estado, foi ter a EJA e eu comecei.

Ela se refere à uma escolarização formal nas costuras educacionais empenhadas na comunidade, que visam uma educação escolar indígena, intercultural, multilíngue (Pereira, 2019). Em sua narrativa, a educação se torna constituinte de uma ideia de *bem viver*, e sua impossibilidade, por outro lado, constitui um atravessamento material que lhe produziu sofrimento. Intervir em processos de adoecimento, mais do que lidar com as sensações e sintomas que acometem a pessoa, também passa por reatar sua relação com aquilo que a move, e que potencializa seus instrumentos no lidar com os tensionamentos de seu cotidiano.

A educação pode ser elemento que fortalece a solidariedade e a união dentro das comunidades indígenas, um instrumento que mobiliza e direciona a luta por direitos, e por isso se torna parte de um *bem viver* (Alcantara & Sampaio, 2017). No Amarelão, isso se confirma. As lutas coletivas por educação atravessam a história individual de Francisca, na medida em que tornaram possível a existência da atual escola indígena na comunidade, que abarca a EJA em seu turno noturno²⁸. Uma luta coletiva que incide no acesso dos Mendonça a direitos constitucionais, ao passo que produz também noções de *bem viver* atreladas a essa organização comunitária.

²⁸ Um pouco dessas lutas podem ser acompanhadas na reportagem <<https://mossorohoje.com.br/noticias/27215-comunidade-do-amarelao-em-joao-camara-tera-a-primeira-escola-indigena-do-rn>>. Que contém relatos de lideranças comunitárias, professores e alunos da escola.

Nesse rumo, Paula, ao responder sobre *bem viver*, cita a experiência de fazer parte da

ACA:

O pessoal aqui, como eu faço parte da associação (...) diz assim “ah, tu faz muita coisa ali de graça, não sei o que, tem que pagar” não. Isso aí eu não quero, se você faz uma coisa de vontade própria não é trabalho, é um trabalho voluntário, mas, pra mim, não é trabalho porque você tá fazendo as coisas que gosta. Isso aí é muito bom pra mim, fico muito satisfeita.

O trabalho em prol da comunidade, pra ela, ganha contornos de uma relação não monetária. Os sentidos que ela encontra nesse trabalho transparecem em outros trechos de sua fala:

Viver bem pra mim é fazer o que gosta, é ajudar o próximo, é fazer alguma coisa que você se sinta bem, que você se sinta feliz com aquilo que você está fazendo. Não adianta a gente fazer coisas que a gente não gosta pra agradar os outros, a gente não vai se sentir bem com a gente mesmo, né?

[...]

E aquelas pessoas que eu vejo que me faz bem eu tento ajudar de qualquer jeito. De qualquer forma que eu estiver podendo ajudar, para quando eu necessitar de alguma ajuda, alguma conversa, aquela pessoa estar perto de mim pra tudo.

A respeito das dinâmicas que compreendem a cosmovisão de um *bem viver*, um aspecto intrinsecamente relacional perpassa a sociabilidade na comunidade. Paula nos levanta a dimensão do “ajudar” sem que isso implique em movimentos de se adequar, unicamente, ao “agradar” do outro. Ajudar o outro, nesse sentido, faria parte das interações que propiciariam a ela própria sentir-se bem. Esse entendimento faz sentido se olharmos à luz do princípio da complementaridade, sob a qual a relação entre os seres não implica que um suprima o outro, como no binarismo ocidental, mas complemente, sem que nenhum abra mão de si (Lacerda & Feitosa, 2015). Há, ainda, uma reciprocidade imbuída nas relações de troca exemplificadas pela interlocutora, de modo que suas ações para os outros se vinculam à relação dos outros para com ela mesma, na direção de relações solidárias e de ajuda mútua (Albuquerque & Fleuri, 2020).

Não há como falar de um *bem viver* dissociado de uma dimensão da coletividade que compreende um fluxo permanente de ações, gestos, falas, favores, trocas que ecoam da pessoa para o coletivo, e do coletivo para a pessoa. Há uma implicação material no próprio cotidiano dos nossos interlocutores, uma vez que esse processo perene os acompanha a todo instante, no dia a dia, ao longo de suas vidas.

O cotidiano na comunidade não é livre das relações próprias à colonialidade no Brasil, um terreno de contraditórios que reserva tensões advindas das nossas próprias relações históricas, muitas vezes expressas em dualismos (Gonçalves, 2019). É possível notar, na fala de Thales, a ideia de um contraponto sob o qual se coloca sua compreensão de *bem viver*:

Essas pessoas que vivem com base num egocentrismo, no que eles pensam, acham, no que eles precisam pra si e não pensam nos outros, isso não é viver bem pra mim. Pra mim, viver bem é ver o outro bem. Às vezes, mãe reclama demais comigo, porque eu deixo de ter as coisas pra mim e dou pra um amigo, primo ou sobrinho e acabo ficando sem, mas pra ver o outro bem, entendeu?

Ele suscita uma contraposição entre pilares de existência distintos que passam por seu cotidiano. Um campo de disputas que, para ele, termina quando delimita “viver bem é ver o outro bem”. A esse respeito, Céspedes (2010) contrapõe o *viver melhor*, relativo a um processo de socialização amparado na lógica capitalista e ocidental, dentro da qual a condição para que se viva melhor pressupõe um viver “*a costa del otro*” (p. 452); e um viver que encontra sua correspondência a partir de uma complementariedade balizada pela vida em comunidade, que parece atuar na vida do participante.

Ana, ao falar da sua própria experiência no lidar com seu adoecimento, nos relata que sua compreensão de saúde engloba uma noção de continuidade. Para ela, quando se encontra isolada, de tal modo que não consiga participar de momentos de interação ou diálogo com outras pessoas, isso representa uma ruptura ao seu *bem estar*.

Pior, eu não gosto não de tá trancada assim, eu gosto de tá em contato com outras pessoas, com a família, todo momento entendeu? Pra falar a verdade eu não gosto de

tá em casa sozinha, trancada não. Eu gosto mais de sair, de ver a natureza, de cuidar das minhas plantas que eu tenho, também, que eu planto... minha sogra me incentivou bastante a gostar de plantas também, pra mim cuidar da terra, das plantas, pra mim é muito bom. Animais também, porque eu tenho meu cachorro, esse daí!

Esse entendimento aponta um lugar que ela vislumbra ocupar no mundo, em permanente relação com os outros, não apenas em uma dimensão humana, mas para além dela. Andando em direção a uma relacionalidade que englobe outros seres – por ela nomeados “natureza”, “plantas”, “animais”, “lua” – em conjunto, uns afetando os outros e contribuindo para seu modo de sentir e se aperceber nessa teia de relações. A relacionalidade, a partir da ótica do bem viver, caminha na contramão da cisão entre pessoa e natureza, os entendendo como parte de um todo que engloba seres de mais diversas ordens, findando no próprio cosmos (Lacerda & Ferreira, 2015).

Nêga também segue por esses caminhos quando nos diz do cultivo em seu “terreiro”, majoritariamente para consumo próprio, onde tem pé de goiaba, limão, cana, e inda tenta fazer “pegar um pé de amora”. No seu ato de plantar as sementes, mexer na terra, pegar emprestadas algumas plantas dos vizinhos, ela se relaciona com o “terreiro” de sua própria casa, lugar que, para ela, produz *bem estar* ao passo simboliza a ela um canto onde há liberdade em relação a seus desejos e autonomia: “você no seu cantinho faz o que quer, nos outros, você faz o que é mandado”. Ela constrói sua idéia de liberdade em contraponto a sua vida durante a infância e adolescência, momentos nos quais sentia-se presa às regras impostas na casa de seus pais.

Thales não fala de si mesmo enquanto pessoa que cuida da terra, mas nos traz a memória de um lugar que nomeia “espaço de calmaria”, que compõe suas estratégias de cuidado face ao adoecimento que experiencia. Um lugar onde seu avô cultivava, em vida, plantas “que são um pouco mais antigas” e, por isso, que “precisam de mais idade pra dar fruto”.

O meu, mesmo, é lá no terreno do meu avô, lá no Serrote. Lá a gente tem um sítio grande, aí tem uma cacimba grande d'água que muita gente já foi lá pra lavar roupa, tomar banho e fazer outras coisas. Lá é bem grande, tem cajueiro pra tudo o que é lado, na época do caju dá muito caju, no tempo da manga dá manga. Já teve uma época de dar mais, mas agora tá se acabando. Mas eu ia pra lá pra comer ciriguela, caju, manga, goiaba que dava muito... e da grande e era muito boa, era muito bom. O pessoal ia lá sempre pra comer, porque não tinham esse costume de plantar, meu vô tinha.

A relação com a terra dá lugar ao processo de colher os frutos e deles se alimentar, um processo feito em grupo. Dentre as pessoas que se deslocavam pra esse terreno, estavam primos, irmãs e tios do interlocutor. Vários de seus familiares compartilham e constroem parte dos momentos em que ele acessou a calma propiciada pelo lugar.

Ao falar de família entre os Mendonça, é importante delimitar que contornos ela ganha nesse povo. Silva (2021) levanta que, falar de família entre os Mendonça pode significar referência ao que ela chama de *família doméstica*, aquela que convive em uma mesma residência, à família que se insere em um Setor Familiar e mesmo à família extensa que compõe o próprio povo Mendonça, que também invoca relações de parentesco. Maria, ao descrever sua vizinhança, diz “É muito bom, minha filha”, “Por aqui é só gente da gente mesmo”.

A convivência entre os familiares compõe o sentir-se bem, pelo apoio, pela conversa, pelo cuidado. A *família doméstica* pode ver-se alargada, como demonstra Ana em sua fala:

eu me sinto bem quando eu tô com outras pessoas, conversando. Me sinto bem. Minha família, a família de meu marido – que eu me juntei muito nova, vim pra família dele muito cedo – pra mim é o mesmo, eles me acolheram como filha. (Ana)

Para ela, as relações familiares compõem parte do seu itinerário terapêutico no lidar com seu adoecimento. Em sua experiência de internação, na continuidade do seu tratamento em casa, nos conselhos dados pelos mais velhos. Ela diz gostar de “conversar com pessoas mais velhas também, que aconselham muito” e delimita esse conselho enquanto algo “que é

bom, da família”. Não só os saberes quanto ao uso medicinal das plantas ou às técnicas de caça então inseridos nessa dinâmica geracional, onde os mais velhos ensinam aos mais jovens, mas as práticas de sociabilidade e as construções da lógica do cuidado também podem obedecer à essa estrutura do ensinar, de mãe pra filha, avó pra neta. Ainda que em nenhum dos casos os ensinamentos sejam restritos a essa direção. Entram nessa seara os conselhos, que exprimem recomendações e oferecem formas de enxergar problemas ou dificuldades e, por fim, auxiliam em suas resoluções.

A fala de Ana revela, ainda, uma noção de parentesco que difere do ideal de família nuclear, fundada no ocidente e perpetrado pelas teorizações clássicas da psicologia (Ponciano & Carneiro, 2003). Nesse sentido, se manifestam outras dimensões de família já apontadas em Silva (2021) e Guerra (2007), que decerto são atravessadas pelos Setores Familiares e pela relação com a família Extensa Mendonça. Um parentesco que, por relacionar-se com todas as dimensões que o povo Mendonça aponta como família, se amplia e reinventa com o cotidiano. E o casamento pode ser elemento significativo para reorganizar essas relações, regido pelo pertencimento que permite a incorporação de novos membros uma vez que haja o enquadramento dessa pessoa às expectativas do coletivo (Guerra, 2007).

Nas memórias dos participantes, as relações familiares nem sempre atuam enquanto promotoras de *bem viver*. Nêga fala, em referência à relação com a sua avó, que “o amor que ela sentia por mim, isso pra mim era saúde”, e emenda, “o amor que ela sentia por mim era o amor que tava faltando no meu pai, sabe?”. Ela faz referência ao contexto de violências intrafamiliares em que esteve inserida durante sua infância e adolescência no convívio com seus pais. Para ela, as memórias dessas violências voltam nos momentos de maiores desconforto: “tudo que aconteceu na minha vida... quando eu tô com ansiedade eu lembro tudo, tudo (...) Eu fico com agonia, o coração saindo pela boca... Ave Maria”. Esse dado dá

lugar ao combate às violências intrafamiliares e gênero na promoção de *bem viveres* dentro das comunidades. Logo, ganha vazão a proposta do CFP (2022), de uma atuação psicossocial que se debruce sobre a restauração dos vínculos sociais, na direção de ações que construam serem solidários enquanto pressuposto para o fundamento da própria cidadania.

A violência intrafamiliar, ora exercida pela figura do pai, ora exercida pela figura do marido, aparece nas histórias de Nêga e Francisca, duas mulheres que constituem a pesquisa. A violência de gênero em territórios indígenas, assim como na América Latina, relaciona-se à constituição da colonialidade e sua reverberação cotidiana hoje, já que o controle do gênero alicerçado o patriarcado ocidental é um dos eixos estruturantes do *colonialismo*. Carvajal (2018) entende que a história colonial incide na vida das mulheres indígenas a partir de um *entronque patriarcal*. Que entrelaça as dinâmicas de gênero perpetradas a partir da colonização às já existentes pela dinâmica interna de cada povo desde períodos pré-coloniais. Pela negação da idéia de que as lutas por direitos das mulheres surgem e ganham voz somente por meio da história europeia, ela advoca que não existe linearidade nos direitos das mulheres indígenas:

Las mujeres todas en el Kollasuyu poseían tierra, medio tupu al nacer, hasta que se morían. Si damos un vistazo a Europa, las mujeres no tenían tierra y no participaban ni en la política ni en lo militar autónomamente. ¿Entonces quien estaba a la vanguardia, en cuanto a derechos en 1492? (Carvajal, 2018, p. 150)

Abre espaço, então, ao entendimento que o processo de retomada de *bem viveres* não significa renunciar a uma organização das mulheres, em suas lutas e reivindicações. Não há como existir relações de *complementariedade*, *relacionalidade*, *reciprocidade*, quando a vida de uma pessoa que compõe aquele povo é permeada por violações de quaisquer esferas. Nesse sentido, as intervenções contra tais situações perpassam a comunidade e o coletivo, fato que tem sido observado pela mobilização da ACA nas inúmeras intervenções organizadas ao

combate à violência contra a mulher, a exemplo das oficinas com mulheres dos territórios Mendonça (Silva, 2021).

Um elemento também trazido por Nêga diz da relação com os espaços de lazer e sociabilidade dentro da comunidade. Para ela, o principal espaço de execução disso é a prática do futebol:

Eu amo jogar, até hoje eu jogo. Aí quando eu saí de dentro de casa pra morar dentro de outra casa, eu já saia pra todo canto, aí eu me sentia livre. Me sentia a dona do meu nariz...

[...]

Quando tô assim triste, num canto, aí as meninas “Nêga vamo jogar”, “Nêga vamo jogar fora”, “vamo passa o domingo jogando fora”. Eu dizia “vamo”. Nós não tínhamos condição de ir, dinheiro pra ir. A gente pede emprestado, mas eu vou, pego meus filhos e vou me embora, não dou satisfação a ninguém.

O trânsito dentro e fora da comunidade, assim como jogar o futebol, tornam-se para ela sinônimos de liberdade. Uma ideia que se relaciona ao dado encontrado em outra pesquisa realizada no Amarelão, que apontou, dentre as concepções de um grupo de idosos Mendonça, a existência do andar enquanto sinônimo de saúde. Tanto enquanto possibilidade de realizar as atividades cotidianas, de trabalho, quanto no sentido literal, o andar a pé na perspectiva de transitar pelo território (Silva, 2019).

Entre os Mendonça, a prática do futebol é comum tanto a homens quanto a mulheres, de forma que para mulheres casadas, como Nêga, é possível combinar um momento para sair com as amigas e ir jogar, embora o acúmulo de trabalho doméstico dificulte a presença nesses espaços. Por vezes, os afazeres domésticos incidem inclusive na vida de mulheres indígenas Mendonça que ocupam lugares de lideranças comunitárias, que conciliam trabalho doméstico, cuidado dos filhos, com todos os seus outros afazeres (Silva, 2021).

As compreensões dos interlocutores nos ajudam a construir noções que partem não só dessas histórias individuais, mas no povo Potiguara Mendonça enquanto grupo familiar e

povo indígena. Nos fornecem, partindo da costura entre *bem viver* e saúde mental realizada em capítulos anteriores, compreensões impressas no cotidiano dos participantes e, por isso, próximas de suas vivências enquanto usuários dos serviços institucionais de saúde e da atenção psicossocial.

Diante dos elementos que despontam, falar de *bem viver* no Amarelão é falar sobre a conexão entre pessoa e mundo de forma profundamente mediada por seu lugar de vida. Uma conexão que se manifesta pela possibilidade de conversar junto aos parentes e com eles estabelecer redes de solidariedade. Por meio do deslocamento pelo território e seus espaços de socialização. É poder cultivar seu “terreiro”, ou entrar em contato com as plantas que compõe os terrenos de outros familiares, pra se juntar a um momento coletivo de alimentar-se dos frutos. É poder circular e se apropriar dos espaços de lazer e esporte dentro e fora da comunidade do Amarelão. É construir uma luta coletiva, e comunitária, que otimize o acesso a direitos constitucionais, tal como o acesso a uma educação diferenciada. É não permitir insegurança alimentar no território, para que não venha o “tempo ruim” que Maria relata ao falar das dificuldades em alimentar seus filhos até conseguir a aposentadoria.

Falar de *bem viver* significa lutar pela demarcação das terras do Amarelão, já que é preciso garantir o território para que se possa cultivar e viver a terra. Um território que, por ter sido dividido, cercado e desmatado para que se pudesse efetivar o estado Brasileiro, só consegue demarcação também pelas mãos desse estado (Kopenawa & Albert, 2015). Mas não só a demarcação de um território geográfico, mas do fortalecimento do lugar de vida que atravessa os Mendonça e possibilita que busquem variadas formas de enfrentamento aos seus sofrimentos.

Na atenção psicossocial, incluir o *bem viver* significa reorganizar os objetivos daquela atuação, os lugares aos quais ela vai estar restrita, e abandonar pressuposições do que seria um

ideal de vida, sujeito, saúde e doença. Incorporar a dimensão do coletivo e da interrelação de todos esses entes, que compõe o *bem viver* em um território, com o usuário que chega aos serviços, fugindo da interpretação de que a individualidade basta ao sujeito, que se encontraria cindido do mundo.

6. Considerações finais

Longe de uma generalização à totalidade do povo Mendonça do Amarelão (RN), o presente estudo buscou fazer o exercício de debruçar-se sobre pessoas que enfrentam ou enfrentaram situações de sofrimento que influíram em sua saúde mental. Visamos, dessa forma, entender sobre o que falam essas pessoas quando nos informam de seus processos de adoecimento e estratégias de cuidado.

Iniciamos o trabalho falando das possibilidades de efetivação de uma atenção psicossocial aos povos indígenas, trazendo algumas normativas apontadas pela Constituição de 1988 para tratar do tema. Nessa teia de direitos, garantir uma atenção em saúde diferenciada, que respeita os projetos de presente de futuro dos mais diversos povos originários do Brasil é imperativo. Uma saúde que a isso se propõe é componente de uma complexa relação intercultural, ao passo que busca melhorar a qualidade de vida dessas populações, intenta também superar a tutela e a integração que pode se manter dentro de seus próprios serviços.

Em seguida trazemos uma caracterização do “ser indígena no Brasil”, fortemente influenciada pelos nomeados *estudos decoloniais* (Ballestrin, 2013). Perpassando por elementos que compõe a colonialidade que incide na vida cotidiana dos sujeitos que hoje povoam a América Latina.

Na perspectiva de fundamentar o diálogo intercultural que compõe a efetivação de uma saúde indígena, lançamos mão de uma compreensão de saúde mental amparada pelo princípio ético-político do *bem viver* (CRP/SP, 2016). Um entendimento que parte dos povos Andinos, ao passo que possui um caráter profundamente polissêmico. E, por isso, possui reverberação em diversos povos indígenas latino-americanos, de forma a refletir modos de viver e ser que suscitam uma relacionalidade não só entre seres humanos, mas que abarcam a vida comunitária, a espiritualidade, as lutas organizadas, as relações com a natureza.

Ao buscarmos nos aproximar dos *bem viveres* que se constroem entre o povo Mendonça, nos atentamos aos *itinerários terapêuticos* que nossos 7 participantes percorreram ao longo de suas vidas. Movimento que abrange desde recursos de cuidado elaborados dentro da comunidade – por meio de rituais religiosos, acesso a curador, elaboração de remédios caseiros – até o acesso aos dispositivos institucionalizados de atenção primária, secundária ou terciária. Tratam-se dos caminhos que traçam essas pessoas em busca de saúde mental.

Os achados do estudo apontam uma constelação de cuidados acionados pelos participantes. A partir dessas experiências, nega-se a lógica moderna que imprime dualismos que formam contraposições (Mignolo, 2017; Gonçalves, 2019; Quijano, 2005). É possível, ao mesmo tempo, ter sido alvo de feitiços, ter mau olhado, e enfrentar tratamentos nos dispositivos de saúde frente a diagnósticos de ansiedade ou síndrome do pânico. Uma busca por cuidados que funciona de forma não excludente.

Nos subcapítulos que compõe a discussão dos resultados, discorreremos sobre alguns dos cuidados que se evidenciaram na experiência dos participantes. São eles o caminhar e o trânsito pelo território, de modo que os participantes circulem entre locais de sociabilidade da comunidade como as praças, as ruas, a casa de parentes e amigos. O uso dos “remédios do mato” dentro das famílias, que nesse contexto ganham vazão principalmente na elaboração dos chás utilizados para fins calmantes, para facilitar o sono, para ajudar a lidar com as

tristezas e ansiedades que aparecem na vida diária dessas pessoas. Os conselhos e os desabafos que se instauram pelos vínculos familiares e de trabalho. E, por fim, o acesso às e aos curadores da comunidade, enquanto mediadores de cura que os auxiliam no lidar com adoecimentos encontrados entre o sagrado e humano (Marin e Scorsolini-Comin, 2017).

Essa confluência de recursos, entretanto, não significa uma relação ingênua entre os diferentes campos de saber presentes na vida dessas pessoas. A história dos cuidados de saúde enquanto ciência universalizante, que tomam para si a construção de um conhecimento verdadeiro, se imprime nas histórias dos médicos que mandavam parar com o uso dos chás. Passados anunciados nas entrelinhas das conversas entre alguns dos participantes e os profissionais do presente, que os acompanham.

No acesso aos serviços que se relacionam às ciências da saúde e aos saberes ocidentais, ganha destaque a atenção básica interna ao território do Amarelão, encabeçada principalmente pela ESF da comunidade. Esse dispositivo foi o mais acessado pelos participantes, e conta com relatos de experiências positivas entre eles. Evidencia-se, entretanto, que a comunidade não possui acesso à saúde via SESAI, de modo que a atenção é estabelecida via SUS. Despontam também dispositivos de alta complexidade, como Hospitais Gerais e Psiquiátricos, no itinerário dos participantes. Que podem apontar indícios de uma atenção psicossocial que se inicia após sérios agravos em seus processos de adoecimento, muito mais que pela prevenção a esses processos.

As compreensões de *bem viver* produzidas entre os participantes suscitam uma *complementaridade, reciprocidade e relacionalidade* que engloba vínculos comunitários e relações com a terra tecidas pelos participantes. Abrangendo a construção de solidariedade entre os parentes e amigos. Encontrando força nos vínculos promovidos pela organização comunitária, enquanto coletivo voltado à luta por condições de vida do povo Mendonça. Desse modo, relacionam-se à um *bem viver* que tem como condição uma sociabilidade entre

entes humanos, não humanos e seu espaço de vida, dependentes entre si (Siqueira, 2020). Em acréscimo, relaciona-se à memória dos antigos que compõe um cotidiano fortemente pautado pelas relações familiares, em suas interpelações entre as famílias domésticas, os setores familiares e a família extensa que engloba todo o povo Mendonça.

Dos elementos que despontam no estudo, várias são as possibilidades de maior aprofundamento. Entender do que se trata o caminhar pela comunidade, as práticas de cura que empenham as e os curadores, os diversos adoecimentos relatados pelos participantes em seu vínculo entre corpo e mente são algumas das possibilidades que se mostram. Ao se tratar de um estudo exploratório, explicita uma primeira aproximação aos *bem viveres* construídos no Amarelão.

7. Referências

- Albó, X. (2019) Suma Qamaña: Convivir Bien. ¿Cómo medirlo? *Revista de Estudios Bolivianos*, 25. doi:10.5195/bsj.201.
- Albuquerque, C. P. De . & Fleuri, R. M. (2020). Lições da pandemia: aprender com outras epistemologias o cuidado coletivo com reciprocidade. *Revista de Educação Popular*, 268–280. doi: 10.14393/REP-2020-56010. Recuperado de: <https://seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/56010>.
- Acosta, A. (2016). *O bem viver: uma oportunidade para imaginar outros mundos*. São Paulo: Autonomia Literária, Elefante.
- Alvarenga, R. & Junior, E. A. (2019). Da biopolítica à necropolítica contra os povos indígenas durante a ditadura militar brasileira (1964-1985). *Ciências Sociais Unisinos* 55(2), 212-222. doi: 10.4013/csu.2019.55.2.07
- Alves, C. B., & Delmondez, P. (2015). Contribuições do pensamento decolonial à psicologia política. *Revista Psicologia Política*, 15(34), 647-661. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-214549X2015000300012&lng=pt&tlng=pt.
- Alves, P. C. (2016). Itinerário terapêutico, cuidados à saúde e a experiência de adoecimento. In: Gerhardt T. E., Pinheiro R., Ruiz E. N. F. & Junior A. G. S. (Orgs.). *itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC Editora.
- Alcântara, L. C. S. & Sampaio, C. A. C. (2017). Bem Viver: uma perspectiva (des)colonial das comunidades indígenas. *Revista rupturas*, 7(2), 1-31.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5*. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed
- Andrade, J. T. & Sousa, C. K. S. (2016). Práticas indígenas de cura no Nordeste brasileiro: discutindo políticas públicas e intermedialidade. *Anuário antropológico*, 41(2), 179-204. doi: 10.4000/aa.2581.
- Andrade, D. O., Costa, D. B. & Costa, V. A. (2021). *Mikûatiamirî: pequeno livro sobre saberes linguísticos do povo Mendonça*. Natal: Editora Caule de Papiro.
- Araújo, L. F. S., Dolina, J. V., Petean, E., Musquim, C. dos S., Bellato, R., Lucietto, G. C. (2013). Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 15(3), 53-61.
- Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (2020). *Nossa luta é pela vida: Covid-19 e Povos indígenas, o enfrentamento das violências durante a pandemia*. APIB. Recuperado de: https://emergenciaindigena.apiboficial.org/files/2020/12/APIB_nossalutaepelavida_v7PT.pdf.

Articulação dos Povos e Organizações Indígenas do NE, MG e ES (2020). Nota sobre a Carta Aberta FPCONDISI de Dezembro de 2020. Recuperado de: <https://apiboficial.org/2020/12/22/nota-sobre-a-carta-aberta-fpcondisi-de-dezembro-de-2020/>.

Articulação dos povos indígenas do Rio Grande do Norte (2020). O número de aldeias – comunidades indígenas politicamente conscientes e articuladas no RN aumentou! Isso é uma grande conquista para a história do nosso povo, verdadeiros donos dessas terras. Instagram do Facebook, c2021. Recuperado de: <https://www.instagram.com/stories/highlights/17847829597912748/>.

Instituto Socioambiental (2011). O Censo 2010 e os Povos Indígenas. Recuperado de: https://pib.socioambiental.org/pt/O_Censo_2010_e_os_Povos_Ind%C3%ADgenas.

Baniwa, G. S. L. (2012). A conquista da cidadania indígena e o fantasma da tutela no Brasil contemporâneo. In: Ramos, A. R.(org.). *Constituições nacionais e povos indígenas*. (pp. 206-227). Belo Horizonte: Editora da UFMG.

Baniwa, G. S. L. (2008). Antropologia indígena: o caminho da descolonização e da autonomia indígena. *26ª Reunião Brasileira de Antropologia*. Porto Seguro, Bahia, Brasil.

Baniwa, G. S. L. (2006). *O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje*. Brasília: Coleção Educação para Todos. Recuperado de: http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/indio_brasileiro.pdf.

Ballestrin, L. (2013). América Latina e o giro decolonial. *Revista Brasileira de Ciência Política*, (11), 89-117. doi: 10.1590/S0103-33522013000200004

Barbosa, V. F. B., Cabral, L. B. & Alexandre, A. C. S. (2019). Medicalização e Saúde Indígena: uma análise do consumo de psicotrópicos pelos índios Xukuru de Cimbres. *Cienc. Saúde coletiva*, 24(8).

Barth, F. (2000). Os grupos étnicos e suas fronteiras. In: __. *O guru, o iniciador e outras variações antropológicas*. (pp. 25-68). Rio de Janeiro: Contra capa.

Barreto, A. P., Silva, M. Z., Horta, A. L. M. & Filha, A. O. F. (2020). Terapia comunitária integrativa: cuidando da saúde mental em tempos de crise. *ObservaPICS*, (3).

BRASIL. Ministério da Saúde. (1999). *Portaria n. 1395/GM, de 10 de dezembro de 1999. Política Nacional de Saúde do Idoso*. Recuperado de: <https://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/37/Portaria%20NR%201395-99%20Politica%20Nac%20Saude%20Idoso.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2002). *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2ª Ed. Brasília: Autor.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2006). *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*. 1ª Ed. Brasília: autor.

BRASIL. Ministério da Saúde (2012). Biblioteca virtual em saúde: automedicação. Recuperado de:

<https://bvsmis.saude.gov.br/automedicacao/#:~:text=A%20automedica%C3%A7%C3%A3o%2C%20muitas%20vezes%20vista,inadequada%20pode%20esconder%20determinados%20sin%20tomas.>

BRASIL. Ministério da Saúde. (2013). *Cadernos de Atenção Básica em Saúde Mental*. 1ª Ed. Brasília: Autor.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2018). Documento Orientador. 6ª conferência nacional de saúde indígena. Brasília: Autor.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2019). Manual de vigilância do uso de medicamentos psicotrópicos em povos indígenas. [cartilha]. Brasília: autor.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2019). *Atenção Psicossocial aos povos indígenas*. [cartilha] Brasília: Autor.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2019). Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS. Brasília: Autor.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2019). Manual de vigilância de uso de medicamentos psicotrópicos em povos indígenas. Brasília: Autor.

BRASIL. Ministério da saúde. (2010). Saúde indígena: distâncias que aproximam. In: __. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização (pp. 185-188). Brasília: Autor.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2016). Saúde Mental no SUS: cuidado em liberdade, defesa de direitos e Rede de Atenção Psicossocial [relatório de gestão]. Brasília: Autor.

BRASIL. Ministério da Saúde. (s. d.). *Sobre a SESAI*. C 2013-2021. Recuperado de <https://antigo.saude.gov.br/saude-indigena/sobre-a-sesai>.

BRASIL. Ministério da Saúde (2022). *Programa Auxílio Brasil na saúde*. Recuperado de <https://auxiliobrasil.saude.gov.br/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. (s. d.). *Centro de Atenção Psicossocial – CAPS*. Recuperado de: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/caps>.

Breda, T. (2016). Do tradutor. In Acosta, A. *O bem viver, uma oportunidade para imaginar outros mundos*. São Paulo: Autonomia literária, Elefante.

Batista, M. Q., & Zanello, V. (2016). Saúde mental em contextos indígenas: Escassez de pesquisas brasileiras, invisibilidade das diferenças. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 21(4), 403-414. doi: 10.5935/1678-4669.20160039.

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

Bolívar Botía, A. (2002). ¿De nobis ipsis silemus?: Epistemología de la investigación biográfica narrativa en educación. *Revista electrónica de investigación educativa*, 4(1), 41-62.

Bolognesi, L. (produtor e diretor). (2019). *Guerras do Brasil.doc* [documentário]. Brasil: curta!

Bussinguer, E. C., & Arantes, M. L. (2016). O estigma da loucura como fator usurpador da dignidade humana: uma análise na perspectiva do direito à saúde. *Interfaces Científicas - Direito*, 4(2), 9–20. doi: 10.17564/2316-381X.2016v4n2p9-20.

Cabral, A. L. L. V., Martinez-Hemáez, A., Andrade, E. L. G. I, & Cherchiglia, M. L. (2011). Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11), 4433-4442. doi: 10.1590/S1413-81232011001200016.

Carvajal, J. P. (2018). Descolonizar las luchas: la propuesta del feminismo comunitario. *Mandrágora*, 24(2), 145-160

Cardoso, L., Vieira, M. V., Ricci, M. A. M., Mazza, R. S. (2012). Perspectivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 2012; 46 (2): 513-7.

Careri, F. (2013). *Walkscapes: o caminhar como prática estética*. São Paulo: G. Gili.

La Cecla, F. (1988). *Perdersi: l'uomo senza ambiente*. Roma-Bari: Laterza.

Cascudo, L. da C. (1991). *História de um homem*. Mossoró: Fundação Vingt-un Rosado. (Coleção Mossoroense. Série C, v.644).

Castro-Gómez, S. (2005). Ciências sociais, violência epistêmica e o problema da invenção do outro. In: Lander, E. (Org.). *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais – perspectivas latino-americanas*. (pp. 227-278). Buenos Aires: CLACSO.

Castro, R. D. & Mayorga, C. (2019). Decolonialidade e pesquisas narrativas: contribuições para a Psicologia Comunitária. *Rev. Práticas e Perspectivas Psicossociais*, 14(3), 1-18.

Cavignac, J. A.(cord.) & Alveal, C.(cord.). (2020). *Guia Cultural Indígena Rio Grande do Norte*. Natal: Flor do Sal.

Cavignac, J. A. (2003). A etnicidade encoberta: ‘Índios’ e ‘Negros’ no Rio Grande do Norte. *Mneme* 4(8), 3-79.

Campos, T. M. & Santos, R. R. (2014). Os índios do Rio Grande do Norte no tempo presente. *Mneme*, 15(35), 191-197.

Céspedes, D. C. (2010) Hacia la reconstrucción del Vivir Bien. *Alai*, 452. Recuperado de: <http://www.plataformabuenvivir.com/wp-content/uploads/2012/07/ChoquehuancaReconstruccionVivirBien2010.pdf>

Conselho Indigenista Missionário (2013). Em busca da Atenção Diferenciada na Saúde Indígena. Recuperado de: <https://cimi.org.br/2013/02/34438/>.

Conselho Indigenista Missionário. (2015). O Bem Viver Indígena e o futuro da humanidade. *Porantim*, (5), 1-4. Recuperado de https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2020/01/Porantim381_Dez_Encarte-2015.pdf.

Conselho Indigenista Missionário. (2016, Abril 07). Bem Viver - um novo caminho [Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=FGyrSqIFWto>.

Conselho Federal de Psicologia (2022). Referências Técnicas para Atuação de psicólogos(os) junto aos povos indígenas. CREPOP: Brasília.

Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. (2010). *Psicologia e povos indígenas*. São Paulo: CRP-SP. Recuperado de: <http://www.crsp.org.br/povos/povos/livro.pdf>.

Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. (2016). *Povos Indígenas e Psicologia a Procura: a procura do bem viver*. São Paulo: CRP-SP. Recuperado de: <https://www.crsp.org/impresso/view/80>.

Corrêa, P. K. V., Lobato, R. V., Santos, F. V., Ferreira, A. M. R., Rodrigues, I. L. A. & Nogueira, L. M. V. Mortalidade infantil indígena: evidências sobre o tema. *Civitas*, 14(1), 66-80.

Chizzotti, A. (2003). A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. *Revista Portuguesa de Educação*, 16(2), 221-236.

Czeresnia, D., Maciel, E. M. G. S., Oviedo, R. A. M. (2013). *Os sentidos da saúde e da doença*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Diehl, E. E. & Pellegrini, M. A. (2014). Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(4), 867-874. doi: 10.1590/0102-311X00030014.

Diehl E. E., Grassi F. (2010). Uso de medicamentos em uma aldeia Guaraní do litoral de Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 26(8), 1549-1560.

Dimenstein, M., Belarmino, V. H., Martins, M. E., Dantas, C., Macedo, J. P., Leite, J. F. & Filho, A. A. (2020). Desigualdades, racismos e saúde mental em uma comunidade quilombola rural. *Amazônica - Revista de Antropologia*, 12 (1), 205 - 229

Escobar, A. (2003). Mundos y conocimientos de otro modo: El programa de investigación de modernidad/colonialidad latinoamericano. *Tabula rasa*, (1), 51-86.

Tomasi, E., Rodrigues, J.O., Feijó, G.R., Facchinj, L.A., Piccini, R.X., Thumé, E., Silva, R.A. & Gonçalves, H. (2010). Sobrecarga em familiares de portadores de sofrimento psíquico que frequentam Centros de Atenção Psicossocial. *Saúde em Debate*, 34(84), 159 – 167.

Fanon, F. (2008). *Pele negra, máscaras brancas* (1952). Salvador: EDUFBA. Recuperado de: https://www.geledes.org.br/wp-230content/uploads/2013/08/Frantz_Fanon_Pele_negra_mascaras_brancas.pdf

- Farina, D. L. (2016). Decolonizar o sujeito: por uma poética do estar na diferença. *Boitatá*, 11(22), 68-79. Recuperado de: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/boitata/article/view/31277/21959>.
- Fernandes, S. L. & Santos, A. O. (2019) Itinerários Terapêuticos e Formas de Cuidado em um Quilombo do Agreste Alagoano. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 39. doi: 10.1590/1982-3703003176272.
- Ferraz, I. T. & Domingues, E. (2016). A Psicologia Brasileira e os Povos Indígenas: Atualização do Estado da Arte. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(3), 682-695. doi: 10.1590/1982-3703001622014.
- Ferreira, A. D. (2018). Narrativa, experiência e itinerários terapêuticos entre os Akwê Xerente [Apresentação de trabalho]. *Anais da 31ª Reunião Brasileira de Antropologia*. Brasília.
- Ferreira, A. D. (2016). Caminhos e sujeitos no adoecimento e na cura entre os akwê xerente. (Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Goiás).
- Figari, C. (s. f.). *Conocimiento situado y técnicas amorosas de la ciencia: tópicos de epistemología crítica*. Recuperado de [https:// epistemologiascriticas.files.wordpress.com/2011/05/figari_conoc-situado.pdf](https://epistemologiascriticas.files.wordpress.com/2011/05/figari_conoc-situado.pdf)
- Ferreira, E. (2020). Itinerários terapêuticos: compreensões à saúde mental no sertão alagoano. (Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Alagoas).
- França, D. M. C. & Franzoi, N. L. (2018). Autofotografia como possibilidade metodológica em pesquisa: o método autofotográfico e as produções de trabalhadoras/es estudantes de duas regiões Brasileiras. *Imagens da educação*, 8(1), 1-16. doi: 10.4025/imagenseduc.v8i1.39215.
- Gerhardt T. E. (2006)., Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad. Saúde Pública* 22(11), 2449-2463. doi: 10.1590/S0102-311X2006001100019.
- Pinheiro R., Gerhardt T. E., Ruiz E. N. F. & Junior A. G. S. (2016). O “estado do conhecimento” sobre os itinerários terapêuticos e suas implicações teóricas e metodológicas na Saúde Coletiva e integralidade do cuidado. In: *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC Editora.
- Gomes, M. A. F. & Dimenstein, M. (2014). Pesquisa Qualitativa em Psicologia e Saúde Coletiva: Experimentações com o Recurso Fotográfico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34(4), 804-820.
- Gonçalves, B. S. (2007). *Nos caminhos da dupla consciência: socialismo indo-americano, libertação e descolonização na América Latina*. (Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo).
- Gonçalves, B. S. (2016). A Dupla Consciência Latino-Americana: contribuições para uma psicologia descolonizada. *Revista Psicologia Política*, 16(37), 397-413. Recuperado de:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2016000300011&lng=pt&tlng=pt.

Gonçalves, B. S. (2019). *Nos caminhos da dupla consciência: América Latina, psicologia e descolonização*. Ed. Do autor: São Paulo.

Grosfoguel, R. (2008). “Para descolonizar os estudos de economia política e os estudos pós-coloniais: transmodernidade, pensamento de fronteira e colonialidade global”. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (80), 115-147.

Grosfoguel, R. (2016). A estrutura do conhecimento nas universidades ocidentalizadas: racismo/sexismo epistêmico e os quatro genocídios/epistemicídios do longo século XVI. *Revista Sociedade e Estado*, 31(1), 25-49. Recuperado de: <https://www.scielo.br/pdf/se/v31n1/0102-6992-se-31-01-00025.pdf>.

Grzybowski, C. (2012) O futuro que queremos passa pelo bem viver. *Portal Ibase*. Disponível em <http://ibase.br/pt/noticias/o-futuro-que-quere-mos-passa-pelo-bem-viver/>. Acessado em 10/03/16.

Guerra, J. G. A. (2009). Construindo outra história: do silêncio às múltiplas vozes indígenas no Rio Grande do Norte. *ANPUH – XXV Simpósio Nacional de História*. Fortaleza, CE, Brasil.

Guerra, J. G. A. (2007). *Mendonça do Amarelão: os caminhos e descaminhos da identidade indígena no Rio Grande do Norte* (Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Pernambuco).

Haraway, D. (2009). Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, (5), 7-41. Recuperado de: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=51046>.

Hidalgo-capitán, A. L. & Cubillo-guevara, A. P. (2014). Seis debates abiertos sobre el Sumak Kawsay. *Íconos, Revista de Ciencias Sociales*, (48), 25-40.

Horowitz, A. (1977). Social networks and pathways to psychiatric treatment. *Social Forces*, v. 56, 86-105.

Izagirre, G. (2011). Elogio ao DSM-IV. In Jerusalinky, A. & Fendrik, S. (Orgs.). *O livro negro da psicopatologia contemporânea* (pp. 14-22). São Paulo: Via Lettera.

Kawahala, E. & Soler, R. D. V. (2010). “Por uma psicologia social antirracista: contribuições de Frantz Fanon”. *Psicologia & Sociedade*; 22(2): 408-410.

Kopenawa, D. & Albert, B. (2015). *A queda do céu: palavras de um xamã yanomami*. Companhia das letras: São Paulo.

Lacerda, R. F. & Feitosa, S. F. (2015). Bem Viver: Projeto U-tópico e De-colonial. *Revista Intertérios*, 1(1), 5-23. Recuperado de: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/intertorios/article/view/5007>.

Lages, S. R. C. (2013). Metodologia de pesquisa em psicossociologia: Estudos sobre o campo religioso afro-brasileiro a partir dos estudos pós-coloniais. *Psicologia para América Latina*, (24), 83-96.

Lessa, G. S. M. (2009). “Nueva corónica y buen gobierno” de felipe guamán poma de ayala – um novo gênero que emerge no contexto da conquista da América. *Anais do V Simpósio Internacional de Estudos de Gêneros Textuais*, Caxias do Sul, Rio Grande do Sul.

Last, M. (1981). The importance of knowing about not knowing. *Social Science and Medicine. Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, 15(3), 115-152.

Lima, N. (1990). Municípios do Rio Grande do Norte: Baixa Verde, Caicó, Canguaretama e Caraúbas. *Revista do Instituto Histórico e Geográfico do Rio Grande do Norte*, 27, 20-21.

Machado, C. (2021). As incógnitas do Auxílio Brasil. *Jornal do comércio online- RS*. S. n. Recuperado de: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/31262/Cec%C3%ADlia-Machado-As%20inc%C3%B3gnitas%20do%20Aux%C3%ADlio%20Brasil.pdf?sequence=1>

Maldonado-torres, N. (2016). Transdisciplinaridade e decolonialidade. *Sociedade e Estado*, 31(1), 75-97. doi: 10.1590/S0102-69922016000100005.

Martins, J. C. V., Silva, T. M. C. O., Oliveira, A. M., Silva, E. V. & Oliveira, I. P. R. A. (2020). Potencialidades turísticas e aspectos socioambientais em duas comunidades auto identificadas indígenas no Rio Grande do Norte. *Revista Brasileira de Ecoturismo*, 13(1), 192-206.

Martins, A. B. M.; Santos, A. O. & Paiva, V. (2009). *Promovendo os direitos de mulheres, crianças e jovens de comunidades anfitriãs de turismo do Vale do Ribeira*. São Paulo: Instituto Ing-Ong de Planejamento Socioambiental.

Costa, D. B. da, Silva, T M. C. (2020). Potiguara - Mendonça. *Povos Indígenas do Rio Grande do Norte*. Disponível em <http://www.cchla.ufrn.br/povosindigenasdnr>

Minayo, M. C. (2002). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, Vozes.

Miglievich-Ribeiro, A. (2014). Por uma razão decolonial: Desafios ético-político-epistemológicos à cosmovisão moderna. *Civitas - Revista de Ciências Sociais*, 14(1), 66-80. doi: 10.15448/1984-7289.2014.1.16181.

Mignolo, W. (2003). *Histórias locais, projetos globais: colonialidade, saberes subalternos, e pensamento limiar*. Editora UFMG: Belo Horizonte.

Mignolo, W. (2007). Epistemic disobedience: the de-colonial option and the meaning of identity in politics. *Gragoatá*, (22), 11-4. Recuperado de <https://periodicos.uff.br/gragoata/article/download/33191/19178>.

Mignolo, W. (2017). Desafios decoloniais hoje. *Epistemologias do Sul*, 1(1), 12-32.

Mota, C. N. (2007). *Os filhos de Jurema na floresta dos espíritos: ritual e cura entre dois grupos indígenas do Nordeste brasileiro*. Maceió: EDUFAL.

Moura, A. (2019). *"Aqui tem sangue e suor de índio": Resistência, etnicidade e luta política dos Tapuias da lagoa do Tapará – RN* (Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte).

Moura, A. D. M., Boaventura, L. de C. L.; Neves, R. de C. M. (2021). Povos indígenas no Rio Grande do Norte, direitos e ações em tempos de covid-19. *Espaço Ameríndio*, 15(2), p. 119 - 145.

Neto, O. C. (2001). O trabalho de campo como descoberta e criação. In Minayo, M. C. S. (org.). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade* [18 ed.] Petrópolis: Vozes.

Nunes, J. M. S., Guimaraes, J. M. X., Sampaio, J. J. C. (2016) A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. *Physis*, 26(4), 1213-1232.

Ocaña, A. O., López, M. I. A. (2019). Hacer decolonial: desobedecer a la metodología de investigación. *Hallazgos*, 16(31), 1-20.

Oliveira, R. de C. C. (2010). Representações sociais sobre a situação de vida, saúde e doença na concepção indígena Potiguara. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 14(32), 234. doi: 10.1590/S1414-32832010000100021.

Oliveira, R. de C. C., Sá, L. D., Silva, A. O., Vianna, R. T., Lima, A. S., Oliveira, A. A. V. (2014). Representações sociais sobre saúde e doença construídas por índios Potiguara. *Revista de enfermagem*, 8(8), 2736-2745. doi: 10.5205/reuol.6081-52328-1-SM.0808201422.

Oliveira, R. de C. C., Silva, A. O., Maciel, S. C. & Melo, J. R. S. (2012). *Situação de vida, saúde e doença da população indígena Potiguara*. 16(1), 81-90.

Oliveira, F. P. (2019) Novas perspectivas para o fortalecimento étnico e cultural através dos saberes audiovisuais. (Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal).

Oliveira, J. P. (1998). Uma etnologia dos "índios misturados"? Situação colonial, territorialização e fluxos culturais. *MANA*, 4(1), 47-77.

Oliveira, J. P. (2011). Apresentação. In (Org.) *A presença indígena do Nordeste: processos de territorialização, modos de reconhecimento e regimes de memória* (pp. 9-16). Rio de Janeiro: Contra capa.

Oliveira, G. N. (2007). O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde. (Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas).

Organização Mundial de Saúde (2001). Relatório Mundial da Saúde. OMS. https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf.

Organização Mundial de Saúde (2021). *Folha informativa sobre o COVID-19*. OMS. <https://www.paho.org/pt/covid19>.

Pradella, L. G. S. (2009). Jeguatá: O caminhar entre os guarani. *Espaço Ameríndio*, 3(2), 99-120.

Pereira, D. N. da C. (2019). Letramento e educação escolar indígena: análise de uma experiência descolonial. (Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte).

Pereira, E. R., Biruel, E. P., Oliveira, L. S. S. & Rodrigues, D. A. (2014). A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. *Saúde e Sociedade*, 23(3), 1077-1090. doi: 10.1590/S0104-12902014000300027.

Poutignat, P. & Streiff-Fenart, J. (2011). Raça, etnia, nação. In:_. *Teorias da etnicidade*. (2a ed., pp. 33-54). São Paulo: Editora UNESP.

Palha F & Costa N. (2015) *Trajetórias pelos cuidados de saúde mental: O processo de “desinstitucionalização” psiquiátrica em Portugal: da análise objetiva dos factos às percepções de utentes, familiares/cuidadores e técnicos*. Porto: Encontrar-se.

Quijano, A. (2005). Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: Lander, E. (Org.). *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais – perspectivas latino-americanas*. (pp. 227-278). Buenos Aires : CLACSO.

Quijano, A. (2014). "Raza", "Étnia", "Nación". In: _. *Cuestiones y horizontes: de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder*. (pp. 757-774). Buenos Aires : CLACSO.

Rabelo, M. C. M. (1994). Religião, ritual e cura. In: Alves, P. C. & Minayo, M. C. S. (Orgs.). *Saúde e doença: um olhar antropológico* (pp. 47-56). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Ronzani, T. M., Leite, J. & Paiva, F. S. (2017). Metodologias Participativas em Saúde Comunitária. *Psicologia em Pesquisa*, 11(2), 1-4. doi: 10.24879/2017001100200436.

Saberes indígenas na escola. (2017). Avá arandú, saberes indígenas: nossas raízes e histórias. 2017. (e-book)

Saéz, O. C. (2007). Autobiografia e liderança indígena no Brasil. *Tellus*, 7(12), 11-32.

Santos, B. de S. (2007). Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Novos estudos CEBRAP*, (79), 71-94. doi: 10.1590/S01 01-33002007000300004.

Santos, B. de S. (2010). *Epistemologias del Sur*. Mexico: Siglo XXI.

Saraiva, G. (s. d.) *História do Município de João Câmara-RN*. Recuperado de: http://adcon.rn.gov.br/ACERVVO/secretaria_extraordinaria_de_cultura/DOC/DOC000000000111727.PDF

Sevalho, G. & Dias, J. V. dos S. (2022). Frantz Fanon, descolonização e o saber em saúde mental: contribuições para a saúde coletiva brasileira. *Ciênc. saúde coletiva*, 27(03), 937-946. doi: 10.1590/1413-81232022273.42612020.

Silva, C. J. A. (2019). *Respostas humanas e cultura de autocuidado de pessoas idosas indígenas: um estudo de métodos mistos*. (Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal). Recuperado de: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/28531>.

Silva, T. M. C. (2021). *Mulheres indígenas Mendonça: cotidiano, resistência e luta por direitos no Rio Grande do Norte*. (Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal). Recuperado de: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/46884>

Silva, T. M. C. & Santos, R. S. (2014). Os índios do Rio Grande do Norte no tempo presente. *Mneme: revista de humanidades*, 15(35), 191-197.

Simões, J. P. (2014). *Benzedeiras de Maruípe: uma prática de cuidado humano em extinção* (Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória).

Siqueira, G. C. & Santos, A. O. (2018). A felicidade segundo o povo Guarani Mbya: a noção de bem-viver. *Acta psicossomática*, (1), 80-88. Recuperado de: <http://actapsicossomatica.com.br/ojs/index.php/acta/article/view/9>.

Siqueira, G. C. (2020). Noções de bem viver latino-americanas na perspectiva da psicologia: uma revisão de escopo [Tese de doutorado, Universidade de São Paulo]. Recuperado de: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-21012021-004617/publico/siqueira_corrigida.pdf.

Sistema Integrado de Gestão de Atividades Acadêmicas (2021). *Quem pesquisa o que na UFRN?*. UFRN, c2006-2021. Recuperado de https://sigaa.ufrn.br/sigaa/public/pesquisa/consulta_projetos.jsf?aba=p-pesquisa.

Sistema Integrado de Gestão de Atividades Acadêmicas (2021). Consulte as atividades de extensão desenvolvidas pela UFRN. UFRN, c2006-2021. Recuperado de https://sigaa.ufrn.br/sigaa/public/extensao/consulta_extensao.jsf?aba=p-extensao.

Smith, L. T. (2018). *Descolonizando metodologias: pesquisa e povos indígenas*. Editora UFPR: Paraná.

Souza, Z. N., Barros, B. R. da S., Silva, K. S., Silva, R. S., Melo, C. M. L. (2019). Plantas medicinais utilizadas no nordeste do Brasil: uma revisão de literatura. In: I Congresso Internacional das Ciências da Saúde (s.p.) doi: 10.31692/ICOINTERPDVS.2019.0011.

Streva, J. M. (2016). Colonialidade do ser e Corporalidade: O racismo brasileiro por uma lente descolonial. *Revista Antropolítica*, 1(40), 20-53.

Takuá, C. (2018). Teko Porã, o sistema milenar educativo de equilíbrio. *Rebento*, (9), 5-8.

Tittoni, J. (2015). Fotografia e pesquisa-intervenção: reflexões sobre os modos de ver, falar e viver. *Rev. Polis e Psique*, 5(2), 88–110.

Tittoni, J., Oliveira, R., Silva, P. M. & Tanikado, G. (2010). A fotografia na pesquisa acadêmica: sobre visibilidades e possibilidades do conhecer. *Informática na educação: teoria e prática*, 13(1), 59-66.

Tu, H., Tu, S., Gao, S., Shao, A. & Sheng, J. (2020). Current epidemiological and clinical features of COVID-19; a global perspective from China. *J Infect*, 81(1), 1-9. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/controlecancer/resource/pt/mdl-32315723>.

Todorov, T. A. (1999). A conquista da América: a questão do outro. São Paulo: Martins Fontes. Recuperado de: <https://portalconservador.com/livros/Tzvetan-Todorov-A-Conquista-da-America.pdf>.

Vieira, J. G. (2001). A (im)pureza do sangue e o perigo da mistura: uma etnografia do grupo indígena potyguara da Paraíba. (Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte).

Vieira, J. G. (2006). *Potiguara*. Instituto Sócio Ambiental. Recuperado de: https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Potiguara#Sistema_produtivo_e_aldeia.

Viveiros de Castro, E. (2018) A Antropologia Perspectivista e o método da equivocação controlada. Tradução de Marcelo Giacomazzi Camargo e Rodrigo Amaro. Aceno – *Revista de Antropologia do Centro-Oeste*, 5 (10), 247-264.

Ziller, R. C. & Smith, D. E. (1977). A phenomenological utilization of photographs. *Journal of Phenomenological Psychology*, 7(2), 172-182. Recuperado de <https://www.proquest.com/openview/ac5ea1edd20219f632273afccbd06e1a/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1821473>.

Penzani, R. (2019). Krenak: ‘O que as crianças aprendem ficando presas? A fugir’. Recuperado de: <https://lunetas.com.br/ailton-krenak/>.

Ponciano, E. L. T. & Carneiro, T. F. (2003). Modelos de família e intervenção terapêutica. *Interações*, 8(16), 57-80.

Portaria nº 2.759. (2007, 25 de Outubro). Estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas e cria o Comitê Gestor. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

PPGAS/UFRN. (2020, Junho 24). Webinar de etnologia indígena UFRN. [vídeo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=DoAcjysN7iY&t=4865s>.

Marin, R. C. & Scorsolini-Comin, F. (2017). Desfazendo o “Mau-olhado”: Magia, Saúde e Desenvolvimento no Ofício das Benzedeiras. *Psicol., Ciênc. Prof.*, 37(2). doi: 10.1590/1982-3703002352016

Mendes, E. D. & Viana, T. C. (2014). Melancolia e depressão: um estudo psicanalítico. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 30(4), 423-431.

Munduruku, D. (2018). Escrita indígena: registro, oralidade e literatura O reencontro da memória Daniel. Em: Dorrico, J., Danner, L. F., Correia, H. H. S. & Danner, F. (Orgs.).

Literatura indígena brasileira contemporânea: criação, crítica e recepção [recurso eletrônico]. Porto Alegre, RS: Editora Fi.

Charam, I. (2016). *Depressão e melancolia: esquimoses espontâneas somente em mulheres, frases de pacientes deprimidos, sintomas sexuais da depressão, prevenção ao suicídio*. Rio de Janeiro: Letra Capital.

American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5* [5ª Ed]. Porto Alegre: Artmed

Houaiss, A. E Villar, M. de S. (2001). *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Elaborado no Instituto Antonio Houaiss de Lexicografia e Banco de Dados da Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva.

Ribeiro, M. M. (1997). *A ciência dos Trópicos. A arte médica no Brasil do século XVII*. São Paulo: Hucitec.

Rivera Cusicanqui, S. (2010). *Ch'ixinakax utxiwa. Una reflexión sobre prácticas y discursos descolonizadores*. Buenos Aires: Tinta Limón.

8. Apêndices

Apêndice A - Apresentação da Pesquisa para Assembleia Mendonça do Amarelão

PROPOSTA DE PESQUISA

ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS EM BUSCA DO BEM VIVER
UMA PROPOSTA DE PESQUISA EM SAÚDE MENTAL

Deyse Cristina Valença Guedes
Orientador: Prof. Jäder Ferreira Leite

Junho 2021

UFRN PPGPsi

Quem sou eu e o que me motiva a essa pesquisa?

Então, meu nome é **Deyse Guedes**, sou Psicóloga (CRP 17/5291) e estou no Mestrado em Psicologia pela UFRN. Faço parte da Militância do PCB/RN e estudo psicologia decolonial - uma abordagem que entende que ainda hoje temos opressões que resultam da colonização do nosso continente e que todos os esforços são necessários para combatê-las.

Venho acompanhando a luta de vocês, das populações quilombolas e do MST há algum tempo, antes pelo movimento estudantil e agora pelo PCB/RN.

Tive a oportunidade de trabalhar em pesquisa junto à comunidade quilombola de Grossos durante o curso de psicologia, e notei que não há grande aproximação da psicologia no RN junto aos conhecimentos e comunidades indígenas.

Acredito que seja um movimento necessário para ajudar na efetivar o acesso a saúde de todos e pra contribuir na construção de psicologias outras, daí surgiu a idéia da pesquisa que vou apresentar aqui.

Que proposta de pesquisa trazemos? E quais os objetivos?

É uma pesquisa de mestrado ligada ao programa de pós-graduação de psicologia da UFRN (PPGPSI) e ao núcleo "Modos de Subjetivação, Políticas Públicas e Contextos de Vulnerabilidades". A proposta é de um estudo sobre saúde mental e povos indígenas.

O objetivo dele seria **conhecer e registrar em uma produção acadêmica as demandas, experiências e conhecimentos** presentes na comunidade do Amarelão sobre esse tema.

Para isso, propomos conhecer os caminhos que pessoas da comunidade percorrem diante de algum problema que afete o seu bem estar da mente, suas emoções e sentimentos.

Sejam quais caminhos forem, no sistema de saúde, no acesso à curadora e à medicina tradicional, ou por outras vias. E também atentando ao projeto de bem viver que é presente na comunidade, que tem particularidades que se ligam a sua memória, cultura, modo de viver, identidade étnica e história.

Saúde mental é mais que a ausência de doenças, mas um **processo constante na busca por bem viver.**

E como iria ocorrer a pesquisa? Qual a metodologia?

O desenho da pesquisa está aberto a contribuições e a uma construção conjunta, que é, inclusive, muito importante.

Uma metodologia já pensada, diante da pandemia do COVID-19 e da necessidade de distanciamento social, seria o uso de fotografias feitas por moradores da comunidade.

A partir dessas fotos, os participantes seriam convidados a falar sobre seus caminhos percorridos em busca de saúde, como é objetivo da pesquisa.

O processo de pensar que pessoas seriam essas ocorreria em parceria da liderança, da ou das pessoas designadas para acompanhar a pesquisa, e da Associação Comunitária do Amarelão (ACA).

Quais os passos da pesquisa?

1. O participante seria convidado a tirar 1 ou mais fotos por semana que retratem/simbolizem/representem seus caminhos em busca de saúde mental, ao longo de 3 semanas.

2. Ao fim de cada semana, pensamos momentos de conversa individual com a pesquisadora, onde seriam tratadas questões como: o que ela/ele quer comunicar com aquela foto; como foi pra ela/ele fotografar; e se, diante da foto já pronta, alguma outra questão não pensada antes veio à mente.

Enquanto a necessidade de isolamento social continuar, essas conversas poderiam ocorrer via WhatsApp, ligação, ou chamada de vídeo, como ficar melhor para o participante. Para conseguir participar, no entanto, seria necessário aos interlocutores terem acesso a algum aparelho celular.

3

Uma última vivência pensada seria uma conversa conjunta das e dos participantes, em um momento para compartilhar as fotos e falar coletivamente sobre elas. Essa etapa poderia ser feita tanto à distância (por grupo de WhatsApp), quanto presencialmente, em momentos de menor risco da pandemia, com o devido uso de máscara e álcool em gel.

Infelizmente a pandemia tem feito com que a circulação de pessoas de outros lugares seja um risco pra a própria comunidade e pra outras pessoas envolvidas, fazendo com que as medidas de distanciamento e isolamento social sejam amplamente necessárias. Porém, assim que for possível para a comunidade, há total interesse em visitar o Amarelão ou realizar etapas da pesquisa presencialmente.

Quais as possíveis contribuições para a comunidade?

1. Produzir conjuntamente materiais de divulgação científica para os profissionais do posto de saúde da comunidade e de localidades próximas de outros povos indígenas do estado, buscando difundir um pouco da cultura e dos conhecimentos presentes na comunidade do Amarelão. De forma a reforçar diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.
2. A partir da dissertação, ajudar a fortalecer o interesse de futuras investigações na graduação, no mestrado e no doutorado que se debrucem sobre práticas em saúde de povos indígenas do RN.
3. Quando seguro pra a comunidade, realizar uma intervenção em psicologia a partir de espaços educativo sobre saúde mental, também de forma dialogada com os participantes ou outros moradores que aceitem construir esses espaços.



Caso seja de interesse dos participantes, expor algumas das produções no sentido de fazer um registro de memória. Para isso utilizar os recursos possíveis, tal qual o Instagram ACA do Amarelão, impressão em folha de papel simples etc.

4.

5. A partir da dissertação produzida, dar mais recursos informacionais a psicólogas e psicólogos que visem atuar com os Mendonça do Amarelão ou outras comunidades indígenas do estado.

Agradecemos desde já pela atenção e acolhimento

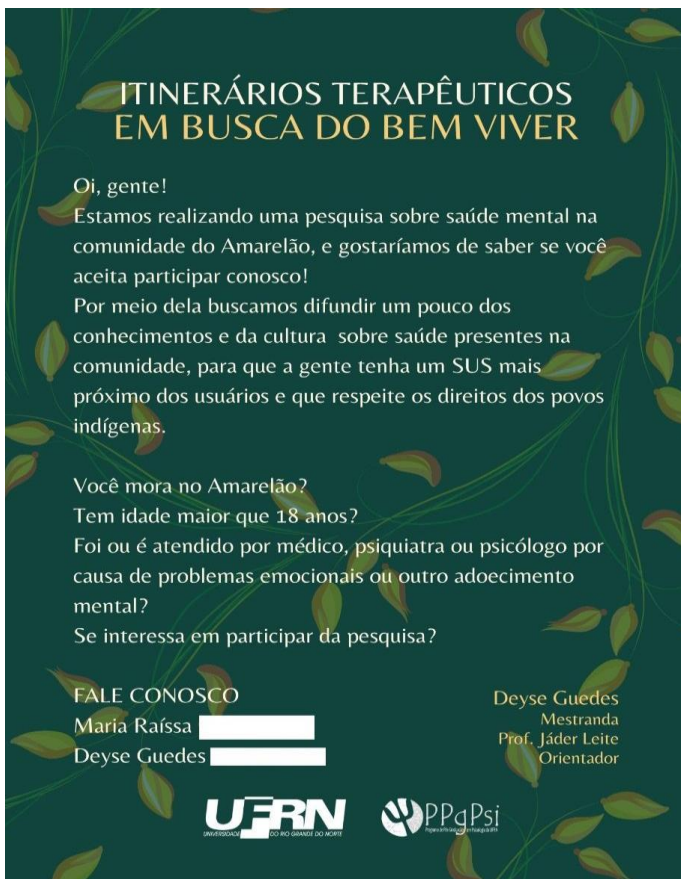
Contatos

Deyse • Pesquisadora
deyseguedess@gmail.com

Jáder • Orientador
jaderleite@gmail.com

Arthur • Identidade visual
ervhor1123@gmail.com

Apêndice B- Cartaz de Divulgação da Pesquisa por Aplicativos de Celular



**ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS
EM BUSCA DO BEM VIVER**

Oi, gente!

Estamos realizando uma pesquisa sobre saúde mental na comunidade do Amarelão, e gostaríamos de saber se você aceita participar conosco!

Por meio dela buscamos difundir um pouco dos conhecimentos e da cultura sobre saúde presentes na comunidade, para que a gente tenha um SUS mais próximo dos usuários e que respeite os direitos dos povos indígenas.

Você mora no Amarelão?

Tem idade maior que 18 anos?

Foi ou é atendido por médico, psiquiatra ou psicólogo por causa de problemas emocionais ou outro adoecimento mental?

Se interessa em participar da pesquisa?

FALE CONOSCO

Maria Raíssa [REDACTED]

Deyse Guedes [REDACTED]

Deyse Guedes
Mestranda
Prof. Jáder Leite
Orientador

UFERN
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

PPqPsi
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Apêndice C – Registro De Consentimento Livre Esclarecido (RCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RCLE)

Folha de informações aos participantes

Este é um convite para você participar da pesquisa **ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS EM BUSCA DO BEM VIVER: SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE INDÍGENA MENDONÇA DO AMARELÃO (RN)**, que tem como pesquisadores responsáveis Deyse Cristina Valença Guedes e Jáder Ferreira Leite. Para decidir se vai participar, é importante entender por que o estudo está sendo feito, sobre o que é, e quais são seus direitos na pesquisa. Então separe um momento para ler (ou escutar) o documento com cuidado e faça perguntas se aparecerem dúvidas.

- **Que proposta de pesquisa trazemos?**

Esta pesquisa quer conhecer e registrar as necessidades, experiências e conhecimentos que existem no Amarelão sobre o tema da Saúde Mental. Para isso, queremos conhecer o caminho que as pessoas da comunidade fazem, para onde vão, e o que procuram quando têm algum problema que afete o seu bem estar da mente, suas emoções e sentimentos.

Dois motivos nos levam a fazer esse estudo: o primeiro é a necessidade de que os serviços de saúde se aproximem da realidade do paciente (e de seu modo de lidar com a saúde) para oferecer um melhor cuidado, um dever apontado tanto pelo SUS (Sistema único de Saúde) quanto pela Política que orienta a Atenção à Saúde dos Povos Indígenas; o segundo é a necessidade de que a ciência reconheça os conhecimentos produzidos dia a dia pelas pessoas, comunidades e povos Indígenas.

- **Eu tenho que participar?**

Você decide se gostaria de participar desta pesquisa ou não, se decidir por participar receberá uma via dessa folha com informações, para guardar, e deverá assinar um Registro de Consentimento Livre Esclarecido (RCLE). Mesmo que você aceite participar, em qualquer momento da pesquisa você tem o direito de se recusar a participar e pode retirar seu consentimento sem nenhum prejuízo para você.

- **Se eu decidir participar da pesquisa, o que tenho que fazer?**

Caso decida participar, você responderá um questionário com algumas perguntas sobre sua condição de vida e acesso à saúde, depois conversará com a pesquisadora em uma entrevista sobre sua vida, os caminhos que já fez buscando saúde e seus pensamentos sobre eles. O tempo para responder o questionário é próximo de 25 minutos, e a entrevista pode durar de 30 minutos a 1h e 30 minutos, dependendo do que falar cada participante. Caso autorize, o áudio da entrevista será gravado.

Após esse processo, você poderá escolher participar ou não de um momento coletivo para mapear (por meio de desenhos, gravuras ou fotografias) os caminhos feitos dentro e fora do território do Amarelão buscando saúde. Consideramos que esta atividade terá duração de mais ou menos 1h e 30 minutos. O espaço poderá contar com no máximo 4 participantes ao mesmo tempo e, caso todos autorizem, serão tiradas fotos dos trabalhos produzidos. Se o número de interessados for maior, serão divididos em mais de um grupo. Todas as atividades serão feitas dentro do Amarelão.

_____ (Assinatura do Participante) _____ (Assinatura do Pesquisador)

Iremos pedir sua autorização para gravação do áudio da entrevista e fotografia dos materiais produzidos por meio de outros dois documentos, chamados: “**Termo de Autorização para Gravação de Voz**” e “**Termo de Autorização para Registro de Imagens (fotos)**”.

- **Quais são os riscos ao participar do estudo?**

Durante a pesquisa pode ocorrer algum desconforto e possíveis riscos, a transmissão do COVID-19 é um deles, que precisamos combater. Para combater esse risco, é necessário a todos nós, que estamos envolvidos na pesquisa, usar máscaras, lavar as mãos, manter um distanciamento mínimo, e que estejamos protegidos com a primeira e segunda dose da vacina. Além disso, os pesquisadores irão respeitar uma quarentena de 14 dias antes de ir até a comunidade e, caso apresentem algum sintoma, farão teste rápido para identificar o COVID-19. Caso algum de nós esteja com o vírus, a pesquisa será suspensa até que o ciclo da doença acabe.

Assuntos tratados durante o estudo podem gerar constrangimento, desconforto ou afetar suas emoções e, por conta disso, afetar sua saúde física ou mental. Para reduzir esse risco, será feita uma conversa com todos os participantes antes de iniciar a pesquisa, buscando entender seus atuais estados de saúde e capacidade para a participação da mesma. Em caso de complicações ou danos à saúde que você possa ter relacionado com a pesquisa, garantimos o direito à assistência integral e gratuita, os gastos envolvidos serão assumidos pelos pesquisadores.

- **E quais são os possíveis benefícios em participar?**

Como benefícios da pesquisa, esperamos que você reflita sobre sua forma de acessar e produzir saúde, pensando sobre o seu poder nesses processos. Ao fim da pesquisa, também será feito um material que iremos entregar aos profissionais de saúde que atendem o Amarelão e outras comunidades do povo Mendonça, seja no posto de saúde ou no hospital do município. Quando for seguro para a comunidade, estaremos disponíveis para realizar um espaço educativo sobre saúde mental dentro do território, dialogando com todos que quiserem ajudar nessa construção.

- **Minha participação neste estudo será mantida em sigilo?**

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais, divulgados apenas em congressos ou publicações científicas sempre de forma anônima, sem nenhuma informação que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por este estudo em local seguro, durante 5 anos.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas falando com os pesquisadores responsáveis:

Deyse Cristina Valença Guedes

Tel.: (84)99930-2429

E-mail: deyseguedesss@gmail.com

Prof. Dr. Jäder Ferreira Leite

Tel.: (84)99941-0292

E-mail: jaderfleite@gmail.com

A participação na pesquisa é gratuita. Caso você tenha algum gasto como resultado de sua participação, ele será assumido pelo pesquisador e o dinheiro será devolvido a você. Se você sofrer qualquer dano por causa desta pesquisa, sendo ele imediato ou tardio, previsto ou não, você será indenizado.

No caso de qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa, você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa, que é uma instituição que avalia a ética das pesquisas antes que elas comecem e fornece proteção aos participantes das mesmas, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) - Lagoa Nova Campus Central (CEP Central/UFRN) – nos telefones (84) 3215-3135 ou (84) 99193-6266, E-mail: cepufrn@reitoria.ufrn.br. Você ainda pode ir pessoalmente à sede do CEP, de segunda a sexta, das 08h00min às 12h00min e das 14h00min às 18h00min, na Rua das Artes, s/n. Campus Central UFRN. Lagoa Nova. Natal/RN. CEP: 59075-000.

_____ (Assinatura do Participante) _____ (Assinatura do Pesquisador)

Você pode entrar em contato também com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que é a autoridade máxima do Brasil que avalia a ética em pesquisas com seres humanos, por meio do telefone (61) 3315-5877, por e-mail: cns@saude.gov.br, ou por meio do endereço: SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte, CEP 70719-040, horário de atendimento das 09h às 18h.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com a pesquisadora responsável, Deyse Cristina Valença Guedes.

Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE)

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS EM BUSCA DO BEM VIVER: SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE INDÍGENA MENDONÇA DO AMARELÃO (RN), e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar. Asseguro que li e entendi a folha de informações a mim enviada e fiz perguntas à pesquisadora para esclarecer as dúvidas.

Assinatura do participante da pesquisa

Data: ____/____/____

Declaração do pesquisador responsável

Como pesquisador responsável pelo estudo ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS EM BUSCA DO BEM VIVER: SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE INDÍGENA MENDONÇA DO AMARELÃO (RN), declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido infringirei as normas e diretrizes propostas pela Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano – a Resolução 304/2000 do CNS – que regulamenta as pesquisas que envolvam a vida, os territórios, as culturas e os recursos naturais dos povos indígenas do Brasil – a Portaria nº 177/PRES/2006, da FUNAI, e demais legislações pertinentes.

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Natal, 2022.

Apêndice D – Carta de Anuência

CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA LIDERANÇA INDÍGENA PARA EXECUÇÃO DE PESQUISA

Esclarecimentos

Esta é uma solicitação para realização da pesquisa intitulada ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS EM BUSCA DO BEM VIVER: SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE INDÍGENA MENDONÇA DO AMARELÃO (RN), a ser realizada na comunidade indígena Mendonça do Amarelão, pelos pesquisadores Deyse Cristina Valença Guedes (mestranda) e Jáder Ferreira Leite (orientador), que utilizará de metodologia presencial e qualitativa na qual realizaremos a aplicação de questionário sociodemográfico, entrevista semiestruturada e mapeamento coletivo e participativo, e tem como objetivo construir interlocuções buscando compreender os caminhos em busca de "saúde mental" produzidos por moradores e moradoras da comunidade.

Necessitando, portanto, da concordância e autorização comunitária para a realização das seguintes etapas: a) aplicação presencial de questionário sociodemográfico e entrevista semiestruturada, realizados de forma individual e respeitando medidas de prevenção estipuladas pela Organização Mundial de Saúde (OMS); b) realização de mapeamento coletivo e participativo, cuja execução depende do interesse e concordância de cada participante, respeitando as medidas de prevenção ao COVID-19 e o teto de 4 participantes por encontro.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo, de acordo com a Resolução nº 510/2016 - Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde - que tratam da Pesquisa envolvendo Seres Humanos e suas complementares. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados tão somente para realização deste estudo.



Assinatura da pesquisadora responsável

DEYSE CRISTINA VALENÇA GUEDES

CPF 110.910.134-11

Consentimento

os objetivos e metodologia desta pesquisa, concordo em autorizar a realização da mesma nesta comunidade que represento.

Colocamo-nos à disposição para cooperar com a execução do presente projeto de pesquisa, dispondo de infraestrutura necessária para realização das etapas supracitadas.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa e ao cumprimento das determinações éticas da Resolução nº 510/2016 - Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde - e suas complementares.

O descumprimento dessas determinações assegura-me o direito de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa.

Local: Amarelão - João Câmara/RN. Data: 04/10/2021



Assinatura de Liderança

CPF 053.501.324-82

Apêndice E – Roteiro de Entrevista Semiestruturada

Bloco 1 – Noções de bem viver

1. Para você, o que é viver bem? Como você consegue se sentir bem durante a sua vida?
2. Há ações, locais, pessoas que estão envolvidas dentro do que você entende como viver bem?
3. Das coisas presentes no seu dia a dia, algo se relaciona com essa idéia que você tem de viver bem? Algo não se relaciona a sua ideia de viver bem?

Bloco 2 - Itinerários Terapêuticos

4. Como você cuida da sua saúde no seu dia a dia?
5. O que ter saúde é pra você?
6. Na última semana, mês, ou em outro intervalo de tempo, você sentiu algum mal estar que influenciou no seu bem estar, sentimentos (emoções) ou nas suas atividades diárias? O que você sentiu?
7. Você falou com alguém sobre isso? Com quem?
8. Você tomou algum remédio caseiro ou de farmácia para lidar com esse mal estar? O que você acha que é bom para cuidar disso?
9. Você foi a algum local fora de casa para lidar com isso?
10. E dentro de casa, houve algo para tentar diminuir esse mal estar?
11. Você foi ao posto de saúde da comunidade, ou a outro lugar de atendimento de saúde, graças a esse mal estar?
12. Caso tenha ido, você informou a um profissional de saúde sobre como se sentia? Que indicação você recebeu?
13. Alguém próximo a você sentiu na última semana, mês ou outro intervalo de tempo algum mal estar que influenciou no bem estar, sentimentos (emoções) ou nas atividades diárias dele ou dela? Como foi?

Bloco 3 – Avaliação dos Serviços relacionados a Atenção Psicossocial

14. Você já recorreu a algum serviço especializado para tratar de algum problema de saúde mental, como ESF, UBS ou CAPS? Teve alguma dificuldade de acessar os serviços?
15. Nesses locais os atendimentos foram confortáveis levando em conta seu modo de vida, valores e crenças?
16. Nesses serviços, aconteceu alguma situação em que você tenha se sentido mal, discriminado no atendimento de saúde ou teve seu acesso negado a algum cuidado?

Apêndice F – Questionário sociodemográfico

Bloco 1 – Questões socioeconômicas

Nome: _____ **Idade:** _____ **Gênero:** _____

Raça/etnia: _____ **Orientação sexual:** _____ **Religião:** _____

Estado civil: () Solteiro/a () Casado/a () Separado () Outro

Tem filhos? () Sim () Não **Quantos?** _____ **Reside com:** _____

Nasceu no Amarelão? () Sim () Não, moro há _____

Caso não, onde nasceu? _____ **Ocupação:** _____

Quais as fontes de renda em sua casa? () Não possui () Beneficiamento da castanha
() Outras formas de agricultura familiar () Comércio de alimentos () Outras formas de comércio ()
Artesanato () Trabalho assalariado () Prestação de serviços () Benefício previdenciário () Programa
social () Outro: _____

Você é beneficiário de programa social? () Sim, _____ () Não

Qual a sua renda familiar? () Até ½ salário-mínimo () De ½ a 1 salário-mínimo () De 1 a 2 salários-
mínimos () De 2 a 3 salários-mínimos () Acima de 3 salários-mínimos

Escolaridade: () Analfabeto/a () Ensino fundamental incompleto () Ensino fundamental completo
() Ensino médio incompleto () Ensino médio completo () Ensino superior incompleto
() Ensino superior completo () Pós-graduação completa ou incompleta

Bloco 2 – Vida e habitação

Sua casa é: () Própria () Cedida () Outra, _____.

De que material é construída? () Alvenaria () Tijolo sem revestimento () Taipa () Outro, _____.

Como é o acesso a água? () Rede geral () Cisternas () Cacimbão () Açude () Carros-pipa ()
Garrafão () Poço ou nascente dentro do território () Poço ou nascente fora do território () Outro, ____.

Como é o tratamento do lixo? () Coletado por serviço público () A céu aberto em lago, rio ou terreno
() Queimado () Enterrado () Outras formas

Tem acesso à energia elétrica? () Sim () Não

Qual o destino do esgoto? () Fossa séptica () Vala () Fossa rudimentar () Outro

Bloco 3 – Acesso a saúde

Quando precisa de atendimento de saúde, onde comumente se consulta?

() Estratégia de Saúde da Família ou UBS () Agente Comunitário de Saúde () Curadora/curador da
comunidade () UPA () CAPS () Hospital () NASF () Farmácia () Outro, _____.

Geralmente: () Dentro da comunidade () Fora da comunidade

E como é o acesso a esses locais? () Vou a pé () Moto/carro próprio () Ônibus () Ambulância ()
Moto táxi/táxi/lotação () Outro **É pessoa com deficiência (PCD)?** () Não () Não sabe () Sim

Tem Transtorno Mental de acordo com médico (diagnóstico)? () Não () Não sabe () Sim, ____.

Caso possua, há quanto tempo? _____.

Possui algum outro adoecimento? (médico ou não) () Sim, _____ () Não

Faz uso de medicação/remédio regularmente? () Sim, _____ () Não

Há quanto tempo? ____ **É ligada a conhecimentos tradicionais indígenas ou populares?** () Sim () Não

OBS: O instrumento será lido e preenchido pelos pesquisadores, que o farão no diálogo junto ao participante.

Apêndice G – Fotos I Assembleia do Povo Indígena Mendonça (I APIM)

Toré – durante a abertura



Mesa de discussão –
Educação cultura e esporte



Noite cultural – exposição dos mapas das comunidades



Apêndice H – Fotos do Território Mendonça

Plantação em casa do Serrote de São Bento



Vegetação do Amarelão



Rua da comunidade Amarelão



Escola Estadual Indígena Professor Francisco Silva do Nascimento



Ponto de memória – Gameleira



Árvore interna ao território do Amarelão – a decoração foi produzida por funcionários Mendonça do posto de saúde e carrega os dizeres “Cultive, cuide, plante, ame, que o resto vem”.



Apêndice I – Fotos ESF Amarelão

Decoração Novembro Azul – parte interna ESF

Parte interna – Estratégia de Saúde da Família



Parte externa – Estratégia de Saúde da Família



Intervenção grupal na Associação Comunitária do Amarelão – Saúde do trabalhador



Apêndice J – Fotos da Festa da Castanha



9. Anexos

Anexo I – divulgação da 8ª festa da castanha



8ª Festa da Castanha
Kajurã Aratã

Comunidade Indígena Amarelão
João Câmara - RN

26 E 27 DE AGOSTO

PROGRAMAÇÃO

26 de agosto (Sexta-feira)

- 10h – Abertura com Toré e a participação de Gabriel Nascimento
- 10h às 17h – Exposição audiovisual sobre o Povo Mendonça e o Processo de beneficiamento da castanha de caju
- 10h às 19h – Exposição e comercialização dos produtos da comunidade e Território indígena
- 10:30h – Palestra sobre a História do Povo Mendonça e o Processo de beneficiamento da castanha de caju
- 12h às 14h – Almoço Comunitário
- 12h – Apresentação da Orquestra Irmã Terezinha Tesseles Galles
- 12:30h – Apresentação do Projeto Musical Arte Potiguar
- 13h – Apresentação da Orquestra de flautas doce do Serrote de São Bento
- 13:30h – Apresentação musical: Fernando Batista
- 15h – Trilha para as escritas rupestres
- 17h – Apresentação musical: Dedé Cantor
- 19h – Encerramento das atividades do dia

Dedé Cantor

Fernando Batista

Orquestra de Flauta Doce: Irmã Terezinha Galles

Dança Indígena Toré

Projeto musical Arte Potiguar



8ª Festa da Castanha
Kajurã Aratã

Comunidade Indígena Amarelão
João Câmara - RN

26 E 27 DE AGOSTO

PROGRAMAÇÃO

27 de agosto (Sábado)

- 10h – Abertura com Toré e a participação de Gabriel Nascimento
- 10h às 17h – Exposição audiovisual sobre o Povo Mendonça e o Processo de beneficiamento da castanha de caju
- 10h às 19h – Exposição e comercialização dos produtos da comunidade e Território indígena
- 10:20h – Trilha para as escritas rupestres
- 12h às 14h – Almoço Comunitário
- 12h – Apresentação da Orquestra Irmã Terezinha Tesseles Galles
- 12:30h – Apresentação do Projeto Musical Arte Potiguar
- 13h – Apresentação da Orquestra de flauta doce Irmã Terezinha, do Assentamento Santa Terezinha
- 13:30h – Apresentação musical: Fernando Batista
- 14h – Palestra sobre a História do Povo Mendonça e o Processo de beneficiamento da castanha de caju
- 15h – Trilha para as escritas rupestres
- 15h – Apresentação cultural: Violeiro Helânio Moreira
- 16h – Gincanas
- 17:30h às 19:30h – Apresentação musical: Willies
- 22h – Apresentações musicais: Rafinha, Yuri Sanfoneiro e Roberto Filho
- 6h – Encerramento da 8ª Festa da Castanha

Willies

Violeiro Helânio Moreira

Fernando Batista

Escritas Rupestres da comunidade

Projeto musical Arte Potiguar

Artesanato

Orquestra de Flauta Doce Irmã Terezinha

ROBERTO RAFINHA YURI SANFONEIRO

Anexo II – folder I Assembleia do Povo Indígena Mendonça

I APIM Assembleia do Povo Indígena Mendonça

APRESENTAÇÃO

A organização do Território Mendonça se dá através do fortalecimento das associações, da participação no Movimento Indígena, em conselhos, fóruns e espaços de debate, além da realização de oficinas de formação de novas lideranças que visam capacitar jovens para atuar junto nesses espaços. Nesses eventos a principal pauta do Território Indígena Mendonça é a demarcação de terras, em segundo lugar vem o acesso à água já que esse é um dos maiores problemas que o Território enfrenta. Em seguida vem a pauta da educação, da formação política, da saúde e demais demandas apontadas pelas comunidades Mendonça. O povo Mendonça participa desde o ano de 2005 de ações do Movimento Indígena do RN, Movimento Indígena da região Nordeste através da APOINME e Movimento Indígena Nacional, a exemplo do ATL, da Marcha Nacional de Mulheres Indígenas, do Coletivo Voz das Mulheres Indígenas.

Em 23 de outubro de 2016, na sede da ACA, na comunidade Amarelão, foi criado o Fórum de Lideranças Mendonça – FLM, por lideranças representantes das comunidades do Território Indígena Mendonça. O FLM é uma organização que busca demarcar um movimento indígena local/territorial através das ações conjuntas das comunidades e ter uma representação que defenda as demandas do povo Mendonça Potiguar junto aos órgãos de Estado. No final do ano de 2019, as lideranças que compõem o FLM começaram a discutir a realização de uma Assembleia Indígena local, apenas com a participação do povo Mendonça, para traçar estratégias e planejar ações para específicas para o Território e a transformação do FLM em Organização do Povo Indígena Mendonça – OPIM.

Esta I Assembleia do Povo Indígena Mendonça faz parte do fortalecimento da organização do Povo Indígena Mendonça Potiguar, e contará com aproximadamente 100 indígenas das comunidades do Povo Mendonça: Amarelão, Assentamento Santa Terezinha, Serrote de São Bento, Açucena e Assentamento Marajó; Cachoeira/Jardim de Angicos e Mendonça de Natal. Também contará com a participação de indígenas de outras comunidades do RN.

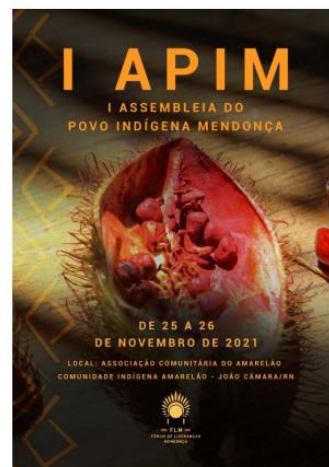
ORGANIZAÇÃO



Associação do Assentamento Santa Terezinha
Associação de Açucena
Associação de Cachoeira
Mendonças de Natal

APOIO

Prefeitura Municipal de João Câmara
PCB/RN
Mandato da Deputada Federal Natália Bonavides



Ser liderança é se sentir útil, poder fazer por alguém o que a gente não faz nem por si mesmo, mas saber que em algum momento pode ajudar a comunidade de alguma forma e ter o reconhecimento de alguns.

Neide Campos (Liderança indígena do Amarelão
Março de 2020)

10h15 – Grupos de Trabalho: reunião trabalhar as demandas locais

- Em todos os GT's devem ser i demandas de Mulheres, Jovens e LGE

11h – Apresentação dos Grupos de Tra

12h – Almoço

13h30 – 2ª Mesa: Educação, Cultura e l

- Secretaria Municipal de E
- João Câmara/RN
- Secretaria de Estado de Educ
- Coordenação de Cultura -
- Educação do município de Jc
- COGEC/SEEC-RN
- Conselho Municipal de Educ
- Conselho Estadual de Educa
- Fundação José Augusto
- José Glebson Vieira/PPGAS
- Secretaria de Esporte de Joã
- Coordenadoria de Esporte/SI
- COEPPIR/RN

15h – Lanche

15h15 – Debate

16h – 3ª Mesa: Saúde e acesso à água

- CTL-FUNAI-Natal

26 de novembro de 2021 – sexta-feira

8h – Grupos de Trabalho: por tema

- Definir demanda, ação necessária, possíveis parceiros e órgãos responsáveis/Instituições Governamentais e calendário de execução da ação.
- Educação; Saúde e Acesso à Água; Etnodesenvolvimento; Terra, Território e Direitos Indígenas; Mulheres, Jovens, LGBTQIA+; Infraestrutura.

8h40 - Apresentação dos Grupos de Trabalho e Construção da Agenda do Movimento Indígena Mendonça para o ano de 2022.

10h – Lanche

10h15 – 4ª Mesa: Terra, Território e Direitos Indígenas

- DPE/João Câmara
- Coordenação Regional da FUNAI-Fortalecer
- CDH-OAB
- MPF/RN
- Juiz Gustavo Henrique Silveira Silva
- INCRA/RN

11h15 – Debate

12h – Almoço

13h30 – 5ª Mesa: Etnodesenvolvimento, Meio Ambiente e Programas Sociais

- EMATER Estadual
- EMATER – Regional
- CTL-FUNAI-Natal
- SETHAS-Governo do Estado
- SEMTHAS-João Câmara

14h30 – Debate

15h – Lanche

15h15 – Apresentação do Planejamento e Agenda do Território Indígena Mendonça para 2022.

15h30 – Avaliação da Assembleia

16h – Encaminhamentos Finais e encerramento

20h – Noite Cultural