



**Saúde, Doença, Deficiência e Intervenção na Visão dos Povos Originários e
sua Ressonância nas Políticas Públicas a Eles Endereçadas**

*Health, Illness, Disability and Intervention from the Perspective of
Indigenous Peoples and Their Impact on Public Policies Addressed to Them*

*Salud, Enfermedad, Discapacidad e Intervención desde la Perspectiva de los
Pueblos Indígenas y su Impacto en las Políticas Públicas Dirigidas a Ellos*

*Santé, Maladie, Handicap et Intervention du Point de Vue des Peuples
Autochtones et leur Impact sur les Politiques Publiques qui leur Sont
Adressées*

Priscila Enrique de Oliveira ¹ e Lucelmo Lacerda ²

¹ Graduada em História pela Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil, mestra em História pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Assis, SP, Brasil, e doutora em Antropologia pela Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

ID <https://orcid.org/0000-0001-8642-3474> E-mail: priscila@circonavegador.com.br

² Bacharel em História pela Universidade do Vale do Paraíba, São José dos Campos, SP, Brasil; mestre em História e doutor em Educação: História, Política, Sociedade pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. É pesquisador visitante na Universidade da Carolina do Norte, Chapel Hill, Estados Unidos.

ID <https://orcid.org/0000-0002-9049-5443> E-mail: lucelmolacerda@gmail.com

Resumo

Quando pensamos em política pública para apoiar pessoas com deficiência, é fundamental incorporarmos o raciocínio que abarque os povos originários. Mas fazê-lo exige um trabalho antropológico de fôlego, realizando o esforço de partir da perspectiva desses povos sobre o fenômeno, para então se formular modos de interlocução para que a questão seja propriamente endereçada. No entanto, a partir das buscas nas principais plataformas que disponibilizam teses, artigos e trabalhos científicos em geral, notamos uma enorme lacuna nos estudos sobre a perspectiva indígena da deficiência. Desta forma, apresentaremos neste artigo, trabalhos que tangenciam esta questão. Nosso objetivo é levantar e discutir a visão dos povos originários acerca da relação entre saúde, doença, deficiência e intervenção, articulando estes conhecimentos sobre variadas nações originárias e as correlacionando com os conhecimentos ocidentais. Por fim, apresenta-se como as políticas públicas, sobretudo voltadas às pessoas com deficiências e transtornos, estão endereçadas às comunidades indígenas, sobre as quais permanece a visão etnocêntrica e ações verticalizadas por parte dos poderes públicos.

Palavras-Chave: Povos Originários; Saúde; Doença; Deficiência; Políticas públicas.

Abstract

When we think about public policy to support people with disabilities, it is essential to incorporate reasoning that encompasses indigenous peoples. But doing so requires extensive anthropological work, making the effort to start from the perspective of these peoples on the phenomenon, and then formulate ways of interlocution so that the issue can be properly addressed. However, based on searches on the main platforms that make available theses, articles and scientific works in general, we noticed a huge gap in studies on the indigenous perspective of disability. Thus, we present works that touch on this issue with the objective of raising and discussing the vision of indigenous peoples about the relationship between health, illness, disability and intervention, articulating this knowledge about various indigenous nations and correlating it with Western knowledge. Finally, it presents how public policies, especially those aimed at people with disabilities and disorders, are addressed to indigenous communities, where the ethnocentric vision and verticalized actions by public authorities remain.

Keywords: Original Peoples; Health; Disease; Disability; Public Policy

Resumen

Cuando pensamos en políticas públicas para apoyar a las personas con discapacidad, es fundamental que incorporemos razonamientos que abarquen a los pueblos indígenas. Pero hacerlo requiere un extenso trabajo antropológico, esforzándose en partir de la perspectiva de estas personas sobre el fenómeno, para luego formular formas de interlocución para que el tema pueda abordarse adecuadamente. Sin embargo, a partir de búsquedas en las principales plataformas que brindan tesis, artículos y trabajos científicos en general, notamos un enorme vacío en los estudios sobre la perspectiva indígena de la discapacidad. Por ello, en este artículo presentaremos trabajos que tocan este tema. Nuestro objetivo es plantear y discutir las visiones de los pueblos indígenas sobre la relación entre salud, enfermedad, discapacidad e intervención, articulando este conocimiento sobre varias naciones indígenas y correlacionándolos con el conocimiento occidental. Finalmente, se presenta cómo las políticas públicas, especialmente aquellas dirigidas a personas con discapacidad y trastornos, se dirigen a las comunidades indígenas, donde persiste la visión etnocéntrica y las acciones verticalizadas de los poderes públicos.

Palabras Clave: Pueblos Originarios; Salud; Enfermedad; Deficiencia; Políticas públicas.

Resumé

Lorsque nous réfléchissons à une politique publique visant à soutenir les personnes handicapées, il est essentiel d'intégrer un raisonnement qui englobe les peuples autochtones. Mais cela nécessite un travail anthropologique approfondi, en s'efforçant de partir du point de vue de ces peuples sur le phénomène, puis de formuler des modalités d'interlocution pour que la question puisse être correctement abordée. Cependant, en nous basant sur les recherches effectuées sur les principales plateformes qui proposent des thèses, des articles et des travaux scientifiques en général, nous avons constaté une énorme lacune dans les études sur la perspective autochtone du handicap. C'est pourquoi, dans cet article, nous présenterons des travaux qui abordent cette question. Notre objectif est de susciter et de discuter la vision des peuples autochtones concernant la relation entre la santé, la maladie, le handicap et l'intervention, en articulant ces connaissances sur diverses nations autochtones et en les corrélant avec les connaissances occidentales. Enfin, il présente comment les politiques publiques, notamment celles destinées aux personnes handicapées et aux personnes souffrant de troubles, s'adressent aux communautés autochtones, où subsistent la vision ethnocentrique et les actions verticalisées des pouvoirs publics.

Mots-Clés: Peuples Autochtones; Santé; Maladie; Carence; Politiques publiques.

Introdução

Este artigo tem como objetivo discutir os conceitos de saúde, doença, corporalidade e deficiência entre os povos originários, a partir de trabalhos relevantes que perpassam estas temáticas e demonstrar como o diálogo com a sociedade envolvente, sobretudo no âmbito das políticas de educação e saúde, é complexo. A nossa compreensão sobre as cosmologias, interpretações e modos de viver dos povos originários está muito distante de favorecer políticas públicas e relações não conflitantes ou exitosas. Nossas concepções estão pautadas na cientificidade que pressupõe individualização e patologização daquilo que foge aos nossos conceitos de normalidade e funcionalidade.

O conceito de deficiência nas sociedades não indígenas sofreu inúmeras modificações desde que foi cunhado pela Organização Mundial da Saúde em 1946 (OMS), que ao longo dos anos transformou critérios e instituiu novas classificações como: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e Classificação Internacional de Doenças (CID). Para estas designações e conceitos, a OMS se pautou em componentes como funções e estruturas do corpo, funcionalidade, desempenho, capacidade, incapacidade determinados por interpretações científicas, racionais sobre o corpo, a saúde e a doença.

No século XX, foram sistematizados os diagnósticos acerca das patologias mentais e, portanto, fez-se necessária a discussão sobre as terminologias adequadas e padronizadas para atender as necessidades acadêmicas, terapêuticas e legais. Assim, em 1952, a Associação Americana de Psiquiatria (APA), publicou a primeira versão do Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-I), com 106 categorias, pautado em um enfoque predominantemente psicanalítico (Martinhago & Caponi, 2019). Sua última edição data de 2022 – DSM 5-TR (APA, 2022) e orientou os procedimentos médicos e legais em relação aos transtornos elencados.

No Brasil a Constituição de 1988, garantiu por meio dos artigos 5, 7, 37, 203, 208 e 227 direitos e benefícios aos “portadores de deficiência e”³ responsabilizou o Estado pela garantia de programas de prevenção, assistência e atendimento especializado.

No ano de 2006, a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência apresentou mudanças de paradigmas e determinou que: “pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas”, esta definição passou compor as diretrizes conceituais da ONU (art I, 2008). O conceito de deficiência se diferenciou da perspectiva da doença e tem sido amplamente discutido ao longo dos últimos anos.

Em 2008, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência manteve a definição de 2006 e garantiu a promoção, a proteção e assegurou “o exercício pleno e equitativo de todos os

³ Nomenclaturas não mais utilizadas. Eventualmente aparecem citadas porque eram as utilizadas no contexto discutido.

direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência, bem como promover o respeito pela sua dignidade inerente". Afirmou ainda como obrigações do Estado:

adotar todas as medidas legislativas, administrativas e de qualquer outra natureza, necessárias para a realização dos direitos reconhecidos" (Art. 4, parágrafo 1) (...) bem como adotar todas as medidas necessárias, inclusive legislativas, para modificar ou revogar leis, regulamentos, costumes e práticas vigentes, que constituírem discriminação contra pessoas com deficiência. (Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, 2008 citado por Lacerda, 2023, p.43)

A Lei Federal nº 13.146/2015, que regulamenta internamente as disposições da Convenção da ONU previu em seu artigo 2 a mesma definição da Convenção de 2006 e reafirmou os direitos relacionados em 2008.

Portanto, o viés estritamente médico da definição, que caracterizava a deficiência como algo intrínseco ao indivíduo, à sua essência, vem sendo substituído por uma concepção mais ampla que responsabiliza o meio, a sociedade e suas instituições políticas, por não estarem devidamente adaptadas a esta diversidade. Assim, cabe ao Estado legislar para que estas barreiras sejam combatidas.

Esta pesquisa é uma revisão narrativa da literatura acadêmica brasileira, incluindo artigos científicos, livros e literatura cinzenta, composta por dissertações de mestrado e teses de doutorado, que perpassam a relação entre saúde, doença e deficiência na perspectiva dos povos originários brasileiros e de que maneira se articulam com nossa sociedade do ponto de vista das políticas públicas.

1. As Fronteiras Culturais das Perspectivas de Saúde e Doença

A perspectiva biomédica anterior à Convenção de 2008, que legitima a criação de instituições e a produção de um saber que orienta procedimentos, em geral considera a doença como fruto de uma patologia causada por algo externo ao corpo e por isto adota soluções externas e individualizantes. Embora esta visão, para muitos, esteja superada, é ainda presente. Comumente o médico precisa traduzir para o universo científico, os discursos de seu paciente. Este esforço interpretativo acaba por criar padrões e homogeneizar procedimentos. O paciente também precisa decodificar a linguagem do médico, que acaba por marcar uma relação de poder pela qual mostram aos pacientes, sua superioridade por possuir certo conhecimento. Desta forma, este encontro é marcado por um distanciamento caracterizado por uma via de mão única na qual o médico fornece o veredito e o paciente o cumpre.

Se esta incompreensão ocorre no interior de uma sociedade que partilha os mesmos códigos e símbolos, em situações em que as lógicas culturais são distintas, o processo se torna muito mais complexo. Para os povos originários, geralmente as doenças eram (são) resultados de

agências maléficas com intenções destrutivas. Para os indígenas a doença está associada à feitiçaria, maus presságios, influências de espíritos e estas interpretações são historicamente construídas. Os sintomas podem ter significados distintos agregados ao universo simbólico do grupo e o mal-estar do corpo geralmente está associado à sociedade como um todo e por isto não pode ser tratado individualmente, como propõe a medicina oficial. (Coimbra & Santos, 2005; Garnello, 2001; Langdon, 2004, Oliveira, 2011)

As explicações mitológicas, que caracterizam as sociedades indígenas, pressupõem uma interlocução do mundo real com o sobrenatural, que em geral, somente a liderança espiritual pode realizar. Conviver com epidemias e doenças desconhecidas a partir do contato com a sociedade não indígena, criou nos povos originários um esforço de interpretação e para as lideranças espirituais uma busca por novos caminhos e procedimentos. (Oliveira, 2011).

Muitas vezes, os indígenas, ao reelaborar suas explicações míticas, também incorporaram algumas noções externas acerca dos agentes transmissores aos seus mitos. Podemos tomar como exemplo os Desana, estudados em Buchillet (2002). Segundo sua mitologia, a malária estava associada a potes invisíveis localizados ao longo dos rios e cachoeiras. A partir do contato com agentes de saúde, passaram a atribuir aos mosquitos a causa da transmissão da malária, mas segundo os indígenas, estes também habitariam os potes e teriam sido libertados pela sua abertura e passaram a invadir as casas e picar as pessoas. Neste sentido, o transmissor da doença, para uma sociedade indígena é que captura um indivíduo causando nele certos desequilíbrios e sintomas. Comumente dizemos que “pegamos determinadas doenças” ao passo que em alguns casos, os indígenas comentam que certa doença “os teria pego”.

No caso dos Yanomami, a princípio associaram as enfermidades aos objetos manufaturados introduzidos pelos não índios, como uma forma de “feitiçaria guerreira”. Em um segundo momento, já no século XX, atribuíram aos não indígenas a categoria de fantasmas “fugidos das costas do céu” em virtude de sua palidez e calvície. Estes seres teriam enviado os distúrbios por meio da fumaça (“a fumaça do metal”) que saía de suas caixas cheias de objetos manufaturados, uma vez que atribuíam a perfumes fortes e certas fumaças propriedades maléficas. No terceiro momento de contato (1920-1925), marcado pelas epidemias, os “brancos” foram associados aos inimigos comuns, e assim sendo, às novas formas de enviar doenças. Neste caso, os “brancos” por vingança, em virtude da recusa das mulheres indígenas pelas relações sexuais e aos roubos praticados pelos Yanomami, enviariam seus “xamãs” que por meio de facões sobrenaturais encantados ou tecidos de algodão vermelho perfumado, cortavam a cabeça ou sufocavam os indígenas, causando febres agudas. (Albert, 1992)

Ainda segundo o autor, o último momento estaria associado ao contato com os missionários a partir da década de 50, e neste contexto passaram associar as doenças ao envio de espíritos maléficos por determinadas pessoas, que por meio de objetos as inseriam. Por exemplo: o espírito do sarampo estaria associado ao motor do veículo dos “brancos” e a fumaça da gasolina, o espírito da tosse, se instaurava por meio de facões e tecidos perfumados, o espírito da malária por sua vez estava associado ao gás e a água dos escapamentos dos motores.

Entre os Baniwa (Garnelo & Wright, 2001), por exemplo, podem se configurar como transmissores das doenças: os líderes espirituais, os seres do mundo sobrenatural, humanos transfigurados em animais ou astros, inimigos. Todos poderiam, por meio de flechas envenenadas, cânticos, sopros ou alimentos inserir veneno no corpo causando a enfermidades.

Uma vez que encaramos a cultura como algo dinâmico em constante processo de transformação, tanto as cosmologias como a inserção de novos objetos, foram ganhando novos

sentidos a partir da mediação (Araújo, 2016) nas relações estabelecidas pelo contato. Assim, muitas vezes os povos originários recorriam às suas práticas e aos líderes espirituais e outras aos procedimentos externos advindos do contato, como o uso de medicamentos alopáticos.

Nestes indícios podemos perceber o quanto a cosmologia garante um espaço para o diagnóstico e tratamento das enfermidades. E assim, muitas vezes, o que é considerado doença para a medicina oficialmente aceita, para uma determinada sociedade indígena pode ser apenas um sintoma, e vice-versa. Em relação a cura, o processo completo de reestabelecimento do corpo, significa o afastamento dos espíritos, que somente determinados métodos e rituais podem realizar. Este processo, pode demandar mais tempo do que o diagnóstico e o tratamento prescrito pelo médico.

É preciso entender que metáforas e conceitos são instrumentos da sociedade ocidental para explicar as concepções indígenas, o que denotam nossa racionalidade e incapacidade de entender o “outro” a partir de seus próprios significados. Além da ligação com espíritos e o mundo sobrenatural, as interpretações acerca das doenças dadas pelos indígenas passam igualmente pelas formas de definir, interpretar, e lidar com o próprio corpo, o que também na maioria das vezes não é comprehensível para a medicina ocidental.

2. O Corpo: suas noções e fronteiras para diferentes sociedades

Segundo Helman (2003), nas sociedades ocidentais o corpo tem sido pensado como uma máquina, o cérebro como um computador, os alimentos tornam-se combustíveis e a medicação o reparo, a retomada das funções ligadas essencialmente à produtividade.

O corpo, nas sociedades indígenas, segundo os antropólogos Viveiros de Castro, A. Seeger e Roberto da Matta (1987, p. 17), deve ser considerado como elemento fundamental no processo de construção da pessoa, ou seja, deve ser considerado como a “matriz dos símbolos e do objeto de pensamento”. Assim, a configuração espacial da aldeia, os rituais de iniciação, as restrições alimentares, definições das relações sexuais, parentesco e o entendimento da natureza estão relacionados com o corpo.

Nele acontecem as manifestações da natureza e da sociedade. Não há uma relação dialética e entre corpo e natureza. As concepções dos nomes, substâncias da alma e do sangue são entendidas a partir da relação do corpo com o cosmos, por isto, segundo os autores, ele apresenta tatuagens, perfurações, escarificações e pinturas, em muitos casos, uma das razões da resistência à vacinação era a cicatriz deixada por ela. (Oliveira, 2011).

O corpo tem um sentido particular para cada cultura e envolve a noção de sagrado, profano, humanidade, natureza e regras sociais. O nascimento, puberdade envelhecimento e morte são entendidos de maneiras específicas. Entre os Karitiana (Velden, 2004), por exemplo, o sangue é entendido como a substância vital que ao longo do tempo enfraquecia e causava o envelhecimento e a morte. Por esta razão há rituais que visam fortalecer-lo e alimentos que podem

“engrossá-lo”. O sangue pode ser o alvo dos inimigos que enviavam flechas envenenadas que, ao penetrarem na corrente sanguínea, acarretavam a doença e morte do indivíduo afetado. Por isto, observamos nos registros dos chefes de Posto⁴, a recusa de alguns grupos indígenas em se submeter a medicamentos injetáveis enviados pelo Serviço de Proteção ao Índio (SPI), que atuou nas terras indígenas entre os anos 1910 à 1967.

O corpo também se torna instrumento de definições de fronteiras, estabelecidas de forma diferente em função dos diversos grupos étnicos e sociais. As sociedades definem a partir dele, as distâncias entre as pessoas e as normas destas fronteiras no âmbito privado e público. Em momentos em que há transgressão de tabus e regras, o corpo e a alma podem ser punidos, muitas vezes em forma de doenças.

Devemos considerar também, a pluralidade dos sentidos da dor, que ligada aos processos culturais, pois nem todos os povos reagem a ela da mesma maneira, ou atribuem a ela as mesmas causas e não a comunicam nas mesmas situações ou para as mesmas pessoas. Neste sentido, o corpo é moldado e controlado pela sociedade e mediado pela cultura.

Se entender o corpo e suas idiossincrasias em diferentes contextos sociais é um objeto de estudo complexo, não podemos deixar de mencionar o que pretende domesticá-lo ou curá-lo: os medicamentos. A relação das sociedades indígenas com eles, está ligada a critérios de classificação das plantas associadas aos geralmente aos mitos, o que representa uma taxonomia bastante complexa. O remédio prescrito pelo médico, por sua vez, nem sempre pressupõe reclusão, rituais, dietas, não produz no paciente sonhos, visões ou qualquer outro tipo de contato com o mundo sobrenatural, ao contrário pode produzir efeitos colaterais, e ainda exige uma dinâmica de horários e doses definidas, o que nem sempre é compatível com a maneira indígena de realizar o tratamento.

Ao longo de todo o processo de contato, é importante evidenciar que em certos momentos os indígenas faziam, e fazem, escolhas que priorizavam suas práticas, em outros buscavam a medicina ocidental, ou utilizavam os dois procedimentos concomitantemente.

Enfim, para cada situação definem, a partir de seus próprios critérios, a origem das doenças, seu diagnóstico e tratamento adequado. Durante pesquisas entre os Kaingang do Paraná, Xokleng de Santa Catânia e Guarani do litoral norte de São Paulo, ao longo dos anos 2002, 2005 e 2023 respectivamente, a mesma afirmação apareceu em diferentes etnias, em diferentes contextos e temporalidades: “a doença que o branco trouxe ele tem que curar”. Assim, os processos de diagnóstico e tratamento, indígenas e não indígenas, estão presentes nas aldeias e a opção por um ou outro procedimento é uma escolha do próprio grupo.

As amarras da racionalidade ocidental capitalista impõem um padrão experimental, mecanicista e exato em nossas interpretações científicas, e desta forma não conseguimos observar que há elementos incomensuráveis nas distintas visões de mundo não ocidentais, há diferenças que devem ser pensadas a partir dos modelos interpretativos específicos de cada grupo étnico. As cosmologias indígenas podem parecer irracionais sob nossos paradigmas, porque só conseguimos

⁴ A análise dos relatórios dos chefes de Posto do SPI foi realizada pela pesquisadora, autora do texto, durante o processo de pesquisa de doutorado, realizada no Museu do Índio (RJ).

pensar a partir da cientificidade que nos foi ensinada. Desta forma, se faz necessário que a medicina se torne menos homogeneizante.

Os antropólogos envolvidos com os estudos acerca da saúde e doença afirmam que a biomedicina não pode ser o único modelo para se entender processos de desequilíbrios físicos, mentais e emocionais, é necessário relativizar e ampliar os horizontes em direção às diferentes concepções e procedimentos. Mais importante do que relativizar a própria ciência é criar espaço para que os próprios indígenas sejam ouvidos e possam manifestar seus interesses e prioridades. Assim, as políticas públicas endereçadas aos povos originários devem romper com suas concepções e intervenções verticalizadas e arbitrárias, e buscar uma elaboração e execução de forma horizontal e participativa.

3. A Deficiência nos Contextos Indígenas

Poucos estudos abordam a visão dos povos indígenas sobre deficiência, sendo a maioria deles situados na área de psicologia. Ao realizar uma pesquisa nas plataformas CAPES (teses e dissertações), Scielo e Google, encontramos trabalhos na antropologia que investigaram a presença de deficiências e transtornos em comunidades indígenas. Esses estudos, no entanto, não tiveram como objetivo central as possíveis interpretações dos povos originários sobre a deficiências e transtornos, limitando-se a tangenciá-los. O que se pode inferir é que nas entrelinhas destas narrativas, o que descrito como feitiçaria ou alteração de comportamento poderia ser facilmente classificado pela ciência ocidental como alguma deficiência ou transtorno.

Muitos trabalhos sobre saúde mental entre os indígenas utilizam denominações como “comportamento agressivo”, “problemas de pensamento”, “falta de atenção”, de forma genérica para analisar comportamentos, sem considerar os aspectos culturais do grupo que permeiam tais atitudes e manifestações.

O conceito de deficiência está associado, tal como descrevemos anteriormente, às concepções sobre corporalidade, relações sociais, regras de parentesco que para os povos originários apresenta-se de diferentes formas em cada etnia, mas estão associados a contextos religiosos. Os kaiowá por exemplo, atribuem ao dono da alma, ou aos espíritos as causas da deficiência, e dependendo do caso era, no passado, possível tratá-las por intermediação do líder espiritual. A tese de Mura (2006) citado por Machado (2011) apresenta a concepção Kaiowá sobre a chegada da alma no corpo:

alguns xamãs atribuem ao ato da concepção a chegada da alma espiritual ao corpo do futuro nascituro; outros consideram que o corpo nasce possuindo uma alma provisória (*ohero*), o *ayvu* se incorporando num segundo momento (p. 256). Assim, toda a preocupação com o bebê está relacionada à permanência dessa alma no corpo, sendo que sua retirada pode chegar a significar a morte do indivíduo. Os Guarani e os Kaiowá descrevem as deformidades corporais como sendo uma precária condição da alma no corpo (quando não está completamente

ausente) (p. 265); e consideram que quando os ayvu não se incorporarem mais, as crianças nascerão sem braços ou outras partes do corpo, não sendo mais seres humanos verdadeiros, os corpos sendo já controlados pelos *ma'etirõ*. (Mura, 2006: 167).

Além da perspectiva cosmológica, os indígenas, como os Kaiowá, atribuem a deficiência à transformação na realidade que ocorreu após o contato com a sociedade não indígena, tais como consumo de drogas, alcoolismo e sobretudo, ao desrespeito ou ausência de práticas rituais importantes, como reclusões, tabus alimentares, respeito às regras sociais.

Muitos povos indígenas atribuem a deficiência à ingestão dos alimentos contaminados com agrotóxicos. No caso da pesquisa de Bruno (2020), a autora demonstra, a partir de narrativas de idosos, o argumento de que as deficiências eram raras no “tempo antigo”, e atribuem-nas às cesarianas, ao uso de medicamentos não indígenas e à quebra dos procedimentos tradicionais pelos mais jovens durante a gravidez e pós-parto. A autora menciona que os partos hospitalares muitas vezes exigem um deslocamento longo das mulheres até os hospitais e isto muitas vezes pode causar falta de oxigenação no bebê, o que acarreta algumas deficiências.

A dissertação de Souza (2011) apresenta diversas narrativas dos indígenas mais velhos sobre a deficiência nos tempos mais antigos:

Tinha criança, que depois de nascida ficava cega, e tinha aquelas que já nasciam cegas, vinham assim. Tinha aquelas que já nasciam da barriga da mãe assim, e para essas não havia forma de curar, antigamente. Mas se não, eles tinham como curar. Eles colocavam mel de abelha que se chama mandaguari. Era bom, muito forte, até agora. Só que às vezes não encontramos mais. Se encontramos, os índios querem vender muito caro para nós. Esse mel mandaguari se põe no olho da criança, desde pequena. Mel de jatei também, de jateí. Bem novinho colocava no olho, como remédio. Para não ficar cego. Não ficava cego mesmo, nem vinha para eles aquela doença chamada catarata, nunca chegava essa. Isso era o modo de agir dos antigos. Não tinha quem ficasse cego. (Machado, 2011: 53).

Sobre os Kaiwá, a dissertação de Mattoso (2016) descreve os conceitos de família, nascimento e educação das crianças, que pressupõe uma série de regras e modos de viver. A criança Kaiowá, em seu processo de amadurecimento, tem não somente o corpo transformado, mas também recebe cuidados para que a alma se fortaleça e “permaneça no corpo”. Quando a mãe identificava, no passado, segundo a autora, algo que denotasse a deficiência⁵, “embrulhava o bebê e já enterrava logo após o nascimento” momento em que a alma ainda não estava, segundo sua cosmologia, conectada totalmente ao corpo.

Em reação aos Yanomami, Machado (2016) relata que a mãe logo após o nascimento da criança é a responsável por decidir se deve ou não sacrificar o bebê que apresenta alguma deficiência, caso decida manter a criança viva, esta é levada para a comunidade para que o grupo decida. A pesquisadora identificou, segundo os critérios não indígenas, crianças com paralisia cerebral, hidrocefalia, lábio leporino, neuropatias e deficiência intelectual. A deficiência, para os

⁵ O conceito deficiência está sendo utilizado pelos autores citados, segundo os critérios da medicina oficial e não para denominar uma interpretação indígena sobre a condição do bebê que devesse levá-lo à morte.

Yanomamis, segundo a autora, não é entendida como doença, e, portanto, não necessita tratamento, e sim reconhecida como uma maldição enviada por algum ser maligno.

As questões mentais também são interpretadas a partir das lógicas culturais. O trabalho de José (2010) sobre a loucura entre os Sateré Maué da Amazônia, demonstra que o pajé contextualiza os comportamentos disruptivos e prescreve o tratamento segundo suas traduções. Segundo a autora a partir de inúmeras entrevistas, o “ficar doido”, segundo a narrativa indígena, pode ser entendido como “judiação”, que denota algo concreto, como um alimento preparado propositalmente com o objetivo de fazer o outro passar mal, ou ainda feitiço.

Há uma diferenciação complexa para o grupo entre o mal-estar que acomete o corpo ou na alma/espírito, e o pajé é o único capaz de distingui-las e prescrever o tratamento adequado. Há ainda comportamentos e dores que podem ser eliminadas pelo uso de medicamentos alopáticos, porém, esta decisão também é tomada a partir da interpretação do processo pelos próprios indígenas. A mudança repentina no comportamento pode ser consequência (castigo) de atitudes não aceitas socialmente pelo grupo: a rebeldia de um jovem, da interferência de um espírito de uma pessoa transformado em um animal, do uso de drogas e bebidas, do não conhecimento e estudo dos ensinamentos do pajé ou em decorrência da ingestão de alimentos proibidos. Estas mudanças podem acarretar suicídios. No universo Guarani, segundo Costa:

existe a ideia de bem viver e mal viver, o primeiro se trata de alguém que não foi amaldiçoado pelos pais, leva uma boa vida e possui comportamento saudável, já segunda é uma pessoa amaldiçoada, que após o encanto e reza forte conhecida como *Teko Royrõ*, se encontra em sentimento de angústia, produzindo comportamentos estranhos, se sentindo infeliz com sua vida e gerando assim o sentimento de morte. (Costa, 2023: 130)

Os espíritos desencarnados, que cometem suicídio também podem ser os responsáveis por causar confusão mental e tornarem-se predadores dos vivos, levando-os ao suicídio. Portanto, para compreender o mundo dos vivos e dos mortos é necessário entender as noções de parentesco, corporalidade e humanidade.

O tornar-se humano envolve concepções específicas de cada etnia, e o nascimento do corpo, pode ou não, coincidir com o nascimento espiritual, e a perspectiva do que seja corpo físico e corpo espiritual, bem como se constrói esta relação, é única em cada grupo étnico e envolvem regras ancestrais. A gemelidade e o albinismo por exemplo estão circunscritos a perspectivas cosmológicas próprias e implicam em complexas relações de parentesco, explicações mitológicas e maneiras de lidar com sua ocorrência. Assim, desrespeitar regras e crenças pode incutir no aparecimento de um castigo, em geral imposto pelo mundo sobrenatural, que pode ser manifestado no corpo, o que a perspectiva não indígena chamaria de deficiências ou transtornos.

A morte, da mesma maneira, é geralmente entendida como um processo, a desconexão da “alma”, “espírito” ou “princípio vital”, exige um processo de ritualização para inserir o morto em outras relações. Esta desconexão e pode ser atribuída a inúmeros fatores que envolvem inimigos espirituais, seres sobrenaturais, feitiços, rupturas, negações.

No trabalho de Testa (2014, p.243), é mencionado o termo loucura na perspectiva Guarani, que se refere a estados de vertigem, confusão mental, incapacidade de deslocar-se ou comunicar-se adequadamente. A autora apresenta casos como: uma criança que “comia cabelo”, indivíduos que gritavam ou “quebravam tudo” referenciando estes comportamentos como loucura na

perspectiva Guarani. Para eliminar estes comportamentos seriam necessárias intervenções e tratamentos espirituais.

A mesma autora menciona ainda, um caso de um jovem que apresentava tonturas e visões, durante o período do sono ou quando estava acordado. As lideranças espirituais explicaram o fato como sendo uma provação para que este indivíduo se tornasse uma liderança espiritual. Tratava-se, segundo os Guarani, de um processo de aprendizagem de comunicação com o mundo espiritual. No entanto, os médicos o diagnosticaram com uma doença mental e prescreveram remédios, o que teria ocasionado, segundo as lideranças espirituais, o rompimento da comunicação com o mundo espiritual e consequentemente a interrupção do processo de aprendizagem das práticas necessárias para um futuro rezador.

Assim, os trabalhos encontrados, quando mencionam a deficiência raramente apresentam-na sob a perspectiva da interpretação indígena quanto às suas origens, possíveis procedimentos de cura ou tratamentos.

A maior parte dos textos, deixa claro que o aumento gradativo da incidência das deficiências em comunidades indígenas é também resultante do contato. Segundo o Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais (DESA) da ONU:

os indígenas são muito mais propensos a vivenciar deficiências em comparação com a população em geral devido: ao alto nível de pobreza, à maior exposição à degradação do meio ambiente, ao alto impacto dos grandes projetos de desenvolvimento (hidrelétricas ou atividades mineradoras) e ao maior risco de serem vítimas de violência. (ONU, 2016 citado por Holanda, 2017).

O artigo de Holanda (2019) aponta ainda dados do SUS que atribuem a ocorrência das deficiências à ausência de tratamentos ou morosidade deles, ou ainda como decorrência da sífilis, dos casamentos consanguíneos ou dos componentes químicos utilizados na mineração.

Buscamos para encontrar possíveis explicações indígenas sobre a deficiência, trabalhos acadêmicos acerca do infanticídio e suicídio. Nestes últimos temas, alguns trabalhos mencionaram como causas do suicídio “confusão mental, tristeza por não conseguir expressar o que se sente e algumas doenças mentais” (Souza, 2020). Acreditamos que na interpretação não indígena podem ser indícios da existência de alguns transtornos, mas que certamente são explicados de forma específica em cada universo cultural, o que torna esta área um terreno fértil e urgente para novas pesquisas.

As razões da ocorrência de suicídios, apontados em inúmeros trabalhos, estão relacionadas também às transformações advindas do contato, como doenças, perda de territórios, escassez de matas e caça, poluição dos rios e diminuição da pesca, moradia compulsória em terras não reconhecidas tradicionalmente pelo grupo, uso de álcool e drogas, presença de novas religiões, transformações do modo de vida, carências, sentimento de abandono pelo poder público, transformações no modo de viver indígena, desrespeito pelos modos de vida e conhecimentos ancestrais.

Da mesma forma, apesar de encontrarmos dezenas de trabalhos acadêmicos sobre o infanticídio, muitos focam no processo de criminalização e poucos se aprofundam nas razões culturais que justificam esta prática. Em alguns trabalhos, observamos a interpretação indígena sobre a deficiência tratada pelos próprios pesquisadores como algo inferior ou superstição (Correa, 2013).

O trabalho de Santos e Lemos (2017) por exemplo, sugere, que sejam levadas compulsoriamente para a adoção, recém-nascidos indígenas, considerados pela sociedade não indígena como deficientes, como forma profilática ao infanticídio. Desta forma, ignora-se além das concepções indígenas sobre a deficiência, as regras de parentesco e as relações sociais, impondo um modelo de família exterior ao grupo.

A visão da sociedade, em geral, se baseia nas informações vinculadas à mídia e não nos estudos antropológicos, e sobretudo acerca do infanticídio, esta temática geralmente como é exposta, cria abismos e preconceitos cada vez maiores entre a sociedade não indígena e os povos originários.

No Brasil a discussão sobre o infanticídio indígena ganhou visibilidade a partir de 2005, com a retirada de duas crianças Suruwaha (Amazonas) da aldeia pela missão evangélica estadunidense JOCUM, instalada nesta Terra Indígena desde a década de 80. As crianças apresentavam uma deficiência neuro motora, mais tarde diagnosticada como causada por hipotireoidismo (Moreira, 2022). A missão justificava a atitude, pelo risco iminente de morte destas crianças. Os desdobramentos desta ação foram a criação da ONG ATINI- Voz pela Vida tendo como uma de suas principais fundadoras, a ex-ministra da Mulher, Família e Direitos Humanos (MMFDH) Damares Alves. A instituição tem como objetivo “conscientizar a sociedade acerca da existência do infanticídio indígena, prevenir e evitar estas práticas e atender as crianças em risco de morte”. (www.atini.org.br) A ONG buscou vinculação na mídia e ganhou projeção nacional por meio da proposta da criação do Projeto de Lei nº 119/2015⁶ proposto pelo ex-deputado Henrique Afonso (PV-AC), que ficou conhecida como Lei Muwaji, nome da mãe da etnia Suruwaha que havia se recusado a prática do infanticídio com a filha Iganani.

A PL versa sobre a proibição e criminalização do que se convencionou chamar de infanticídio indígena, prática descrita segundo a ONG, entre algumas etnias como Kamayurá (Xingu), Paumari e Suruwaha (Amazonas), Terena (Mato Grosso) e Yanomami (Roraima). No entanto, a Constituição Federal de 1988 determinou no artigo 231 que: “são reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários

⁶ A discussão do Projeto de Lei não contou com representantes indígenas e foi permeada de discursos antagônicos, principalmente pela defesa dos antropólogos pelos direitos indígenas de perpetuarem suas práticas tradicionais. O pano de fundo da defesa da PL 119/2015 contava com discursos da bancada ruralista e evangélica, que justificava suas posições pela moral cristã e perspectivas bíblicas sobre nascimento e morte. No meio acadêmico também encontramos diversos textos, particularmente na área do direito, que condenam as práticas indígenas, colocando em segundo plano a distinção cultural dos povos originários, sem articular o debate jurídico com as discussões antropológicas. A discussão girou em torno de convenções e assembleias que debatem os direitos das crianças e direitos humanos. A Convenção Sobre os Direitos da Criança e a Assembleia Geral das Nações Unidas de 2002, determinaram que: “Os Estados-partes adotarão todas as medidas eficazes e adequadas para abolir práticas tradicionais que sejam prejudiciais à saúde da criança”. (Convenção sobre os Direitos das Crianças, Art. 24 nº 3). A recomendação da Assembleia Geral das Nações Unidas (A/RES/56/128, 2002) determinou que se deve: “dar fim às práticas tradicionais e comuns prejudiciais, tais como o matrimônio forçado e com pouca idade e a mutilação genital feminina, que transgridam os direitos das crianças e das mulheres”. A PL, neste sentido, reconhece a prática como nociva e, portanto, defende sua proibição e criminalização.0

sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens.”⁷

A discussão em torno do infanticídio reflete a dinâmica das relações de poder entre as esferas da política nacional brasileira e os povos originários, que se apresenta de maneira hierárquica, legitimada pela institucionalidade de órgãos nacionais e internacionais, que em geral não levam em conta as perspectivas indígenas sobre estes eventos (Rosa, 2015). Portanto, é preciso responsabilizar o contato pelas inúmeras mazelas pelas quais tem passado os povos originários, e inserir suas perspectivas na construção de políticas públicas que são lhe são endereçadas.

Mais uma vez, para que possamos pensar em soluções possíveis, que priorizem melhorar a qualidade de vida destas pessoas, é preciso que as instituições que articulam as políticas públicas, possam conhecer as cosmologias e modos de viver dos diferentes grupos indígenas, recebendo formações e estabelecendo parcerias com as universidades em seus diferentes campos: antropologia, etnomedicina, história, psicologia entre outras ciências que ofereçam repertórios significativos para que se possa efetivar o diálogo com as populações indígenas, em um processo de escuta acerca de suas necessidades, prioridades e desejos, o que não tem sido feito no processo de construção das políticas públicas de atendimento à saúde indígena como veremos adiante.

4. Políticas Públicas Voltadas para a Saúde Indígena no Brasil Especialmente para o Contexto de Deficiências e Transtornos

As doenças foram constantes desde os primeiros momentos do contato entre os povos originários e não indígenas. Porém, a partir da criação do SPI (Serviço de Proteção ao Índio) em 1910, podemos dizer que foram introduzidas políticas para o atendimento da saúde dos povos originários. Os aldeamentos do SPI contavam com a visita de médicos e enfermeiros, bem como desenvolveram a medicalização sistemática. Sob a égide do positivismo, o SPI tinha como objetivo integrar e civilizar os índios, e por esta razão, práticas de higienização, escolarização e sanitarismo

⁷. Da mesma forma, a Convenção sobre os povos indígenas (OIT 169) adotada em 1989 pela Organização Internacional do Trabalho reconheceu as aspirações desses povos a assumir o controle de suas próprias instituições e formas de vida e seu desenvolvimento econômico e fortalecer suas identidades, línguas e religiões, dentro do âmbito dos Estados onde moram, também tornou-se um instrumento paradigmático, pois indica que governos devem assumir a responsabilidade de desenvolver, com a participação dos povos interessados, uma ação coordenada e sistemática com vistas a proteger os direitos desses povos e a garantir o respeito pela sua integridade.

foram imperativas neste processo. Em 1967, o SPI foi substituído pela FUNAI (Fundação Nacional do Índio) que a partir de convênios com universidades e com as políticas de saúde pública realizavam atendimentos nas terras indígenas.

Na década de 1980, ocorrem a VIII Conferência Nacional de Saúde e I Conferência Nacional de Saúde do Índio, fruto dos movimentos para o reconhecimento da necessidade da implantação de um sistema de saúde específico. Em 1988, a Constituição Brasileira legitimou o reconhecimento do direito “à atenção integral e diferenciada à saúde para os povos indígenas”.

A década de 1990, é marcada por uma série de decretos e portarias sobre a questão do atendimento à saúde. Em 1991, o Decreto presidencial n. 23/91, designa à FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), a função de coordenar as ações de saúde dos povos indígenas, em articulação com a FUNAI e outras instituições. Em 1992, foi aprovada a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). No ano seguinte, com a presença de diversos grupos e lideranças indígenas, realizou-se II Conferência Nacional de Saúde do Índio, que discutiu a necessidade de reformulação do atendimento prestado para que houvesse de fato eficácia. A partir desta data foram criados por decretos diversos órgãos na tentativa de organizar e sistematizar o atendimento à saúde dos povos originários.

No âmbito internacional, tem-se na década de 1990, uma série de reuniões organizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) nas quais discutia-se a necessidade de uma abordagem integral à saúde; direito à autodeterminação dos povos indígenas; direito à participação sistemática; respeito e valorização das culturas; e reciprocidade nas relações.

Embora não tematizada pelas discussões acerca da saúde, as deficiências ganharam espaço, ainda na década de 90, após a Declaração de Salamanca (1994), no âmbito da educação. As escolas que funcionam no interior das Terras indígenas, obedecem às legislações que norteiam a educação no Brasil e apoiam-se principalmente no RCNEI (Referencial Curricular Nacional para Escolas Indígena), criado em 1998. Contudo, o primeiro documento a dialogar com a temática da inclusão e inserir as comunidades indígenas como parte de um projeto nacional de inclusão, foi a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (PNEEPEI) de 2008.

Assim como na área da saúde, os povos originários têm debatido em audiências públicas, convenções e conferências suas demandas, necessidades e expectativas na área de educação. Publicado em 2020 tem-se o Plano Nacional de Educação escolar Indígena, com metas a serem atingidas até o final do ano de 2023 que incluem, ainda que timidamente, a questão das deficiências e transtornos.

Ao longo dos anos 2000, as discussões realizadas em conferências e por diversas instituições nacionais e internacionais, evidenciaram carências, necessidades, lacunas e articularam conceitos que embasaram, de forma cada vez mais consistente, as demandas das populações indígenas em suas especificidades regionais e étnicas. Em 2010, foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), vinculada ao SUS, que se responsabiliza por coordenar e executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), cuja missão é:

desenvolver ações de atenção integral à saúde indígena e educação em saúde, em consonância com as políticas e os programas do SUS e observando as práticas de saúde tradicionais indígenas; e realizar ações de saneamento e edificações de saúde indígena. (Plano Distrital de Saúde Indígena/2020-2023)

No entanto, tanto na educação quanto na área da saúde não observamos discussões substanciais nas conferências e Planos desenvolvidos pelo Estado, que sugerem um diálogo acerca do processo de inclusão e atendimento às pessoas com deficiências e transtornos existentes em Terras Indígenas.

As populações indígenas nos últimos anos, continuam se articulando para propor políticas públicas que estejam orientadas por eles e que atendam suas necessidades a partir do respeito às suas características culturais. Neste sentido em, 2019, a Rede de Cooperação Amazônica (RCA) publicou um guia de orientações para Protocolos Autônomos de Consulta e Consentimento. O guia descreve os temas que são passíveis de consulta sugerindo: qualquer ação que afete seus territórios, que interfiram na fauna e na flora, seus recursos hídricos, minerais, direitos humanos, políticas de saúde ou educação. Assim, estes protocolos são de fundamental importância para que as políticas públicas sejam pensadas, articuladas e colocadas em prática, em suas diferentes instâncias (federal, estadual ou municipal), de forma exitosa.

Ainda que as discussões e legislações apontem para a consideração das perspectivas e demandas indígenas acerca do atendimento à saúde, a trajetória de atendimento à saúde indígena está marcada por ações muitas vezes verticalizadas pelo poder público.

As políticas públicas nas áreas de educação e saúde para terras indígenas, em geral não levam em consideração as cosmologias e cosmovisões indígenas, o que acarreta tanto na ineficiência destas políticas, como também revelam a absoluta falta de conhecimento e diálogo com os povos originários, evidenciando a continuidade de ações e perspectivas etnocêntricas e colonialistas.

O contato com os não indígenas ao longo da trajetória histórica do Brasil estabeleceu a inserção de determinadas práticas, de forma compulsória ou não, porém os povos originários estabeleceram uma maneira de utilizar e se relacionar com estes elementos de forma a diferenciar-se em um contínuo processo de afirmação de identidades e valorização de representações que evidenciavam maneiras de conceber o mundo próprio dos indígenas. A doença, a deficiência e os transtornos neste sentido, podem ser utilizadas como um instrumento, uma “lente de aumento” pela qual se pode perceber estas reconfigurações, lógicas e respostas dadas perante a situação contínua e dinâmica de contato.

Considerações Finais

Ao longo do contato entre sociedades não indígenas e povos originários no Brasil, estabeleceram-se relações conflituosas e que obrigaram ambos os sujeitos a ressignificarem suas visões e criarem narrativas que justificassem e explicassem a alteridade. Ao longo da história a Igreja aprimorou seus mecanismos disciplinares baseados na moral cristã, e esta tornava-se gradativamente a base dos ordenamentos jurídicos aos quais as sociedades indígenas como um todo foram, sobretudo antes dos séculos XIX e XX. A partir daí, a científicidade proposta nestes contextos, garantiu princípios disciplinares mais elaborados, pautados na higienização e no

conceito de civilização. A alteridade se manifestou nas classificações, taxonomias e o discurso científico legitimou a inferioridade de alguns a partir das conexões biológicas.

A sociedade não indígena, elaborou a Declaração dos Direitos Humanos a partir de conceitos de humanidade, natureza e cultura ocidentais engendrados a partir da ótica capitalista. A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua e classifica doenças segundo uma visão racionalizada, individualizada e dicotômica na relação corpo biológico, mente/ cultura. A visão etnocêntrica, hegemônica e colonialista prevalece em nossas instituições com as quais as sociedades indígenas são obrigadas a conviver.

Os povos originários estão há séculos vivenciando o contato e suas consequências. Não somente foram obrigados a viverem em territórios não autóctones, como foram submetidos às políticas e civilizatórias. O filósofo indígena Ailton Krenak demonstra o fracasso destas visões e de outras, que sustentam o capitalismo e ao mesmo tempo estão levando este sistema ao colapso. Portanto, para ele, é imprescindível que possamos ver a terra como algo vivo e “parar de nos desenvolver e começar a nos envolver”. É necessário, segundo o antropólogo Tim Ingold (2012) nos dar a oportunidade de aprendizado sobre outras formas de entender o mundo, a partir das quais “não pode haver vida num mundo onde o céu e a terra não se misturam”.

A possibilidade de intervenção para lidar com a deficiência em terras indígenas, tanto pelo atendimento da saúde como da educação, é uma oportunidade de revermos nossas maneiras de conceber, explicar e estar no mundo. As estratégias de intervenção para as deficiências e transtornos e as práticas voltadas para a educação inclusiva nas áreas indígenas devem priorizar a qualidade de vida destas pessoas a partir do entendimento de bem viver dos próprios povos originários. Estarmos abertos a outras possibilidades interpretativas pode nos auxiliar no processo de cura de nós mesmos.

Referências Bibliográficas

- Albert, Bruce. (1992). A fumaça do metal: história e representações do contato entre os Yanomami. *Anuário Antropológico* 89. Tempo Brasileiro.
- Associação Americana de Psiquiatria. (2022). *Manual Estatístico e Diagnóstico de transtornos Mentais*. Artmed.
- Araújo, Melvina., Cunha, Christina Vital. (Orgs). (2016). *Religião e Conflito*. Editora Prismas.
- Brasil. Congresso Nacional. (2008). *Decreto Legislativo nº 186*. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo. Presidência do Senado Federal. Brasília.
- Buchillet, Domenique. (2002). Contas de vidro, enfeites de branco e potes de malária: e representações de doenças infecciosas entre os Desana do Rio Negro. Em Alcida R. Ramos., & Bruce Albert. (orgs). *Pacificando o branco: cosmologias do contato no Norte-amazônico*. EdUnesp.
- Costa, Gersi., Calegari, Marcelo. (2023) Suicídio Indígena: uma revisão de literatura. *Revista Amazônica*, 16(2), 126-151. <https://abralic.org.br/downloads/2023/LIVRO-DE-RESUMOS-%20%20202023.pdf>
- Coimba, Carlos., Ventura, Ricardo., & Escobar, Al (orgs). (2005). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. EdFIOCRUZ.
- Garnelo, Luiza., & Wright, Robin.. (2001). Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baníwa. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(2), 273-284. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000200003>
- Helman, Cecil G. (2003). *Cultura, Saúde & doença*. Artmed.
- Holanda, Marianna., Albuquerque, Fernando., & Amada, Érica. (2024). Crianças indígenas com deficiência e a violação dos direitos à saúde, territoriais e humanos no Brasil". *Rev Bras Bioética*, 15(e19), 1-24.
- Holanda, Mariana. (2008). *Quem são os humanos de direito? Sobre a criminalização do infanticídio indígena*. Dissertação (Mestrado em Antropologia) Universidade de Brasília.
- Holanda, Mariana. (2017) Racismo Ambiental: O falso dilema do infanticídio indígena. <https://racismoambiental.net.br/2017/01/29/o-falso-dilema-do-infanticidio-indigena-por-que-o-pl-1192015-nao-defende-a-vida-de-criancas-mulheres-e-idosos-indigenas/>
- Ingold, Tim. (2012). Trazendo as coisas de volta à vida: emaranhados criativos num mundo de materiais. *Horizontes Antropológicos*, 18 (37), 25-44.
- Ingold, Tim. (2012). Trazendo as coisas de volta à vida: emaranhados criativos num mundo de materiais. *Horizontes Antropológicos*, 18(37), 25-44. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832012000100002>
- Krenak, Ailton. (2019). *Ideias para adiar o fim do mundo*. Ed. Companhia das Letras.
- Langdon, Jean E., & Garnelo, Luiza (orgs). (2004). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Contracapa livraria/ABA.
- Machado, Giselle Ferraz. (2016). *Concepção das deficiências entre os povos yanomami e waiwai: um olhar do pesquisador, do profissional da saúde e do educador*. Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento). Universidade Presbiteriana Mackenzie.

- Mattoso, Maria G. S. (2016). Identificação e avaliação funcional de crianças indígenas kaiowá e guarani com deficiência visual e paralisia cerebral de 0 a 5 anos. Dissertação (Mestrado em Educação), Universidade Federal da Grande Dourados.
- Martinhago, Fernanda., & Caponi, Sandra. (2019). Controvérsias sobre o uso do DSM para diagnósticos de transtornos mentais. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 29(2), e290213. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290213>
- Mattoso, Maria Goretti da Silva., Bruno, Marilda., Nozu, Washington. (2020). Identificação de deficiências entre crianças indígenas nas aldeias de Dourados/MS. *Tema em Educ. e Saúde*, 16(1), 21-39. <https://periodicos.fclar.unesp.br/tes/article/view/13503/9681>
- Moreira, Ana Carolina Saviolo. (2022). *A construção política da categoria "infanticídio indígena" e o mapeamento de seus atores sociais no Brasil*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Universidade Estadual de Campinas.
- Oliveira, Priscila. (2011). *Cada qual tem um pouco de médico e louco: políticas de saúde e mediações culturais entre o SPI (Serviço de Proteção aos Índios) e os indígenas*. Tese (Doutorado em História Social). Universidade Estadual de Campinas.
- Rosa, Marlise. (2014). Nós e os outros: concepções de pessoa no debate sobre infanticídio indígena no Congresso Nacional. *Espaço Ameríndio*, 8(1), 163-193. <https://doi.org/10.22456/1982-6524.46403>
- Santos, Vanessa., & Lemos, Walter. (2017, 23 de Jul.). A adoção de criança indígena como meio de prevenção ao infanticídio promovido em certas culturas indígenas". Anais do I Congresso Acadêmico de Direito Constitucional. <https://www.congresso2016.abrasme.org.br/site/anaiscomplementares2>
- Seeger, Anthony., Matta, Roberto., Castro, Viveiros. (1987). A construção de pessoa nas sociedades indígenas brasileiras". Em *Sociedades Indígenas e Indigenismo no Brasil*. Marco Zero.
- Souza, Vânia Pereira da Silva. (2011). *Crianças indígenas Kaiowá e Guarani : um estudo sobre as representações sociais da deficiência e o acesso às políticas de saúde e educação em aldeias da Região da Grande Dourados*. Dissertação (mestrado em educação). Universidade Federal da Grande Dourados.
- Souza, Ronaldo., Oliveira, Júlia., Alvares-Teodoro, Juliana., & Teodoro, Maycolm. (2020). Suicídio e povos indígenas brasileiros: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica*, 44, e58. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.58>
- Testa, Adriana. (2014). *Caminhos de saberes guarani mbaya: modos de criar, crescer e comunicar*. Tese. (Antropologia Social) Universidade de São Paulo.
- Velden, Felipe V. (2004). *Por onde o sangue circula: os karitiana e a intervenção biomédica*. Dissertação (Mestrado em antropologia). Estadual de Campinas, 2004.
- Yamada, Erika., Grupioni, José Donisete., & Garzón, Benzi G. B. R. (2019). *Protocolos autônomos de consulta e consentimento. Guia de Orientações*. RCA.

Recebido em 02/05/2025.
Revisado em 05/05/2025.
Aceito em 11/08/2025.