

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS LATINO-AMERICANOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS - ESTUDOS
COMPARADOS SOBRE AS AMÉRICAS

YAN OLIVEIRA SILVA RIBEIRO

**RAÍZES E METRÓPOLES: Um estudo comparado entre Brasil e Canadá
sobre a Saúde Mental de Indígenas em Contexto Urbano**

Brasília-DF
2025

YAN OLIVEIRA SILVA RIBEIRO

**RAÍZES E METRÓPOLES: Um Estudo comparado entre Brasil e Canadá
sobre a Saúde Mental de Indígenas em Contexto Urbano**

Dissertação apresentada à Universidade de Brasília, como requisito para a qualificação do Grau de mestre em Ciências Sociais - Estudos Comparados sobre as Américas.

Orientador: Prof. Dr. Cristhian Teófilo da Silva.

Brasília-DF
2025

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS LATINO-AMERICANOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS - ESTUDOS
COMPARADOS SOBRE AS AMÉRICAS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA SEGUINTE BANCA
EXAMINADORA:

Dr. CRISTHIAN TEOFILO DA SILVAS - Presidente
Universidade de Brasília (UNB)

Dra. LILIANE CUNHA DE SOUZA - Membro
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Dra. SILVIA MARIA FERREIRA GUIMARAES - Membro
Universidade de Brasília (UNB)

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Or Oliveira Oliveira Silva Ribeiro, Yan
RAÍZES E METRÓPOLES: Um Estudo comparado entre Brasil e
Canadá sobre a Saúde Mental de Indígenas em Contexto Urbano
/ Yan Oliveira Oliveira Silva Ribeiro; orientador Cristhian
Teófilo da Silva. Brasília, 2025.
98 p.

Tese (Mestrado em Ciências Sociais) Universidade de
Brasília, 2025.

1. Saúde mental. 2. Indígenas em Contexto Urbano. 3.
Estudo comparado entre Brasil e Canadá. 4. Ciências sociais.
I. Teófilo da Silva, Cristhian, orient. II. Título.

RESUMO

Esta dissertação tem como objetivo analisar os principais fatores que influenciam a saúde mental de indígenas em contexto urbano, por meio de uma abordagem comparada entre Brasil (Distrito Federal) e Canadá (Ottawa). A pesquisa parte da constatação de que a urbanização de povos indígenas impõe desafios significativos à saúde mental, vinculados tanto às transformações socioculturais quanto ao acesso desigual às políticas públicas. Com base em aportes interdisciplinares da antropologia, da psicologia e das ciências sociais, o estudo busca compreender como a preservação da identidade étnica, os processos de territorialização e desterritorialização, e as práticas culturais e artísticas atuam como fatores de proteção ou risco psíquico. A metodologia adota a análise de conteúdo aplicada a documentos institucionais, diretrizes de políticas públicas e relatórios técnicos, além de entrevistas já disponíveis em bases públicas e estudos anteriores. Assim, a pesquisa foi desenvolvida majoritariamente a partir de dados secundários, produzidos originalmente por outras instituições e pesquisas; e terciários, isto é, dados derivados de análises e interpretações já sistematizadas. A escolha de Brasil e Canadá se justifica pela possibilidade de contraste entre modelos de atenção à saúde mental, considerando suas especificidades históricas e institucionais na relação com povos originários. A análise comparada permite identificar padrões de exclusão e resistência, contribuindo para o aprimoramento de políticas culturalmente sensíveis e para o fortalecimento do cuidado psicossocial anticolonial e interseccional com populações indígenas em metrópoles. A pesquisa revela que o modelo brasileiro, centrado no assistencialismo, ainda falha em reconhecer a diversidade cultural dos povos indígenas, especialmente em contexto urbano. Já o Canadá, embora enfrente seus próprios desafios, adota uma abordagem multicultural que valoriza a autonomia indígena e incorpora práticas tradicionais no cuidado à saúde mental. Os resultados da pesquisa indicam que, apesar de avanços institucionais no Canadá, persistem desafios comuns nos dois países, como o racismo estrutural e a invisibilização da população indígena urbana.

Palavras-chave: Saúde mental. Povos indígenas. Contexto urbano. Análise comparada. Políticas públicas.

ABSTRACT

This dissertation aims to analyze the main factors influencing the mental health of Indigenous peoples in urban contexts, through a comparative approach between Brazil (Federal District) and Canada (Ottawa). The research begins with the recognition that the urbanization of Indigenous peoples imposes significant challenges to mental health, linked to both sociocultural transformations and unequal access to public policies. Drawing on interdisciplinary contributions from anthropology, psychology, and the social sciences, the study seeks to understand how the preservation of ethnic identity, processes of territorialization and deterritorialization, and cultural and artistic practices function as protective or risk factors for psychological well-being. The methodology is based on content analysis applied to institutional documents, public policy guidelines, and technical reports, in addition to interviews already available in public databases and previous studies. Thus, the research was developed mainly from secondary data — originally produced by other institutions and research — and tertiary data, that is, data derived from already systematized analyses and interpretations. The choice of Brazil and Canada is justified by the opportunity to contrast mental health care models, considering their historical and institutional specificities in relation to Indigenous peoples. The comparative analysis allows the identification of patterns of exclusion and resistance, contributing to the improvement of culturally sensitive policies and the strengthening of anticolonial and intersectional psychosocial care for Indigenous populations in metropolitan areas. The research shows that the Brazilian model, centered on assistentialism, still fails to recognize the cultural diversity of Indigenous peoples, especially in urban contexts. Canada, while facing its own challenges, adopts a multicultural approach that values Indigenous autonomy and incorporates traditional practices into mental health care. The results indicate that, despite institutional progress in Canada, both countries continue to face common challenges such as structural racism and the invisibilization of urban Indigenous populations.

Keywords: Mental health. Indigenous peoples. Urban context. Comparative analysis.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABA – Associação Brasileira de Antropologia

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

COAPS - Coordenação de Atenção Primária à Saúde

CODEPLAN – Companhia de Planejamento do Distrito Federal

CRP – Conselho Regional de Psicologia

DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena

DESF - Diretoria da Estratégia Saúde da Família

DISSAM - Diretoria de Serviços de Saúde Mental

DF – Distrito Federal

eAPP – Equipe de Atenção Primária Prisional

eCR – Equipe de Consultório na Rua

FUNAI - Fundação Nacional dos Povos Indígena

GDF - Governo do Distrito Federal

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MPDFT - Ministério Público do Distrito Federal e Territórios

MPI – Ministério dos Povos Indígenas

NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

PDAD – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios

PDSM - Plano Diretor de Saúde Mental

PEAPS – Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Saúde Mental

PROUNi - Programa Universidade para Todo

RA - Região Administrativa

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

REUNI - Reestruturação e Expansão das Universidades Federais

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena

SUS – Sistema Único de Saúde

TEPT - transtorno de estresse pós-traumática

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 01 – População residente, segundo a situação do domicílio e condição de indígena – Brasil 1991/2010.....	17
Gráfico 02 – Pessoas indígenas segundo as Unidades da Federação - 2022.....	22
Gráfico 03 - Quantidade de solicitações em Lista de Espera, agrupadas por tipo de procedimento.....	67
Gráfico 04 - Quantidade de solicitações em Lista de Espera, agrupadas por Faixa Etária.....	67
Figura 01 - Mapeamento da população indígena de Brasília em 2013	21
Tabela 01 - Procedimentos de atendimento ambulatorial de atenção psicossocial no DF em 2024.....	65
Tabela 02 - Autorizações de internações por sexo de atenção psicossocial no DF em 2024...	65

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
1. INDÍGENAS EM CONTEXTO URBANO	15
1.1 SAÚDE MENTAL DOS INDÍGENAS NO CONTEXTO URBANO	30
1.3 DESAFIOS PARA O ACESSO À SAÚDE MENTAL	41
1.4 PRECONCEITO INSTITUCIONAL E INVISIBILIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL	44
2. ESTUDO COMPARADO: MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL INDÍGENA	51
2.1 O CASO CANADENSE: OTTAWA	54
2.2. O CASO BRASILEIRO: DISTRITO FEDERAL	59
2.3 PERSPECTIVAS CRÍTICAS SOBRE A COMPARAÇÃO BRASIL-CANADÁ	70
3. REFLEXÕES SOBRE ACHADOS E RESULTADOS	73
CONCLUSÃO	78
REFERÊNCIAS	82

INTRODUÇÃO

A dissertação de mestrado intitulada *"Raízes e Metrôpoles: Um estudo comparado entre Brasil e Canadá sobre a saúde mental de indígenas em contexto urbano"* investiga como os sistemas de saúde mental em ambientes urbanos respondem às demandas específicas das populações indígenas que residem em grandes centros, com ênfase nos contextos de Brasília (DF) e Ottawa¹. A pesquisa analisa os desafios psicológicos, socioculturais e institucionais enfrentados por indígenas que transitaram de territórios tradicionais para a vida urbana, com atenção especial a questões como invisibilidade, preconceito, pertencimento, resiliência cultural e acesso a políticas públicas de saúde mental. Por meio de uma abordagem comparativa e documental, fundamentada em referências da antropologia, psicologia e dos estudos decoloniais, a investigação busca compreender os arranjos institucionais, os discursos normativos e as práticas de cuidado adotadas nos dois países, bem como os modos de resistência e adaptação mobilizados por esses povos.

A escolha dos termos iniciais "Raízes e Metrôpoles" para o título deste projeto de pesquisa visa enfatizar a dualidade de experiências enfrentadas pelos indígenas que habitam o contexto urbano de Brasília, Distrito Federal (DF). "Raízes" remete às origens culturais profundamente enraizadas desses indivíduos nas tradições e valores de suas comunidades indígenas de origem. Esse termo representa a riqueza das culturas indígenas e a conexão intrínseca que os mantêm com suas raízes culturais, mesmo enquanto vivem em um ambiente urbano. Por outro lado, "Metrôpoles" destaca o cenário moderno e muitas vezes complexo de Brasília, uma metrópole em constante desenvolvimento e mudança, este termo ressalta os desafios únicos que os indígenas enfrentam ao equilibrar suas identidades culturais tradicionais com as influências urbanas e as pressões sociais da vida na cidade. A metrópole, com sua diversidade cultural e social, pode ser um local de oportunidades, mas também de desafios como o preconceito e a invisibilidade.

O tema desta dissertação surgiu a partir do processo de elaboração da dissertação foi percebida uma enorme lacuna em dados e iniciativas as quais apontam

¹ Esta dissertação contou com o uso de ferramentas de Inteligência Artificial, como o ChatGPT, exclusivamente como apoio à correção ortográfica e gramatical, sugestões de coesão e coerência textual, além de auxílio na formatação de referências bibliográficas conforme normas acadêmicas. Nenhuma parte do conteúdo foi integralmente gerada por IA sem revisão crítica e curadoria da autoria, em conformidade com os princípios de transparência e responsabilidade ética na produção acadêmica.

a ausência de uma abordagem intercultural efetiva nas práticas de cuidado em saúde mental dos povos indígenas, além das dificuldades estruturais enfrentadas por seu acesso a serviços de saúde mental adequados.

A escolha pelo enfoque comparativo entre os sistemas de saúde mental voltados para populações indígenas no Brasil e no Canadá correu pois, a proposta inicialmente seria a de realizar uma pesquisa empírica com indígenas em contexto urbano no Distrito Federal. No entanto, a ausência de abertura e a dificuldade de acesso direto a interlocutores indígenas, mesmo após tentativas junto a profissionais da saúde e órgãos governamentais ligados à saúde indígena, impuseram limites metodológicos importantes. Diante disso, optou-se pelo uso de dados secundários, reunidos a partir de pesquisas acadêmicas, relatórios institucionais e bases de dados oficiais, como forma de garantir a viabilidade da análise.

A decisão de estabelecer um paralelo com a realidade canadense decorre de uma justificativa teórica e comparativa. O Canadá, embora também marcado por uma história colonial violenta e por práticas de assimilação forçada dos povos originários, tem desenvolvido nos últimos anos políticas públicas e mecanismos de reconhecimento e reparação que buscam enfrentar essas violências. A escolha do Canadá como contraponto se justifica por duas razões principais: primeiro, pelo avanço relativo nas políticas de saúde mental voltadas às populações indígenas em comparação com o Brasil; segundo, pela possibilidade de iluminar caminhos e tensionar limites a partir de um referencial internacional que compartilha, ainda que com diferenças contextuais, uma história colonial e contemporânea de violência institucional.

Assim, esta pesquisa busca compreender como se estruturam os sistemas de saúde mental destinados às populações indígenas no Brasil e no Canadá, com ênfase nas semelhanças e diferenças em seus modelos de atenção, financiamento, participação comunitária e reconhecimento da diversidade cultural. A partir dessa comparação, pretende-se contribuir para o debate sobre os limites e as possibilidades de construção de políticas públicas de saúde mental que respeitem a autodeterminação, a interculturalidade e os direitos dos povos indígenas.

A proposta justifica-se da constatação de que a saúde mental é um aspecto fundamental do bem-estar humano e que está intrinsecamente relacionada à vivência e ao contexto cultural dos indivíduos, ideia essa que fica evidente a partir dos pensamentos de Nise da Silveira, e sua importância na história da psiquiatria e da

psicologia no Brasil, que por sua abordagem humanista e inovadora no tratamento de pacientes psiquiátricos. De todo modo, a compreensão dos fatores que afetam a saúde mental dos indígenas em contexto urbano ainda é uma área pouco explorada pela pesquisa acadêmica. (Silveira, 1981).

Os indígenas em contexto urbano representam uma realidade complexa e multifacetada, na qual indivíduos e famílias se deslocaram das terras indígenas, muitas delas em áreas rurais ou de florestas para centros urbanos, dentre outros casos de urbanização de aldeias ou da ocupação das terras indígenas por construções urbanas. Esse fenômeno é observado em todo o mundo, e o Brasil não é exceção. No primeiro caso, a migração urbana é impulsionada por uma série de fatores, incluindo pressões econômicas, desmatamento, conflitos territoriais e a busca por melhores condições de vida. No entanto, a transição para contextos urbanos apresenta desafios significativos para os indígenas. Eles, muitas vezes, enfrentam discriminação, marginalização e a perda de conexões culturais e territoriais que são fundamentais para sua identidade (Pereira, 2024).

Em contraponto ao anteriormente exposto, segundo Pereira et al. (2024), o pensamento vigente na maioria da população consiste em uma compreensão simplista de que o uso de tecnologias ou outros elementos da sociedade branca define a identidade de alguém que reside no meio urbano, seja essa pessoa branca ou indígena. Por exemplo, uma pessoa branca não se tornará indígena apenas por construir e usar uma canoa com técnicas aprendidas dos indígenas como meio de transporte. Da mesma forma, um indígena não perderá sua identidade étnica ao assistir TV ou usar um aparelho de telefone (Pereira, 2024).

Os pesquisadores Roberta Herter da Silva e Norberto Kuhn Júnior conduziram um estudo sobre o uso de smartphones pela comunidade indígena Mbyá-Guarani. Eles também contestam a ideia de que o uso de recursos tecnológicos, como celulares, computadores e acesso à internet, signifique assimilação e perda de identidade cultural. Os autores argumentam que essa visão ultrapassada pressupõe uma compreensão de comunidade limitada ao território físico, enquanto vivemos em um mundo com diversas formas de comunicação. Portanto, a exclusão de qualquer comunidade dessa rede de conexão ampla é motivada apenas pelo preconceito. (Pereira, 2024).

Na aldeia Yakã Jú, os indígenas Mbyá-Guarani são afetados pela profusão das mídias e utilizam aparatos tecnológicos como smartphones para acessar redes

sociais como Facebook e aplicativos como WhatsApp, entre outros. Anteriormente aos smartphones, esses indígenas recorriam aos telefones celulares para comunicação a longa distância, embora poucos tivessem acesso a essa tecnologia naquela época. Os telefones celulares foram introduzidos no Brasil no início dos anos 90 e desde então têm passado por inúmeras transformações devido ao avanço tecnológico, resultando nos smartphones e outros dispositivos móveis que conhecemos atualmente (Pereira, 2024).

Dentre a população indígena residente nas cidades, entendemos que estes sujeitos enfrentam desafios únicos relacionados à adaptação cultural, mudanças no estilo de vida, distanciamento de sua cultura de origem e enfrentamento do preconceito e o que pensam e como lidam com esta realidade pode ser apreendido em seus discursos. Os fatores mencionados podem ter impactos significativos em sua saúde mental, mas ainda há uma falta de conhecimento abrangente sobre a extensão desses efeitos, a compreensão dessa problemática é crucial para desenvolver intervenções que apoiem a saúde mental, promovendo a inclusão social e o respeito à diversidade cultural (Pereira, 2024).

Ao explorar essas questões, a pesquisa busca contribuir para uma compreensão mais abrangente das necessidades específicas dessa população indígena urbana, proporcionando percepções para o desenvolvimento de políticas e intervenções que promovam a saúde mental e o bem-estar. Esse recorte de estudo representa uma ampla gama de experiência específica em relação a contextos dentro da população indígena em ambientes urbanos, refletindo diferentes aspectos de sua vida e saúde mental. Suas histórias e vivências podem ser exploradas em pesquisas ou estudos para entender melhor as dinâmicas culturais, sociais e de saúde que os afetam.

Assim a justificativa decorre da escassez de estudos específicos nessa área e com estes sujeitos em particular. A pesquisa visa contribuir na investigação dos fatores que influenciam a saúde mental de indígenas que vivem em ambientes urbanos, considerando sua adaptação cultural, migração e enfrentamento de preconceitos, além de contribuir para a compreensão da saúde mental desses indivíduos, o estudo também busca subsidiar a criação de políticas públicas e intervenções que promovam seu bem-estar e valorizem sua diversidade cultural.

A situação dos povos indígenas no Brasil tem sido, historicamente, marcada por negligência, silenciamento e tratamento discriminatório, expressos por meio da violência, da exclusão e de políticas assimilacionistas. Como destaca Clovis

Antonio Brighenti (2016), desde o início da ocupação colonial até os dias atuais, os indígenas foram submetidos à escravização, perseguições, processos forçados de catequização e à exclusão social. Ao mesmo tempo, resistiram por meio de guerras, fugas e diversas formas de organização contra a exploração. Ainda segundo o autor, a colonização provocou uma ampla dispersão populacional, o que resultou em múltiplas interações entre os povos nativos e os colonizadores europeus. Essa dinâmica também levou ao deslocamento de comunidades indígenas dentro do território brasileiro, muitas vezes como tentativa de escapar da escravidão ou das consequências das doenças introduzidas pelos colonizadores (Brighenti, 2016).

Para Elizângela Cardoso de Araújo Silva (2018), a tomada das terras brasileiras, que se originou durante o período colonial, estabeleceu extensas propriedades privadas para uma minoria e excluiu as comunidades nativas, de modo cultural e físico, nesse processo. A legalização dos grandes domínios de terra favoreceu as elites agrárias até os dias atuais, representando uma das razões para o controle violento e a exploração dos trabalhadores rurais através de variadas formas de desapropriação. Este cenário levou à desintegração, deslocamento, exploração e expulsão das populações ribeirinhas, tradicionais, quilombolas, indígenas e afrodescendentes (Silva, 2018).

Para explorar o tópico da saúde mental dos indígenas em contexto urbano, à luz da visão do psiquiatra e antropólogo, Arthur Kleinman, quem em sua obra *"The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition"*, revela a complexidade das experiências dessas comunidades no cenário urbano, assim destacando a importância das narrativas de doenças, e ao aplicar essa perspectiva, torna-se evidente que a adaptação a ambientes urbanos pode desencadear desafios singulares para os indígenas (Kleinman, 1998).

A transição para a vida urbana muitas vezes expõe os indígenas a mudanças sociais, culturais e econômicas profundas, contribuindo para narrativas de sofrimento distintas, em sua obra, Arthur Kleinman, ressalta que a compreensão das experiências de doença requer uma análise sensível das influências culturais e sociais que moldam essas narrativas. Portanto, ao investigar a saúde mental dessas comunidades urbanas, é crucial considerar não apenas os aspectos clínicos, mas também os fatores culturais e sociais que impactam a vivência do sofrimento psicológico. A visão de Kleinman oferece uma base conceitual valiosa para aprofundar a compreensão da saúde mental dos indígenas em ambientes urbanos, destacando a

necessidade de abordagens sensíveis e culturalmente informadas para promover o bem-estar psicológico dessas comunidades. (Kleinman, 1998).

A resiliência e os recursos culturais das comunidades indígenas podem desempenhar um papel fundamental no processo de cura. O autor Arthur Kleinman destaca a importância de reconhecer sistemas de crenças locais e práticas tradicionais de cura. Ao promover uma abordagem integrativa, que respeita e incorpora a riqueza cultural dessas comunidades, é possível avançar na compreensão da saúde mental indígena em contextos urbanos (Kleinman, 1998).

A presente pesquisa adota uma abordagem qualitativa, de natureza teórico-analítica e caráter comparativo, fundamentada no método de análise de conteúdo conforme proposto por Laurence Bardin (1977). O estudo concentra-se na comparação entre dois contextos nacionais — Brasil e Canadá — com foco nos respectivos arranjos institucionais voltados à saúde mental de populações indígenas em contexto urbano. A análise desenvolve-se a partir de uma leitura sistemática e interpretativa de documentos institucionais, legislações, políticas públicas, planos de saúde mental, relatórios técnicos, produções acadêmicas e normativas específicas que incidem sobre os direitos dos povos indígenas e o campo da saúde mental em Brasília (DF) e Ottawa.

A opção por um estudo comparado justifica-se pela relevância de contrastar dois modelos de atenção à saúde mental indígena situados em experiências históricas distintas de colonialismo, de estruturação do Estado e de políticas de reconhecimento. A comparação visa identificar tanto os elementos estruturais comuns, como a persistência de desigualdades e invisibilidades quanto às especificidades culturais, institucionais e normativas de cada país, contribuindo para a produção de conhecimento crítico e contextualizado.

A presente pesquisa adota como estratégia metodológica a utilização de análise de dados secundários, compreendidos como informações previamente coletadas, organizadas e disponibilizadas por instituições oficiais, pesquisadores, programas governamentais, literatura e trabalhos acadêmicos. Essa escolha se justifica tanto por questões éticas e práticas, como pelas diversas dificuldades de acesso à população indígena urbana, outro fator que motivou tal escolha foi pela riqueza e abrangência dos registros já disponíveis, especialmente no que se refere à indicadores sociodemográficos e evidenciando as lacunas nos dados quanto a saúde mental.

Conforme destacado por Antonio Carlos Gil (2019), o uso de dados secundários é uma alternativa metodológica legítima, sobretudo quando se trata de analisar fenômenos sociais que envolvem múltiplos atores institucionais e sistemas de informação consolidados. Além disso, o uso de dados secundários permite o aprofundamento crítico de informações já produzidas, possibilitando novos recortes analíticos e interpretações sob perspectivas teóricas específicas, como é o caso da presente pesquisa, que se orienta por uma abordagem interseccional e decolonial.

Foram utilizados, portanto, documentos oficiais como planos de saúde mental (PDSM), legislações do SUS, relatórios da Secretaria de Saúde de Brasília, dados censitários (IBGE, Statistics Canada), além de produções acadêmicas já publicadas sobre saúde mental indígena em contextos urbanos. Essa triangulação de fontes secundárias garante robustez analítica, ao mesmo tempo em que respeita os limites éticos de contato com populações vulnerabilizadas. Destaca-se que, embora não envolva coleta direta de dados primários, a pesquisa assume uma perspectiva crítica frente às fontes utilizadas, problematizando omissões, silenciamentos e lacunas existentes nos registros oficiais, especialmente no que se refere ao reconhecimento da diversidade indígena e às especificidades culturais no cuidado em saúde mental.

Embora o objetivo central desta pesquisa envolva a análise do acesso da população indígena aos serviços de saúde mental no contexto urbano do Distrito Federal, não foi possível realizar entrevistas ou observações diretas com indígenas, em razão de dificuldades concretas no processo de aproximação e estabelecimento de vínculos com interlocutores dessa população, bem como a inexistência de instituições direcionadas especificamente ao cuidado da saúde mental dessa parcela da população.

Diversas tentativas de contato foram empreendidas ao longo dos meses os quais compuseram o tempo de elaboração da pesquisa, tanto de forma direta quanto mediada por profissionais da área da saúde ligados à saúde indígena, bem como por repetidas tentativas de contatos e acesso a informação a partir de órgãos governamentais responsáveis por políticas públicas voltadas às populações indígenas. No entanto, as tentativas não resultaram em retornos ou encaminhamentos que permitissem o estabelecimento de diálogo para fins de pesquisa acadêmica. Em respeito à autonomia e ao tempo das comunidades e lideranças indígenas, optou-se por não insistir em abordagens que pudessem ser interpretadas como invasivas ou desrespeitosas.

Essa dificuldade, longe de ser uma limitação meramente logística, revela também a existência de barreiras simbólicas e estruturais na relação entre as instituições acadêmicas e os povos indígenas, especialmente quando se trata de pesquisas em contextos urbanos, onde a visibilidade dessas populações é frequentemente apagada ou sub-representada.

Diante desse cenário, e respeitando os princípios éticos da pesquisa com populações tradicionais e vulnerabilizadas, optou-se pela análise de dados secundários, conforme já detalhado nesta dissertação. Essa decisão foi orientada não apenas por questões práticas, mas também por um compromisso ético com a produção de conhecimento sem a imposição de expectativas externas sobre os sujeitos da pesquisa, e pelo reconhecimento de que a ausência de resposta também é um dado relevante, que comunica a necessidade de repensar as formas de aproximação e escuta nas investigações acadêmicas.

A fundamentação teórica da pesquisa ancora-se nos aportes da antropologia, da psicologia social e das ciências sociais críticas, especialmente a partir de autores como Arthur Kleinman, ao discutir a centralidade das narrativas de sofrimento e dos significados culturais da doença, Roberto Cardoso de Oliveira, com sua reflexão sobre etnicidade, fricção interétnica e identidade indígena em contextos de urbanização, Sylvia Dantas, ao problematizar intervenções psicossociais interculturais, Paulo Amarante, com sua crítica ao modelo manicomial e defesa da atenção psicossocial como prática emancipatória; e autores indígenas e decoloniais que denunciam os impactos do colonialismo sobre os modos de vida e os sistemas de cuidado tradicionais.

Essa perspectiva metodológica permite compreender como a saúde mental indígena em contexto urbano é moldada por processos sociais, históricos e políticos, integrando múltiplas dimensões: subjetiva, institucional, comunitária e territorial. O enfoque comparado, por sua vez, contribui para revelar os desafios e possibilidades de construção de políticas públicas sensíveis à diversidade cultural e à autonomia dos povos indígenas nos dois países analisados.

Parte-se da hipótese teórica que a saúde mental de indígenas em contexto urbano seja influenciada tanto por fatores internos, tais como a preservação cultural e a identidade étnica, quanto por fatores externos, como as condições de vida na cidade, a preservação cultural e a forte conexão com a identidade étnica podem atuar como fatores de proteção, promovendo o bem-estar psicológico desses indivíduos, de outro

modo, as adversidades enfrentadas no contexto urbano, como o preconceito, a falta de reconhecimento cultural e as dificuldades socioeconômicas, podem impactar negativamente a saúde mental dos indígenas, tornando importante a implementação de intervenções psicossociais específicas para esse grupo. A comparação entre o Brasil e o Canadá permitirá identificar semelhanças estruturais e diferenças institucionais nos modos de cuidado à saúde mental indígena.

Desta forma, questiona-se: Quais são os principais fatores que impactam a saúde mental de indígenas em contexto urbano no Brasil e no Canadá, e de que forma a preservação cultural, a identidade étnica e as políticas públicas influenciam positiva ou negativamente o bem-estar psicológico dessas populações?

O objetivo geral desta dissertação é investigar, a partir de uma abordagem comparada entre Brasil (Distrito Federal) e Canadá (Ottawa), os principais fatores que influenciam a saúde mental de indígenas em contexto urbano, com ênfase na relação entre identidade étnica, políticas públicas e práticas culturais de resistência. Para alcançar tal finalidade, a pesquisa estabelece como objetivos específicos mapear o perfil sociodemográfico e territorial das populações indígenas urbanas nas duas localidades; analisar os dispositivos institucionais voltados à saúde mental indígena em ambos os países; e compreender as estratégias psicossociais e culturais utilizadas por indígenas urbanos na construção do bem-estar subjetivo e coletivo. Ademais, busca-se comparar os modelos de atenção à saúde mental indígena adotados no Brasil e no Canadá, destacando suas limitações e potencialidades, bem como contribuir para o debate sobre o atendimento psicossocial voltadas às populações indígenas em contextos metropolitanos.

A presente dissertação está organizada em três capítulos principais. No primeiro capítulo, apresenta-se uma contextualização da presença indígena em áreas urbanas, com ênfase nos desafios e nas especificidades vivenciadas por essas populações no Distrito Federal, abordando ainda as relações entre identidade, etnicidade e saúde mental. O segundo capítulo desenvolve a análise comparativa entre os modelos de atenção à saúde mental indígena no Brasil e no Canadá, explorando as diferenças institucionais e culturais nos dois contextos. Já o terceiro capítulo reúne as reflexões sobre os principais achados da pesquisa, discutindo os desafios e as potencialidades para a construção de políticas públicas interculturais e sensíveis às demandas dos povos indígenas em contexto urbano.

Assim, a pesquisa discutirá as estratégias e intervenções psicossociais específicas que possam promover o bem-estar psicológico dos indígenas em contexto urbano. Essas estratégias levarão em consideração a valorização da preservação cultural e da identidade étnica, assim como o enfrentamento das adversidades urbanas que impactam essa população. Com isso, busca-se contribuir para a formulação de políticas e práticas mais eficazes que integrem a saúde mental com a promoção e valorização da cultura indígena em ambientes urbanos.

1. INDÍGENAS EM CONTEXTO URBANO

O conceito de indígenas no contexto urbano e os desafios vividos são cruciais para compreender os fatores que influenciam a saúde mental dos indígenas no Distrito Federal. Segundo Adir Casaro Nascimento e Carlos Magno Naglis Vieira (2015), ao se examinar a mudança de localização dos povos indígenas, observa-se que o ambiente urbano representa um novo horizonte para esse grupo, possibilitando a reestruturação de seu estilo de vida. Estar na cidade oferece a oportunidade de buscar alternativas econômicas, seja por meio da comercialização de produtos originários da aldeia, seja pela inserção em postos de trabalho nos setores informais. (Nascimento; Vieira, 2015).

As informações populacionais sobre povos indígenas em ambientes urbanos apenas tiveram início a partir de 1991, quando o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) começou a coletar e divulgar esses dados. Desta forma, a variável relacionada à tonalidade de pele e etnia foi oficialmente incorporada aos levantamentos demográficos, levando à identificação da designação "indígena" (IBGE, 1991).

Com base nos dados divulgados pelo IBGE, no ano de 1991, a comunidade indígena em um cenário urbano englobava um conjunto de 71.026 indivíduos. Uma parcela considerável desse contingente estava centralizada nas áreas Sudeste (35,4%) e Nordeste (22,5%) do território nacional, ao passo que a região Centro-Oeste apresentava a menor quantidade de indígenas nas zonas urbanas dentre todas as regiões do Brasil, somando um total de 11% (IBGE, 1991).

O Censo de 2000 revelou um notável aumento de indígenas, tanto em localidades indígenas quanto em ambientes urbanos, a população total saltou de 294 mil para 734.127 indivíduos. Além da expansão quantitativa dos dados estatísticos, o

Censo de 2000 trouxe uma revelação adicional: uma quantidade superior de indígenas em áreas urbanas (52,2%). A população indígena em ambientes urbanos aumentou de 71 mil para 383.298, o que indica uma cifra superior àquela da população que reside em áreas indígenas. Esse novo mapeamento geográfico dos povos indígenas destacou que, entre os 20 municípios com maior contingente de indígenas na cidade, 10 são capitais (IBGE, 2000).

De forma semelhante ao censo anterior, realizado em 1991, os dados do Censo de 2000 indicam que a concentração mais significativa da população indígena em ambientes urbanos está situada nas regiões Sudeste (140.644) e Nordeste (105.728). Entre os estados, São Paulo (58.842), Rio de Janeiro (34.441) e Bahia (46.276) se destacam como as unidades federativas que mais receberam migração de indígenas (IBGE, 1991).

Ao nos depararmos com os dados citados acima é impossível deixar de citar o debate do autor João Pacheco de Oliveira que tem desempenhado um papel ativo nas discussões com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) nos últimos dez anos, sendo nomeado em 2016 pela Associação Brasileira de Antropologia (ABA) para representar a associação nas conversações sobre o Censo Demográfico de 2020. O autor João Pacheco de Oliveira observa um desinteresse considerável entre muitos antropólogos em relação aos dados estatísticos, possivelmente devido à sua percepção de serem áridos ou distantes das nuances culturais. No entanto, o autor ressalta a importância dos dados quantitativos, destacando sua própria experiência em lidar com eles, inclusive em trabalhos de campo anteriores (Pacheco de Oliveira, 2018).

Ao longo do texto “Os Indígenas nos Censos Demográficos: entrevista com João Pacheco de Oliveira”, o autor examina a trajetória dos censos demográficos no Brasil desde 1991, destacando momentos significativos, como a inclusão da categoria “indígena” nos questionários censitários, especialmente evidente nos Censos de 2000 e 2010. Ele enfatiza a importância desses dados para compreender a complexidade e a diversidade do país, mas também aponta desafios persistentes, como a sub-representação de populações indígenas em áreas urbanas e a complexidade do conceito de “aldeia” (Pacheco de Oliveira, 2018).

O autor propõe uma revisão crítica do conceito de “aldeia” pelo IBGE, levando em consideração a mobilidade e a diversidade das populações indígenas. Ele sugere que a pergunta sobre identidade indígena seja formulada de maneira direta nos questionários censitários, evitando ambiguidades e permitindo uma representação mais

precisa da população indígena. Além disso, o autor destaca a importância de adaptar as metodologias censitárias para melhor representar outras populações tradicionais, como as comunidades quilombolas (Pacheco de Oliveira, 2018).

Os resultados do Levantamento Demográfico de 2000 revelam uma perspectiva inédita sobre a comunidade indígena no Brasil, especialmente no que se refere à população em ambientes urbanos. Para Adir Casaro Nascimento e Carlos Magno Naglis Vieira (2015), diante desse novo panorama, torna-se imperativo que o governo central — particularmente a Fundação Nacional dos Povos Indígenas (FUNAI) e o Ministério dos Povos Indígenas (MPI) — desenvolva e implemente regulamentos e medidas governamentais capazes de oferecer suporte efetivo aos indígenas em contextos urbanos.

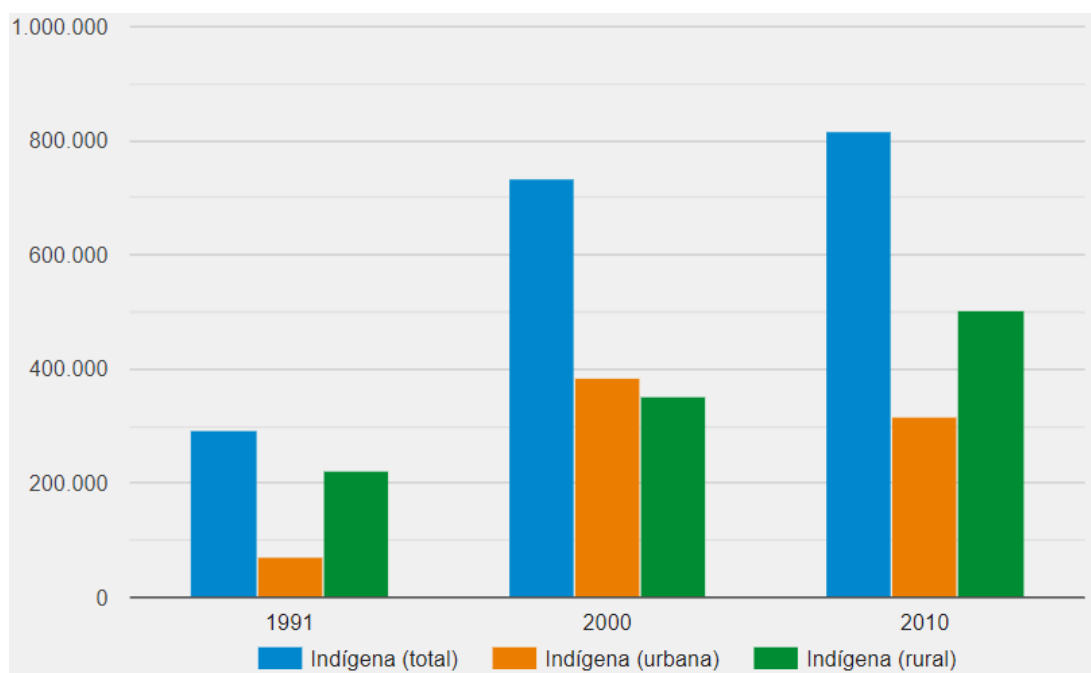
Ademais, o Censo de 2010, o mais recente divulgado até o momento, ampliou sua abrangência para um maior número de municípios e incluiu questões relacionadas à identificação étnica e à língua falada por aqueles que se autodeclararam indígenas na categoria "cor/raça". Conforme apontam os autores, essa nova abordagem metodológica revelou um crescimento da população indígena no país, mas também evidenciou uma inversão na sua distribuição geográfica (Nascimento; Vieira, 2015).

Atualmente, observamos um maior contingente de indígenas vivendo em terras tradicionais em comparação com a população urbana. O grupo populacional indígena nas áreas urbanas, que foi uma surpresa notável no censo anterior, com um total de 383.298 índios, agora registra um número de 315.180 indígenas. Conforme as estatísticas consolidadas pelo IBGE a seguir².

Gráfico 01 - População residente, segundo a situação do domicílio e condição de indígena – Brasil 1991/2010

² Considerou-se como população residente não indígena as categorias de 1 a 4 do quesito da cor ou raça. Para comparação com os Censos Demográficos de 1991 e 2000, deve-se considerar a categoria 'indígena' do quesito da cor ou raça.

(1) Inclusive sem declaração de cor ou raça. (IBGE, 2010)



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1991/2010

	1991	2000	2010
Total(1)	146.815.790	169.872.856	190.755.799
Não indígena	145.986.780	167.932.053	189.931.228
Indígena	294.131	734.127	817.963
Urbana(1)	110.996.829	137.925.238	160.925.792
Não indígena	110.494.732	136.620.255	160.605.299
Indígena	71.026	383.298	315.180
Rural(1)	35.818.961	31.947.618	29.830.007
Não indígena	35.492.049	31.311.798	29.325.929
Indígena	223.105	350.829	502.783

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1991/2010

Houve a realização do Censo Demográfico de 2022 e a população indígena que habita o Brasil totaliza 1.693.535 pessoas, representando 0,83% do conjunto populacional, em comparação com os dados de população indígena de 2010, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) registrou um contingente de 896.917 pessoas indígenas, o que equivalia a 0,47% da população residente no país. Esse dado reflete um aumento significativo na população indígena ao longo de um período de 12 anos, com um crescimento positivo de 88,82% (IBGE, 2022).

Dentro do contexto da população indígena residente no Brasil, 622.066 indivíduos, correspondendo a 36,73% do total, viviam em Terras Indígenas, enquanto 1.071.469 pessoas (63,27%) residiam fora dessas áreas. Em relação aos dados concernentes aos domicílios particulares permanentes ocupados por pelo menos um morador indígena no país, observa-se que 137.256 deles estão situados no interior de Terras Indígenas (21,79%), enquanto 492.785 domicílios encontram-se fora dessas áreas (78,21%) (IBGE, 2022).

Ao analisar a distribuição desses domicílios por Grandes Regiões, nota-se que o Centro-Oeste se sobressai como a região com o maior percentual de domicílios particulares permanentes ocupados por pelo menos um morador indígena dentro de Terras Indígenas, totalizando 36,33%. Na sequência, as Regiões Norte, Sul, Nordeste e Sudeste apresentam percentuais de 28,50%, 27,38%, 15,15% e 7,70%, respectivamente (IBGE, 2022).

Ao trazer os dados do censo para a realidade do Distrito Federal, o documento "Distrito Federal em síntese" (CODEPLAN, 2013), dispõe que a presença dos povos indígenas no Planalto Central remonta a um período de 8 a 10 mil anos atrás, precedendo significativamente a chegada dos primeiros Bandeirantes.

Para Paulo Bertran, a primeira expedição “moderna” a chegar à região do Planalto Central foi a do descobridor das minas dos Goyazes, Bartolomeu Bueno da Silva, o Anhanguera II, que quer dizer “diabo que foi” ou “diabólico”. “Anhanguera II ao entrar em Goiás, em 1722, sabia aproximadamente o que encontrar: índios Caiapó, Carapitangá, Araxá, Quirixá, Goiás, Bareri e Carajaúna [...] E ouro, prata e pedras preciosas”. A área hoje pertencente ao DF era ponto de encontro da tribo Jê, os caiapós, procedentes do sul do país e Xavante, Xerente e Xacriabá, do norte (CODEPLAN, 2013).

Embora várias comunidades indígenas tenham ocupado essa região antes da fundação de Brasília, atualmente há apenas 30 hectare e meio de terras demarcadas para povos indígenas no Distrito Federal, no santuário dos pajés no qual residem cerca de 60 a 68 famílias, em Brasília a população indígena representa uma porção pequena, correspondendo a apenas 0,24%, de acordo com o Censo Demográfico (IBGE, 2010).

Após a realização do Censo de 2020, foi constatado que a população que se autodeclara indígena no Distrito Federal está principalmente localizada na área urbana, representando 97%, assim como os outros grupos populacionais, que totalizam 96,5%. Sua distribuição nas diferentes regiões administrativas (RAs) não segue um padrão claro, com exceção da maior concentração em Ceilândia, onde reside 13% da

população indígena de Brasília. Além disso, destacam-se os percentuais significativos em Planaltina (8,6%), Samambaia (8,5%), Brasília (7,3%) e Recanto das Emas (6,7%).

Podemos ver como a baixa concentração de renda está diretamente relacionada à distribuição periférica da população indígena no Brasil, conforme indicado pelos dados do Censo Demográfico de 2022. Com base nos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2022, Brasília (DF) apresenta uma renda domiciliar per capita superior a todos os 26 Estados brasileiros, alcançando o valor de R\$ 2.913 mensais. Esse montante coloca Brasília à frente de importantes centros urbanos do país, como São Paulo e Rio de Janeiro, com diferenças de R\$ 765 e R\$ 942, respectivamente.

Ao analisar as 33 regiões administrativas de Brasília, observa-se uma significativa variação nos rendimentos per capita mensais. Enquanto áreas como Lago Sul registram a maior média nacional, outras regiões não alcançam sequer o valor de um salário mínimo, atualmente cotado em R\$ 1.320. Por exemplo, Planaltina apresenta um rendimento per capita de R\$ 1.309, Sol Nascente e Pôr do Sol cerca de R\$ 916, e a Estrutural R\$ 695.

De acordo com os dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) de 2021, a divisão da renda nas regiões administrativas de Brasília pode ser categorizada em quatro grupos: Renda Alta, Renda Média-Alta, Renda Média-Baixa e Renda Baixa. As regiões de Renda Alta incluem Águas Claras, Jardim Botânico, Lago Norte, Lago Sul, Park Way, Plano Piloto e Sudoeste/Octogonal, com uma população de 544.432 e renda domiciliar de R\$ 15.159,22. Já as regiões de Renda Média-Alta compreendem Arniqueira, Candangolândia, Cruzeiro, Guará, Núcleo Bandeirante, SIA, Sobradinho, Taguatinga e Vicente Pires, com uma população de 624.654 e renda domiciliar de R\$ 6.845,95.

Por sua vez, as regiões de Renda Média-Baixa incluem Ceilândia, Gama, Riacho Fundo, Samambaia, Santa Maria e Sobradinho II, com uma população de 989.578 e renda domiciliar de R\$ 4.360,12. Por fim, as regiões de Renda Baixa abrangem Brazlândia, Fercal, Itapoã, Paranoá, Planaltina, Recanto das Emas, Riacho Fundo II, Sol Nascente/Pôr do Sol, São Sebastião, SCIA-Estrutural e Varjão, com uma população de 852.217 e renda domiciliar de R\$ 2.860,08. Essa divisão de renda revela disparidades significativas dentro de Brasília, com áreas de alta renda convivendo com regiões de renda mais baixa, evidenciando desigualdades socioeconômicas que

impactam diretamente na qualidade de vida e no acesso a serviços e oportunidades para a população residente em cada região administrativa.

Fica bem evidente uma correlação entre a baixa concentração de renda e a distribuição periférica da população indígena pode ser observada em Brasília. Inicialmente, ao considerarmos a população indígena no Brasil, notamos que uma parcela significativa reside fora das Terras Indígenas, com a distribuição dispersa dessa população, muitas vezes em áreas urbanas periféricas, onde os rendimentos per capita podem ser menores em comparação com áreas mais centrais ou de alta renda.

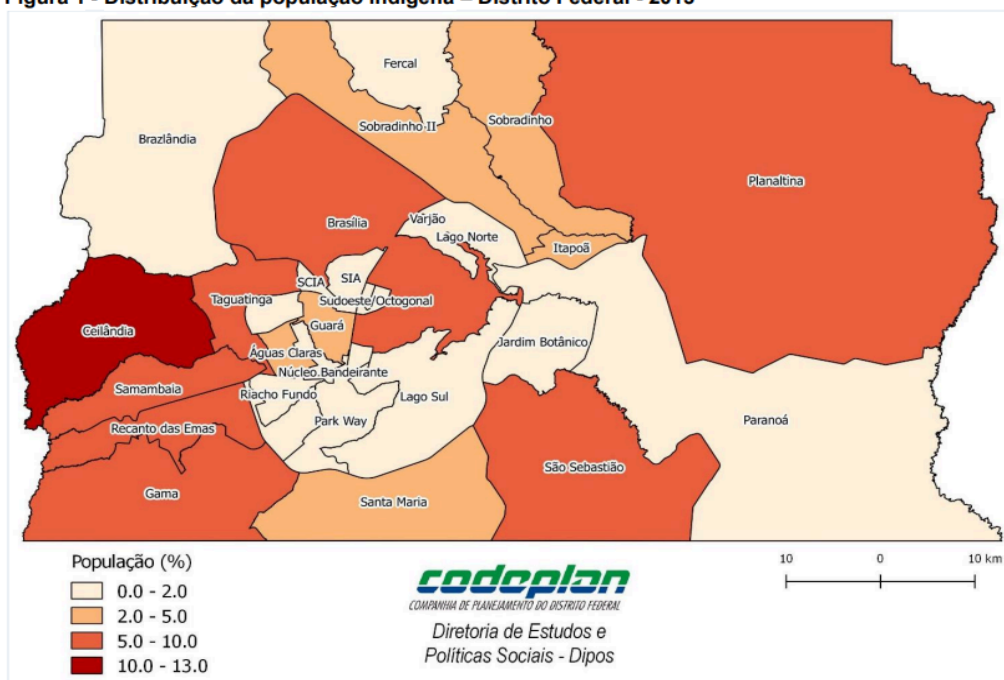
Ao analisar a situação em Brasília, observamos uma grande disparidade na renda per capita entre diferentes regiões administrativas. As áreas de Renda Alta basicamente não possuem população de origem indígena, em contraponto às áreas que apresentam baixa renda, também possuem uma média significativamente superior de indígenas.

A relação entre essa segregação e a baixa renda pode ser entendida pela distribuição desigual de recursos e oportunidades nas diferentes regiões. As regiões de Renda Baixa, por exemplo, podem enfrentar maiores desafios em termos de acesso a serviços básicos, infraestrutura adequada e oportunidades de emprego, contribuindo assim para a concentração de populações vulneráveis, como os indígenas, nessas áreas.

Portanto, os dados apresentados mostram como a segregação dos indígenas está intrinsecamente ligada às disparidades de renda e oportunidades nas diferentes regiões, destacando a importância de políticas e ações que visem reduzir essas desigualdades e promover um desenvolvimento mais equitativo e inclusivo para todas as populações, incluindo os povos indígenas.

Figura 01 - Mapeamento da população indígena de Brasília em 2013.

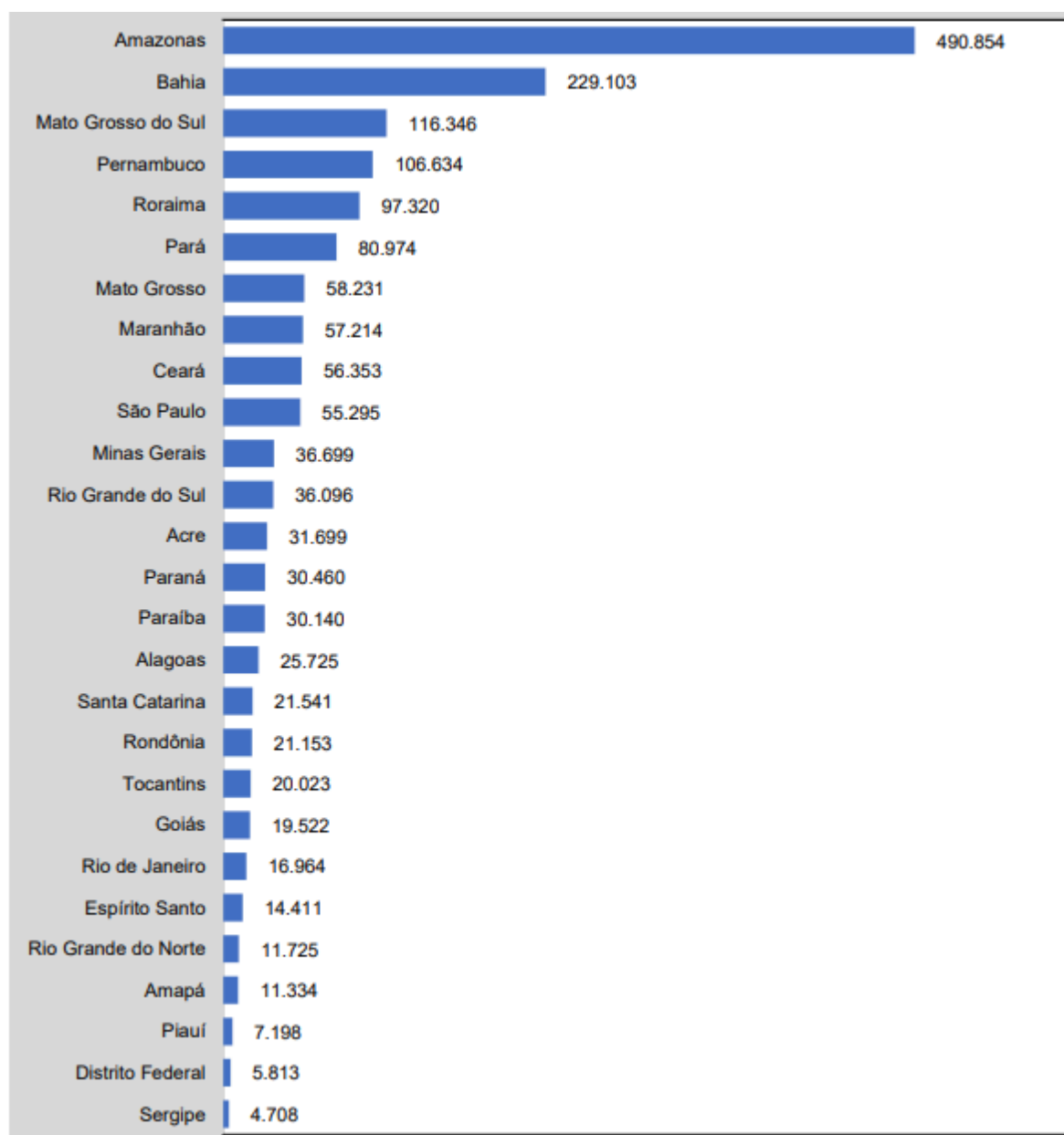
Figura 1 - Distribuição da população indígena – Distrito Federal - 2013



Fonte: PDAD, Codeplan – 2013

No censo de 2022, os números mais reduzidos de população indígena, quando consideradas as Unidades da Federação, foram identificados em Sergipe, contabilizando 4.708 pessoas indígenas, seguido pelo Distrito Federal, com 5.813 pessoas indígenas, e o Piauí, com um total de 7.198 pessoas indígenas. Ao compararmos com os resultados obtidos no censo de 2013, o Distrito Federal tinha o total de 6.128 indígenas, já no censo de 2022, houve a redução para 5.813 (IBGE, 2022).

Gráfico 02 - Pessoas indígenas segundo as Unidades da Federação - 2022



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2022.

Desta forma, nota-se que houve uma redução da população indígena no Distrito Federal, que é um dos entes Federativos com menos habitantes indígenas ao lado de Sergipe. Nesse sentido, ressalta-se que diante do recorte específico fornecido pelos dados da CODEPLAN no ano de 2022, em Brasília, existem oficialmente poucas áreas demarcadas designadas para povos originários, e a população indígena que reside na capital do país frequentemente passa despercebida pela sociedade e pelas autoridades governamentais. O fenômeno dos indígenas na área urbana é um tópico digno de exploração tanto no meio acadêmico quanto na esfera política, representando um

componente relevante das questões sociais que moldam a cultura nacional. (CODEPLAN, 2015).

As informações disponíveis acerca dos indígenas no Distrito Federal indicam uma situação de desvantagem para este grupo em comparação com o restante da população, especialmente em termos de alfabetização e renda. Nesses indicadores, os indígenas frequentemente exibem números inferiores aos da população negra, a qual raramente supera os índices da população que se autodeclara como branca ou amarela (CODEPLAN, 2015).

O principal desafio identificado em relação a esse público é a obtenção de dados que permitam compreender a conexão das pessoas que se autodeclaram indígenas com sua própria cultura. Para alcançar este objetivo, é necessário concentrar esforços na melhoria do registro de informações e na adequação dos serviços públicos e privados do Distrito Federal às necessidades específicas dos povos indígenas. Adicionalmente, é fundamental estabelecer espaços de acolhimento para atender às demandas da comunidade indígena, reconhecendo que, embora seja inevitável que alguns aspectos de sua cultura se percam durante a migração para a cidade, é possível fornecer respostas às necessidades que eles possam ter devido à sua identidade indígena (CODEPLAN, 2015).

É de suma importância reconhecer que há grande complexidade quando se trata sobre a identidade indígena, principalmente em contextos urbanos pois é relevante o fato de como a experiência de deslocamento de povos culturalmente distintos da sociedade nacional pode afetar profundamente o bem-estar psicológico desses indivíduos, a preservação cultural e a identidade étnica têm papel fundamental na manutenção da saúde mental dos indígenas em meio às pressões e desafios da vida na cidade.

Quando consideramos a experiência de vida do indígena em um ambiente urbano, é fundamental analisá-la sob a perspectiva da etnicidade, conforme o faz Roberto Cardoso de Oliveira nas obras “Urbanização e Tribalismo”, 1964 e “O Índio no Mundo dos Brancos”, 1967. Nesse contexto, torna-se evidente que essa vivência frequentemente se caracteriza por confrontações entre sistemas de valores, crenças e práticas culturais distintas, que colidem com a necessidade de se adaptar às novas realidades do ambiente urbano em que estão inseridos. Essa confluência de culturas pode gerar conflitos identitários, marginalização social e a perda de vínculos com as tradições ancestrais, impactando de forma negativa a saúde mental desses indivíduos.

O estudo da presença indígena em contextos urbanos no Brasil encontra em Roberto Cardoso de Oliveira um marco teórico fundador, desde suas investigações sobre os processos de etnicidade e identidade em sociedades complexas, destacou que a indianidade não se esgota em vínculos territoriais tradicionais ou em traços culturais fixos, mas se constitui também como uma construção relacional e política, continuamente reafirmada em contextos de interação interétnica. Sua obra problematizou, de forma pioneira, os modos pelos quais os indígenas negociam sua identidade em cenários de mudança social e urbana, sem, no entanto, perderem a agência sobre os sentidos de pertencimento que reivindicam (Cardoso de Oliveira, 1976, 2001).

Ao conceber a etnicidade como um processo dinâmico, marcado por relações assimétricas de poder, Cardoso de Oliveira contribuiu para romper com as visões essencialistas sobre os povos indígenas, permitindo que a academia considerasse, com maior legitimidade, os indígenas das cidades como sujeitos políticos e culturais ativos, e não como “descaracterizados” ou “aculturados”. Essa perspectiva crítica tem inspirado uma série de trabalhos posteriores que aprofundaram o estudo da indianidade urbana, analisando os mecanismos de reconhecimento, invisibilidade e resistência em meio a uma estrutura social marcada pelo racismo, pelo colonialismo interno e pelo apagamento institucional (Cardoso de Oliveira, 1976, 2001).

Tais abordagens foram ampliadas em dissertações e teses como as de Romano (2010), que estudou os modos de afirmação identitária de indígenas urbanos na cidade de São Paulo, e de Fígoli (2013), que investigou os processos de territorialização e afirmação étnica entre indígenas residentes em Porto Alegre. Ambas as pesquisas reforçam a noção de que os espaços urbanos não são neutros nem desprovidos de tradição, eles também são territórios de luta simbólica, onde os indígenas constroem redes de pertencimento, práticas culturais renovadas e formas próprias de cuidado e resistência (Romano, 2010; Fígoli, 2013).

Neste sentido, a presente pesquisa reconhece a permanência e atualidade da contribuição de Cardoso de Oliveira, especialmente no que tange à centralidade dos conceitos de identidade e etnicidade como categorias analíticas para compreender o sofrimento psíquico de indígenas em contextos urbanos, a saúde mental dos povos originários não pode ser pensada de maneira descolada das dinâmicas de negação de sua existência enquanto sujeitos coletivos legítimos nas cidades, tampouco dos

processos históricos de desterritorialização, deslegitimação e apagamento promovidos por políticas públicas e dispositivos legais (Cardoso De Oliveira, 2001).

Essa forma de exclusão é, muitas vezes, operada por meio do que a literatura tem chamado de “etnocídio burocrático”, conceito que denuncia as formas pelas quais os Estados modernos, por meio de critérios administrativos, documentais e técnicos, invisibilizam povos indígenas que não se encaixam nos moldes tradicionais ou esperados pelas estruturas governamentais. A exclusão dos indígenas urbanos de políticas públicas específicas, aliada ao racismo institucional e à negação do pertencimento étnico, tem impactos concretos sobre sua saúde mental, contribuindo para sentimentos de deslocamento, abandono e perda de sentido (Fígoli, 2013).

Portanto, ao considerar a contribuição teórica de Cardoso de Oliveira e seus desdobramentos contemporâneos, esta dissertação parte do princípio de que os marcadores étnico-raciais são dimensões estruturantes do sofrimento psíquico indígena nas cidades. O reconhecimento da identidade, da memória e do pertencimento deve, portanto, compor qualquer proposta séria de cuidado em saúde mental para povos originários, sob pena de se reproduzir sob nova roupagem as violências coloniais que marcaram a formação histórica do Brasil (Cardoso de Oliveira, 2001; Romano, 2010; Fígoli, 2013).

Nesse sentido, a análise da experiência dos indígenas em ambientes urbanos, à luz das perspectivas de Roberto Cardoso de Oliveira, destaca a importância de compreendermos as dinâmicas culturais e psicológicas envolvidas nesse processo de adaptação, promovendo assim uma reflexão mais profunda sobre como apoiar e fortalecer essas comunidades em suas jornadas de preservação cultural e bem-estar mental.

Para melhor contextualizar os processos em questão, devemos recorrer à obra “Urbanização e tribalismo” (1964) Nesta obra, o autor explora as transformações sociais e culturais que ocorreram entre os indígenas Terenas do Mato Grosso do Sul, após o contato com a sociedade urbana e industrial. Bem como, reservou atenção ao modo como a urbanização afetou as estruturas sociais e culturais destes indígenas, levando a mudanças significativas em suas formas de organização social, economia, religião e identidade étnica. O autor argumenta que a urbanização desencadeou um processo entre as comunidades indígenas, onde elas buscaram fortalecer suas identidades étnicas como uma resposta às pressões da sociedade urbana dominante (Cardoso de Oliveira, 1964, p.17-48).

A relação entre os povos indígenas e a política governamental, existe em um sistema em que as políticas de assimilação e integração afetaram as comunidades indígenas. Existe uma grande importância de reconhecer a diversidade cultural e as estratégias de resistência adotadas pelos povos indígenas em face da urbanização que muito os oprime. "Urbanização e Tribalismo" é uma obra que oferece uma análise profunda das mudanças sociais e culturais enfrentadas pelos povos indígenas no Brasil à medida que são confrontados com a urbanização e a modernização (Cardoso de Oliveira, 1968).

Na obra também somos introduzidos do conceito de "etnocídio", que pode ser lido e interpretado como a destruição ou extinção de culturas e identidades indígenas como resultado do contato com a sociedade dominante, a qual exerce uma grande pressão cultural que afeta os indígenas e como eles buscam preservar aspectos essenciais de suas culturas em meio aos contextos urbanos (Cardoso de Oliveira, 1968).

Em "O Índio e o Mundo dos Brancos", por sua vez, são abordadas as dinâmicas complexas e as transformações culturais que ocorrem quando povos indígenas entram em contato com frentes econômicas da sociedade não indígena, destacando as relações interétnicas e questionando conceitos como os de aculturação a partir da noção de "fricção interétnica". No capítulo sobre o "cabocismo" vemos uma reflexão mais detida sobre os efeitos dos processos interétnicos na subjetividade e identidades indígenas, ensejando o fenômeno da "dupla consciência" (Cardoso de Oliveira, 1996).

Cardoso de Oliveira descreve os caboclos como grupos étnicos intermediários, muitas vezes em situações de fronteira cultural, que desenvolveram estratégias de adaptação e resistência diante das mudanças sociais e econômicas trazidas pelo contato com a cultura dominante. Essas estratégias podem incluir a combinação de práticas tradicionais com elementos da cultura dominante, criando assim uma cultura híbrida (Cardoso de Oliveira, 1996).

O conceito de "cabocismo" é importante porque destaca a fluidez das identidades étnicas e culturais nas sociedades rurais da Amazônia e reconhece que as categorias étnicas não são fixas, mas sim construídas socialmente em contextos específicos. Além disso, ele enfatiza a importância de entender a dinâmica cultural e étnica nas áreas de fronteira cultural, onde as culturas entram em contato e se transformam mutuamente. O conceito de "cabocismo" de Roberto Cardoso de

Oliveira é fundamental para compreender as complexas identidades étnicas e culturais, bem como destaca a importância da adaptação e da resiliência cultural em contextos de contato cultural (Cardoso de Oliveira, 1996).

Diante do exposto, se faz evidente que uma questão extremamente pertinente quando se trata de indígenas em contextos urbanos e outros de intenso contato interétnico são as questões culturais, assim não há como não voltar os olhos para mais uma das obras do já citado Roberto Cardoso de Oliveira, nesse caso "Os Caminhos da Identidade" (2006). A obra aborda questões relacionadas à identidade étnica e cultural das populações indígenas no Brasil. Cardoso de Oliveira examina as dinâmicas complexas que envolvem a formação e a manutenção da identidade desses grupos em um contexto marcado pela diversidade étnica e cultural (Cardoso de Oliveira, 2006).

Na obra o autor aborda a forma como as identidade indígenas são construídas, negociadas e transformadas ao longo do tempo, explorando as influências das relações sociais, políticas e econômicas na construção da identidade étnica, bem como as estratégias de resistência e adaptação adotadas por esse grupo em face de desafios e mudanças que o contexto urbano os impõe. Cardoso de Oliveira também destaca a importância da luta pelos direitos étnicos e da valorização das culturas indígenas. A compreensão da identidade é fundamental para se entender as dinâmicas sociais e culturais do Brasil contemporâneo. (Cardoso de Oliveira, 2006).

Dando seguimento a esse pensamentos vemos a obra "Diálogos Interculturais: Reflexões Interdisciplinares e Intervenções Psicossociais" (2012) de Sylvia Duarte Dantas, quem se concentra em promover a compreensão das dinâmicas culturais em um mundo cada vez mais globalizado. A autora destaca a importância de uma abordagem interdisciplinar para analisar e enfrentar os desafios decorrentes das interações entre culturas diversas. Ela explora como fatores culturais influenciam a psicologia das pessoas e as interações sociais (Dantas, 2012).

Além disso, o livro também se aprofunda nas intervenções psicossociais necessárias para promover o entendimento mútuo e a resolução de conflitos em contextos interculturais. Dantas oferece apontamentos valiosos sobre como profissionais de psicologia e trabalhadores sociais podem abordar questões de identidade, preconceito, discriminação e marginalização em ambientes interculturais (Dantas, 2012).

Sylvia Duarte Dantas demonstra sua expertise ao apresentar casos práticos e estudos de caso que ilustram os desafios e as soluções em contextos interculturais. Ela enfatiza a importância da empatia, do respeito às diferenças e da criação de espaços de diálogo construtivos (Dantas, 2012).

A situação dos indígenas no Distrito Federal reflete uma realidade complexa e em constante transformação. A migração de indígenas para ambientes urbanos representa uma mudança significativa em seus modos de vida, abrindo novas possibilidades econômicas e sociais, mas também apresentando desafios e questões a serem enfrentadas. Inicialmente, é importante ressaltar que a coleta de informações sobre a população indígena em ambientes urbanos teve início apenas em 1991, quando o IBGE começou a incorporar a variável étnica em seus levantamentos demográficos. Desde então, houve um aumento considerável no número de indígenas vivendo em áreas urbanas, especialmente nos últimos censos.

O Censo de 2000 revelou um aumento significativo na população indígena total, com uma parcela expressiva residindo em ambientes urbanos. Esse cenário se intensificou no Censo de 2010, que demonstrou uma inversão na distribuição geográfica dos povos indígenas, com um contingente maior vivendo em terras tradicionais em comparação com a população urbana.

É fundamental destacar a importância dos dados quantitativos para compreender a complexidade e a diversidade da população indígena no Brasil, como ressaltado pelo autor João Pacheco de Oliveira (2018). Ele enfatiza a necessidade de uma revisão crítica do conceito de "aldeia" e a adaptação das metodologias censitárias para melhor representar as populações indígenas em contextos urbanos.

Diante desse novo panorama, é imprescindível que as instituições governamentais, como a FUNAI e o MPI, desenvolvam regulamentos e medidas que ofereçam suporte adequado aos indígenas que vivem em ambientes urbanos. Isso inclui a garantia de acesso a serviços de saúde, educação, moradia e trabalho, levando em consideração as especificidades culturais e sociais desses grupos.

Em suma, a situação dos indígenas no Distrito Federal reflete um cenário em constante evolução, exigindo políticas públicas sensíveis e eficazes para garantir o bem-estar e a integração adequada dessas comunidades em ambientes urbanos. Desse modo, este projeto partirá de aportes da antropologia e da psicologia para abordar os fenômenos identitários decorrentes da presença indígena em contextos urbanos aí

compreendidas as áreas metropolitanas como contexto sociocultural específico, com particular destaque para as práticas, discursos e situação de saúde mental dos indígenas.

1.1 SAÚDE MENTAL DOS INDÍGENAS NO CONTEXTO URBANO

Em busca de garantir a saúde mental da população brasileira, foi criada a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Substâncias Afins do Ministério da Saúde, dispondo as diretrizes e estratégias que organizam o atendimento àqueles que necessitam de tratamentos e cuidados específicos em Saúde Mental dentro do âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, a Lei 10.216/2001 representa o principal marco legal que orienta a proteção e os direitos das pessoas que enfrentam transtornos mentais, uma vez que introduz um novo modelo de assistência em saúde mental (SES-DF, 2023).

A Atenção Primária à Saúde (APS) compreende um conjunto de atividades que engloba intervenções tanto preventivas quanto curativas, visando à promoção, proteção, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Seu propósito é oferecer cuidado abrangente tanto em nível individual quanto coletivo.

De acordo com informações fornecidas pela Diretoria da Estratégia Saúde da Família (DESF), órgão ligado à Coordenação de Atenção Primária à Saúde (COAPS/SES-DF), no Distrito Federal há atualmente cerca de 600 equipes de Saúde da Família, 56 Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), 14 equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) e 3 equipes de Consultório na Rua (eCR), distribuídas em 175 Unidades Básicas de Saúde, com planos de expansão (SES-DF, 2022).

O NASF-AB é uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar, que atua de forma distinta e complementar às equipes de Saúde da Família, desempenhando um papel estratégico no cuidado em saúde mental na APS. Esta equipe deve ser composta por, no mínimo, cinco profissionais de diferentes categorias, como farmacêuticos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. É crucial que essas equipes incluam profissionais com formação específica em saúde mental, como psicólogos e terapeutas ocupacionais (SES-DF, 2022).

Entretanto, de acordo com o 3º Relatório de Monitoramento da cobertura do NASF-AB no Distrito Federal, as categorias profissionais mais representativas nas equipes foram Assistente Social (20%), Fisioterapeuta (20%), Nutricionista (20%) e Farmacêutico (18%). Por outro lado, as categorias com menor representatividade foram Fonoaudiólogo (4%), Terapeuta Ocupacional (7%) e Psicólogo (11%). Esses dados evidenciam a necessidade de uma distribuição mais equitativa e qualificada de profissionais, especialmente aqueles voltados para a saúde mental, dentro das equipes de NASF-AB para garantir uma abordagem holística e eficaz na atenção primária à saúde (SES-DF, 2022).

No Sistema Único de Saúde (SUS), existem diversos serviços de saúde destinados ao atendimento das pessoas que requerem cuidados e tratamentos na área de saúde mental. Estes serviços devem cooperar e oferecer assistência de acordo com sua competência técnica e operacional, ou seja, cada unidade de saúde é encarregada de determinadas demandas relacionadas à saúde mental (SES-DF, 2023).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de saúde comunitários e abertos, compostos por equipes multiprofissionais que adotam uma abordagem interdisciplinar. Eles têm como foco principal o atendimento a pessoas que apresentam transtornos mentais graves e persistentes, bem como aquelas que sofrem de transtornos mentais em geral, incluindo casos relacionados ao uso de substâncias como crack, álcool e outras drogas. Os CAPS prestam assistência em situações de crise e também participam ativamente nos processos de reabilitação psicossocial (SES-DF, 2022).

Atualmente, existem 18 CAPS em operação, dos quais cinco ainda não obtiveram habilitação junto ao Ministério da Saúde. A distribuição desses centros no território do Distrito Federal é heterogênea, uma vez que não estão presentes em todas as regiões de saúde. Isso implica que esses serviços atendem a uma área que vai além da abrangência de sua região específica (SES-DF, 2022).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde mental representa um estado de bem-estar em que o indivíduo consegue empregar suas próprias capacidades, se recuperar do estresse cotidiano, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade. Nessa perspectiva, a promoção da saúde mental pode ser conduzida por diversos intervenientes, abrangendo desde serviços de saúde especializados até a esfera escolar, profissional e familiar (SES-DF, 2023).

Muitos autores da psicologia têm abordado a saúde mental humana, e ao observarmos as condições de insalubridade psíquica dos indígenas em contexto urbano sob diferentes perspectivas teóricas e metodológicas, veremos que alguns pesquisadores enfatizam a importância de fatores psicológicos individuais, como a resiliência, a autoestima e as estratégias de enfrentamento, como elementos-chave para o bem-estar psicológico dos indígenas em meio à urbanização, outros destacam a relevância das condições socioeconômicas e da discriminação enfrentada pelos indígenas em ambientes urbanos como determinantes significativos para sua saúde mental.

Para falarmos sobre saúde mental, devemos contextualizar como essa se manifesta em ambiente urbano o qual será alvo de recorte desse estudo. De acordo com a obra clássica: “A metrópole e a vida Mental” de Simmel, que mesmo sendo uma obra de 1906, se faz extremamente atual, estaremos atentos às complexas dinâmicas sociais que surgem nas grandes metrópoles e como essas dinâmicas influenciam a vida mental dos indivíduos que vivem nelas (Simmel, 1986).

Simmel Investiga como os padrões de interação social e a experiência psicológica dos habitantes das metrópoles em sua forma cotidiana em sua vida urbana. Destacando como as cidades oferecem uma multiplicidade de estímulos e interações sociais, tal fenômeno leva a uma série de efeitos psicológicos, como a sobreestimulação e a "blasé attitude" (Simmel, 1986).

O conceito de sobreestimulação, refere-se à ideia de que as metrópoles são caracterizadas por uma intensa quantidade de estímulos sensoriais, interações sociais e informações. Os habitantes das grandes cidades estão constantemente expostos a uma variedade de impressões visuais, sonoras e sociais, muitas vezes simultaneamente³. Essa sobrecarga de estímulos pode levar a uma sensação de exaustão mental, ansiedade e irritabilidade. Em outras palavras, a sobreestimulação resulta da quantidade excessiva de estímulos sensoriais e sociais que as pessoas experimentam nas metrópoles, o que pode afetar seu bem-estar psicológico (Simmel, 1986).

Já a chamada "blasé attitude" é uma atitude de indiferença ou apatia que os habitantes das grandes cidades desenvolvem como uma forma de se proteger da sobreestimulação. Devido à constante exposição a uma variedade de estímulos e interações sociais, as pessoas podem adotar uma postura de desinteresse ou

³ Ressalta-se que a reflexão foi cunhada antes do advento das redes sociais.

distanciamento em relação ao que as rodeia. Isso pode se manifestar como uma aparente indiferença às experiências ou como uma atitude de "nada me surpreende". A "blasé attitude" é uma estratégia psicológica que ajuda as pessoas a lidar com a sobrecarga de informações e estímulos nas metrópoles, permitindo-lhes manter uma certa distância emocional das situações cotidianas (Simmel, 1986).

Ambos os conceitos destacam como a vida urbana pode afetar a experiência mental e emocional dos indivíduos que habitam em ambientes metropolitanos como um contexto cultural singular. Simmel também explora a ideia de que nas grandes cidades, os indivíduos frequentemente estabelecem relações sociais impessoais, superficiais e voláteis, devido à grande diversidade e anonimato encontrados nas metrópoles. Isso contrasta com as relações sociais mais íntimas e duradouras que podem ser encontradas em comunidades menores. Além disso, o autor aborda temas como a moda, o dinheiro, o estrangeiro na cidade e as formas de sociabilidade urbana. Ele argumenta que a vida na metrópole é caracterizada por uma constante interação entre a liberdade individual e a restrição social (Simmel, 1986).

A situação da saúde mental dos indivíduos expostos à vida urbana nos leva de encontro com a evolução dos modelos de atenção à saúde mental no Brasil e no mundo, a qual representa um campo complexo de análise, especialmente quando se consideram suas implicações nos sujeitos, incluindo os povos indígenas. Diversos documentos e relatórios governamentais, como o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Saúde Mental (PEAPS) do Ministério da Saúde do Brasil, e diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) fornecem subsídios para compreender as transformações e direcionamentos nas políticas de saúde mental.

Quanto ao recorte brasileiro sobre os modelos de atenção à saúde mental, destaca-se a visão do autor Paulo Amarante, que têm contribuído significativamente para a discussão sobre os modelos de atenção à saúde mental no contexto brasileiro, destacando questões como a importância da integralidade do cuidado e a promoção da autonomia dos pacientes. No âmbito internacional, pensadores como Erving Goffman fornece insights valiosos sobre o estigma associado à saúde mental e as dinâmicas de poder nos sistemas de saúde.

Amarante (2007) destaca a importância da reforma psiquiátrica no Brasil, que busca superar o modelo manicomial e priorizar o tratamento em liberdade, com base nos princípios da dignidade humana e dos direitos dos pacientes. Ele discute a

necessidade de uma atenção psicossocial que valorize a autonomia, a inclusão social e a participação dos usuários no processo de cuidado (Amarante, 2007).

O autor também analisa os desafios enfrentados na implementação das políticas de saúde mental, como a persistência de práticas institucionais tradicionais, a falta de estruturação dos serviços comunitários e a resistência cultural e social às mudanças propostas pela reforma psiquiátrica, destacando a importância de uma abordagem humanizada, inclusiva e integrada para o cuidado das pessoas em sofrimento psíquico (Amarante, 2007).

Com o olhar voltado ao cenário internacional nos voltamos a obra "Manicômios, Prisões e Conventos", do autor Erving Goffman, oferece uma análise sociológica profunda sobre as instituições totais, ou seja, ambientes fechados e estruturados que regulam intensamente a vida dos indivíduos que neles estão inseridos. Goffman explora as semelhanças entre manicômios, prisões e conventos, destacando como essas instituições moldam e controlam o comportamento humano, as instituições totais têm características comuns, como a rotina rígida, a hierarquia de autoridade, a vigilância constante, a perda de autonomia e a estigmatização dos internos. Ele discute a forma como essas instituições afetam a identidade e a interação social dos sujeitos, levando muitas vezes à despersonalização e à alienação (Goffman, 1961).

Goffman também analisa as estratégias de resistência e adaptação dos indivíduos dentro desses ambientes, bem como os efeitos das instituições totais na sociedade como um todo. Ele questiona os limites éticos e humanitários dessas instituições e propõe uma reflexão crítica sobre os modelos de cuidado e controle adotados pela sociedade (Goffman, 1961).

Assim vemos como o ambiente urbano influencia os indivíduos que estão inseridos neste contexto, são impactados no trabalho "A Política de Saúde Mental no Distrito Federal: Um Balanço à Luz da Reforma Psiquiátrica e da Visão Antimanicomial" de Geucilene Vieira Lopes da Silva analisa a política de saúde mental no Distrito Federal, tendo como referência a Reforma Psiquiátrica e a perspectiva antimanicomial (Silva, 2021).

As ideias de Geucilene consistem em examinar como as transformações na abordagem da saúde mental, que visam a desinstitucionalização e a humanização do tratamento de transtornos mentais, têm sido implementadas na realidade do Distrito Federal. A autora realiza uma análise crítica, investigando a efetividade das políticas públicas nessa área, bem como os desafios enfrentados na construção de um sistema de

saúde mental mais inclusivo e respeitoso aos direitos das pessoas com transtornos mentais (Silva, 2021).

Ao analisar as influências desses modelos nos sujeitos, é crucial considerar fatores como acesso aos serviços de saúde mental, qualidade do cuidado oferecido, estigmatização e empoderamento dos pacientes. No contexto específico dos povos indígenas, é essencial adotar uma abordagem sensível às particularidades culturais, históricas e sociais desses grupos.

A obra de João Pacheco de Oliveira é fundamental para compreender a presença e a reinvenção das identidades indígenas no Brasil, sobretudo em contextos urbanos e de intensas transformações sociais, vinculado à tradição crítica inaugurada por Roberto Cardoso de Oliveira. Pacheco de Oliveira desloca o foco da “aldeia isolada” para os espaços de interação interétnica, nos quais as populações indígenas negociam e atualizam suas identidades diante do Estado, do mercado e da sociedade nacional.

Seu trabalho rompe com a imagem tradicional do “índio autêntico” e introduz a categoria analítica do índio cidadão, expressão que sintetiza as tensões entre o pertencimento étnico e a inserção na ordem jurídica e administrativa brasileira. Em textos como o “Índio cidadão” e a gestão estatal da identidade, o autor demonstra como o Estado, por meio de instrumentos burocráticos, censitários e legais, estabelece quem pode ser reconhecido como indígena uma forma de poder simbólico e administrativo que regula as fronteiras do reconhecimento (Oliveira, 2019).

Essa reflexão é especialmente relevante para a presente pesquisa, que analisa a saúde mental dos povos indígenas em contextos urbanos, o processo de reconhecimento étnico, descrito por Pacheco, não se restringe ao campo político, mas tem efeitos profundos sobre o sofrimento psíquico e identitário, ser ou não reconhecido enquanto indígena afeta o modo como o sujeito é tratado pelos serviços públicos, pelas instituições de saúde e pela própria coletividade. A não validação dessa identidade constitui uma forma de violência simbólica que agrava o sentimento de exclusão e invisibilidade, produzindo vulnerabilidades mentais e sociais (Oliveira, 2018).

Pacheco de Oliveira também propõe o conceito de regimes de indianidade, para designar os diferentes modos pelos quais o Estado e a sociedade brasileira constroem e administram as categorias do ser indígena, tais regimes variam no tempo e no espaço, podendo assumir formas tuteladoras, integracionistas ou participativas, no entanto, mesmo nas versões mais inclusivas, o autor identifica a persistência do que ele

chama de um paternalismo estrutural, em que o Estado se coloca como mediador legítimo da diferença, definindo os termos de existência dos povos indígenas (Oliveira, 2016).

Essa abordagem é decisiva para compreender a saúde mental indígena em ambientes urbanos como o Distrito Federal, onde as políticas públicas, embora universais em princípio, frequentemente reproduzem essa gestão tutelar da diferença. A ausência de estratégias específicas para indígenas urbanos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e no Plano Distrital de Saúde Mental reflete um regime de indianidade que os coloca fora do pertencimento ao meio social, nem plenamente indígenas, nem plenamente cidadãos, esse não lugar, descrito por Pacheco de Oliveira, repercute subjetivamente, produzindo sofrimento, angústia e sensação de apagamento.

Assim, ao integrar a reflexão de Pacheco à análise da saúde mental, reconhece-se que as identidades indígenas são construídas politicamente, e que as políticas de cuidado só podem ser efetivas se forem também políticas de reconhecimento. Ou seja, garantir saúde mental aos povos indígenas urbanos implica reconhecer suas trajetórias históricas, seus direitos diferenciados e seus modos próprios de existir e de se afirmar como sujeitos coletivos no espaço urbano.

A crescente presença indígena nas cidades não pode ser dissociada das políticas públicas e de proteção social implementadas nas últimas décadas, especialmente aquelas voltadas à redução das desigualdades estruturais. Programas como o Bolsa Família (PBF), por exemplo, têm atuado como importante mecanismo de apoio financeiro para famílias indígenas em contextos urbanos, embora frequentemente desconsiderem as especificidades culturais e territoriais desses povos. A inclusão de indígenas em políticas sociais urbanas esbarra, muitas vezes, em cadastros que não reconhecem ou que invisibilizam a etnicidade declarada, refletindo o que autores têm chamado de etnocídio burocrático, isto é, a negação do reconhecimento indígena por meio de dispositivos administrativos e normativos (Oliveira, 2019; Silva, 2021).

No campo da educação, observa-se uma ampliação da presença indígena no ensino superior público, impulsionada por políticas de ações afirmativas, cotas étnico-raciais e programas como o ProUni e o Reuni. Essa conquista representa um marco na construção de direitos, mas contrasta com a fragilidade de políticas educacionais no nível médio: enquanto já existem escolas indígenas de ensino fundamental, em muitas regiões do país ainda é inexistente a oferta de ensino médio

indígena, criando um vácuo formativo que compromete a continuidade dos estudos e a permanência dos jovens nos sistemas escolares (Brasil, 2020; Fontoura, 2021).

No acesso a serviços jurídicos e de saúde, os indígenas urbanos enfrentam entraves relacionados à comprovação de pertencimento étnico, à barreira linguística e ao desconhecimento dos profissionais sobre suas práticas culturais, mesmo nos contextos urbanos mais estruturados, como o Distrito Federal, persistem relatos de atendimento precário, falta de intérpretes, ou ausência de protocolos culturalmente sensíveis. Muitos indígenas urbanos não têm acesso facilitado a políticas indigenistas clássicas, como a atenção diferenciada prestada pela SESAI, por não estarem em aldeias, o que os torna vítimas de uma dupla exclusão: da proteção tradicional e da rede urbana convencional (Brasil, 2021; Fontão, 2021).

Segundo João Pacheco de Oliveira (1999), as dinâmicas complexas surgem quando tradições culturais se encontram e interagem com elementos da modernidade, esses processos impactam as sociedades, as identidades individuais e coletivas, as relações de poder e as transformações culturais. Pacheco de Oliveira apresenta casos e estudos de diferentes comunidades e grupos sociais, analisando como lidam com os desafios e oportunidades trazidos pela modernidade.

Diretamente ligado com a relação à saúde mental no Brasil, nos deparamos com o trabalho de Geucilene Vieira Lopes da Silva que discute a legislação relacionada à saúde mental, como a Lei nº 10.216/01, também conhecida como a "Lei da Reforma Psiquiátrica". Trata-se de uma legislação que promoveu mudanças significativas no campo da saúde mental no país. Promulgada em 6 de abril de 2001 é fundamental para a reestruturação do cuidado em saúde mental em contexto urbano, buscando garantir os direitos das pessoas com transtornos mentais. Além disso, a autora aborda questões como a desospitalização, a criação de serviços substitutivos, a importância da participação dos usuários no processo de tratamento e as práticas de cuidado em saúde mental. O estudo busca fornecer um panorama da implementação das políticas de saúde mental no Distrito Federal, identificando avanços e desafios nesse campo à luz da perspectiva da Reforma Psiquiátrica e da visão antimanicomial (Silva, 2021).

Um ponto válido de destaque é a relação existente entre a psicologia e os povos indígenas, na busca pelo conceito de "bem viver", representa um campo em constante evolução, onde se reconhece a importância de compreender e respeitar as perspectivas culturais e os valores das comunidades indígenas. Essa abordagem

respeitosa tem como objetivo promover o bem-estar emocional e mental das pessoas indígenas, levando em consideração a rica diversidade cultural e os desafios específicos que essas comunidades enfrentam.(CRP 06, 2016).

A base dessa abordagem está na valorização da cultura e identidade indígenas. A psicologia começa por reconhecer a riqueza das diferentes culturas indígenas e compreende a relevância da identidade cultural e artística para o equilíbrio psicológico. Isso engloba o entendimento das crenças espirituais, da relação com a terra, da língua e das tradições culturais, todos desempenhando papéis fundamentais no bem-estar psicológico das comunidades indígenas. (CRP 06, 2016).

Além disso, essa abordagem considera questões como traumas históricos enfrentados por muitas comunidades indígenas, como o deslocamento forçado e a violência culturalmente arraigada. A psicologia busca abordar esses traumas enquanto reconhece e valoriza a resiliência das comunidades indígenas e suas estratégias tradicionais de cura. (CRP 06, 2016).

Outro aspecto crucial é a promoção da participação comunitária ativa nas decisões relacionadas à saúde mental e ao bem-estar psicológico. Isso implica uma colaboração estreita entre psicólogos e líderes indígenas na criação de programas de saúde mental culturalmente sensíveis, no qual a educação também desempenha um papel importante, cabendo à psicologia buscar desenvolver programas educacionais que sejam culturalmente relevantes para as comunidades indígenas. Isso inclui o treinamento de psicólogos para entender as perspectivas culturais e tradicionais dos povos indígenas. (CRP 06, 2016).

Além disso, a psicologia em busca do "bem viver" valoriza a recuperação e a revitalização da sabedoria tradicional das comunidades indígenas bem como sua manifestação artística, reconhecendo o valor das práticas espirituais e rituais para a saúde mental. (CRP 06, 2016).

A abordagem holística da psicologia considera os desafios contemporâneos enfrentados pelas comunidades indígenas, tais como o acesso limitado aos serviços de saúde mental, a invalidação de seu sofrimento e os impactos das mudanças climáticas em suas terras. (CRP 06, 2016).

Conforme o que foi citado anteriormente, é notável que o conceito de saúde mental tem suscitado indagações de várias esferas de discussão no campo da atenção psicossocial e demanda análise devido à sua intrincada complexidade na perspectiva transcultural, que envolve múltiplas culturas. Definir de forma unívoca o que constitui

saúde mental é uma tarefa desafiadora, visto que cada sociedade concebe esse conceito de modo singular e, para algumas delas, a própria utilização do termo carece de pertinência, uma vez que a noção de "mente" é um construto originário da sociedade ocidental contemporânea (Brasil, 2019).

No contexto da saúde indígena no Brasil, o emprego do termo "saúde mental" tem suscitado intensos debates, resultando na proposição de expressões alternativas que melhor capturam o referido conceito, tais como "atenção psicossocial em contexto indígena" e "bem viver indígena", entre outras. Nesses contextos, não se chegou ainda a um consenso em relação aos termos mais apropriados. De maneira geral, entende-se que saúde mental, saúde psicossocial e bem viver aludem a algo mais abrangente do que a mera ausência de aflições ou enfermidades, remetendo, em vez disso, ao bem-estar individual, familiar e social/comunitário (Brasil, 2019).

Historicamente, as iniciativas de saúde mental ou de atenção psicossocial nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) têm sido organizadas com o objetivo de prover cuidados a variadas manifestações de aflição psicossocial nas comunidades. Contudo, destaca-se a relevância do fato de que diferentes sociedades indígenas têm dado destaque à importância dos determinantes socioculturais associados a esses agravos, como a dificuldade em assegurar a subsistência econômica das famílias, os obstáculos na manutenção de seus modos de vida tradicionais, o preconceito experimentado nas áreas urbanas, os conflitos decorrentes das interações com os centros urbanos, conflitos intrafamiliares, práticas de feitiçaria, entre outros. Nesses contextos, os usuários indígenas têm relacionado a noção de "saúde mental" com múltiplos aspectos da dimensão social e coletiva, transcendendo a esfera da subjetividade individual (Brasil, 2019).

A Portaria de Consolidação nº 2 de 2017, do Ministério da Saúde, delineia as diretrizes destinadas à concretização de iniciativas de atenção integral à saúde mental das populações indígenas, servindo como base orientativa para o modelo de cuidados a ser implementado. Desta forma, desempenha um papel complementar, estabelecendo os parâmetros operacionais fundamentais para a realização dessas ações, com princípios orientadores que regem a conduta dos profissionais da área da saúde no contexto da atenção psicossocial destinada aos indivíduos indígenas (Brasil, 2019).

A situação da assistência à saúde mental para a comunidade indígena no Distrito Federal revela uma realidade desafiadora. Enquanto a SES estabelece um fluxo que direciona o acesso aos CAPS e outros serviços de saúde mental por meio do

atendimento na AB, não há uma equipe de cuidados primários exclusivamente designada para a assistência à comunidade indígena. Esses indivíduos, quando necessitam de cuidados de saúde mental, são encaminhados para a Unidade Básica de Saúde da região em que residem. No entanto, o Ambulatório de Saúde Indígena no HUB é o único serviço de referência disponível para eles. Nesse ambiente, profissionais de saúde, muitos deles de origem indígena, incluindo alunos e professores, assumem a responsabilidade de acolher e monitorar os pacientes durante consultas, hospitalizações e procedimentos. A falta de uma estrutura mais abrangente para a saúde mental da comunidade indígena evidencia a necessidade de políticas e serviços de saúde mais inclusivos e sensíveis às especificidades culturais e às demandas dessa população (SES-DF, 2022).

A secretaria orienta suas ações com base nos dados do último levantamento realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que data de 2010. Conforme esse censo, para Brasília, a população indígena constitui uma parcela relativamente pequena e se concentra principalmente na área urbana, representando 97% do total (SES-DF, 2022).

O relatório da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) destaca dados preocupantes sobre a saúde mental indígena no Brasil, conforme os levantamentos do Ministério da Saúde, nas últimas décadas ocorreu um aumento significativo nos casos de suicídios bem como os casos de tentativas de suicídio entre jovens indígenas, particularmente nas regiões Norte e Centro-Oeste. Os relatórios e estudos mais recentes sobre saúde mental indígena indicam que o suicídio afeta desproporcionalmente jovens indígenas no Brasil, especialmente nas regiões Norte e Centro-Oeste. A faixa etária mais vulnerável é de 10 a 24 anos, com destaque para a incidência entre jovens de 10 a 19 anos em algumas regiões, como os estados do Amazonas e Mato Grosso do Sul (SESAI, 2024).

Essas taxas são significativamente mais altas em comparação à média nacional, sendo que em algumas áreas ultrapassam 70 casos por 100 mil habitantes em determinados anos, esse fenômeno levanta questões sobre os impactos de fatores como o desmantelamento das redes de apoio comunitário, as mudanças culturais aceleradas, a discriminação e a marginalização social, além do acesso limitado a serviços de saúde mental culturalmente sensíveis. (SESAI, 2024).

Ao nos debruçar-mos sobre os dados fornecidos pela Secretaria Especial de Saúde Indígena SESAI no ano de 2024 sobre o aumento nos casos de suicídio e

tentativas de suicídio entre jovens indígenas é necessário uma abordagem multidimensional, que leve em conta fatores históricos, socioculturais, econômicos e de saúde.

Um dos fatores que é válida sua menção é a desintegração cultural e territorial pois é um dos principais fatores contribuintes para o adoecimento mental dos povos indígenas que se encontram em contexto urbano, a invasão de terras indígenas e a exploração de recursos naturais frequentemente resultam na remoção forçada de comunidades, em consequência disso os membros dessas comunidades acabam se vendo obrigados a romper os laços com seus territórios ancestrais, os quais são fundamentais para a identidade e o bem-estar desses indivíduos. Concomitantemente são forçados a passar por uma substituição de seus modos de vida tradicionais, muitas vezes substituindo-os por modelos econômicos e culturais externos o que gera uma perda de referências identitárias, resultando em sentimentos de alienação entre os jovens os quais encontram-se extremamente divididos, entre a perda de suas raízes e um mundo hostil que os discrimina e segrega (SEASI 2024).

Como citado no parágrafo acima outros fatores cruciais são a discriminação, racismo e o preconceito enfrentado por indígenas em contextos urbanos, as interações com a sociedade majoritária pode prejudicar a autoestima e limitar as oportunidades de integração saudável principalmente pois, tais interações são baseadas em uma ideia na qual as sociedades majoritárias assumem um verniz de “normalidade”, vendo os indígenas com os quais interagem com uma lente que os trata como um povo exótico, os fazendo assim alvo de estereótipos e marginalização social os quais muitos provavelmente irão desencadear crises emocionais, especialmente em jovens que buscam afirmar e construir suas identidades (SEASI 2024).

O acesso desigual à saúde, principalmente no quando falamos do recorte sobre saúde mental também é um problema significativo, embora a SESAI tenha implementado esforços, muitas comunidades ainda enfrentam dificuldades para acessar serviços de saúde mental, quando disponíveis, esses serviços nem sempre são adequados às especificidades culturais e linguísticas dos povos indígenas, o que compromete sua efetividade. Além disso, as mudanças intergeracionais colocam os jovens em uma posição de conflito, divididos entre manter suas tradições e adotar aspectos da cultura dominante, o que pode agravar os problemas de saúde mental (SEASI, 2024).

As implicações sociais e de políticas públicas relacionadas a esse quadro exigem abordagens culturalmente sensíveis, pois as políticas de saúde mental devem ser adaptadas para integrar práticas tradicionais de cura, mediadores culturais e suporte linguístico, além disso, programas educacionais voltados à valorização da cultura indígena podem ajudar os jovens a reconectar-se com suas raízes e reduzir sentimentos de inadequação.

O fortalecimento das comunidades e das redes de apoio comunitário também é essencial, bem como o incentivo ao diálogo intergeracional para enfrentar o problema de forma eficaz. A participação das lideranças indígenas no planejamento e execução de programas de saúde mental é fundamental para garantir que as intervenções sejam adequadas às realidades locais, outro fator que pode contribuir é um Monitoramento e pesquisa contínuos também são necessários, incluindo a coleta de dados mais detalhados, que leve em consideração os contextos regionais e específicos de cada povo, ajudando a compreender melhor as causas e os padrões de vulnerabilidade. Finalmente, a questão do suicídio indígena exige uma abordagem intersetorial, articulando políticas públicas em áreas como educação, habitação, proteção ambiental e geração de renda, criando um ambiente mais propício ao bem-estar das comunidades indígenas.

1.3 DESAFIOS PARA O ACESSO À SAÚDE MENTAL

A vulnerabilidade social de indígenas em áreas urbanas é resultado de uma combinação de fatores históricos, sociais e políticos, migração para as cidades, muitas vezes motivada pela busca de melhores condições de vida, educação ou trabalho, frequentemente resulta na perda de redes de apoio comunitário e na intensificação de desafios relacionados à adaptação e à exclusão social.

Um ponto muito importante é falarmos sobre o processo de falta de Acesso a Serviços de Saúde Mental por parte de Indígenas que estão situados em áreas urbanas, os mesmos enfrentam barreiras consideráveis para acessar serviços de saúde mental, incluindo barreiras geográficas, pois, muitas vezes as comunidades indigenistas estão em uma localização marginalizada, o que dificulta o acesso aos dos serviços de saúde mental, que frequentemente estão longe de áreas periféricas onde muitos indígenas vivem. (Souza; Garnelo, 2007).

No Distrito Federal, as comunidades indígenas urbanas encontram-se distribuídas principalmente em regiões periféricas, como Sol Nascente, Ceilândia, Recanto das Emas, e Samambaia, essas são localidades que, além de apresentarem infraestrutura limitada as quais já são esperadas de uma região de periferia, frequentemente carecem de unidades de saúde mental adequadas ou próximas (Dourado; Ramos, 2022).

O artigo "Saúde mental de indígenas em contexto urbano no Brasil: desafios e perspectivas", de Michelle Dourado e Alexandre Ramos (2022), discute os desafios enfrentados pelas comunidades indígenas urbanas, com foco no Distrito Federal, onde essas populações se concentram em áreas periféricas, como Ceilândia, Recanto das Emas, Samambaia e Sol Nascente, essas comunidades enfrentam dificuldades consideráveis na busca por atendimento em saúde mental devido a múltiplos fatores, incluindo o preconceito institucional e a falta de um atendimento culturalmente adequado, dando destaque a distribuição dessas comunidades em áreas mais afastadas, o que agrava ainda mais o acesso aos serviços, devido à falta de infraestrutura e profissionais capacitados para lidar com as especificidades culturais e psicossociais dessas populações.

Em particular, a pesquisa realizada por Souza e Garnelo (2007) indica que a população indígena sofre com a escassez de recursos e de profissionais de saúde especializados nas questões culturais e tradicionais das comunidades, o que contribui para a marginalização dessas populações dentro do sistema de saúde. A centralização da saúde em um modelo biomédico, que não leva em consideração os saberes indígenas, torna o processo de busca por atendimento mais difícil, o que leva a um atendimento inadequado ou insuficiente para as necessidades dessas populações. Além disso, a articulação entre saberes tradicionais e práticas biomédicas pode ser uma estratégia de fortalecimento do cuidado, mas, frequentemente, ela ainda é negligenciada nas políticas públicas de saúde.

Segundo as informações passadas pelas Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) para o correio brasiliense no ano de 2024, o número de profissionais de saúde mental nas regiões periféricas do Distrito Federal, como Sol Nascente, Ceilândia, Recanto das Emas e Samambaia, é insuficiente para atender às demandas locais, refletindo um cenário de precariedade nos serviços de saúde mental pública. Essas localidades contam com Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que oferecem apoio em diferentes níveis de complexidade (Segundo a SES-DF os CAPS I, II

geralmente conta com um mínimo de 12 profissionais; CAPS III operam 24 horas possuem equipes mínimas de 16 profissionais; e CAPS AD álcool e drogas e CAPS Infantojuvenil têm equipes de no mínimo 13 profissionais, esses serviços têm equipes multidisciplinares compostas por profissionais como psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e enfermeiros) mas frequentemente enfrentam falta de recursos humanos e infraestrutura adequada para atender à população.

De acordo com dados estimados de 2024, a região administrativa de Ceilândia, com aproximadamente 480 mil habitantes, conta com três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): um do tipo II, um CAPS Álcool e Drogas (AD) e um CAPS Infantojuvenil (IJ). Considerando o número mínimo de profissionais exigidos para cada tipo (12, 13 e 13, respectivamente), há um total mínimo de 38 profissionais, o que resulta em uma média de 12.631 habitantes para cada profissional de saúde mental atuando nessas unidades. Na região do Sol Nascente/Pôr do Sol, com cerca de 140 mil habitantes, há apenas um CAPS do tipo I, que opera com no mínimo 12 profissionais, o que implica uma proporção de 11.667 habitantes por profissional.

A cidade de Samambaia, com população estimada em 260 mil pessoas, dispõe de dois CAPS: um tipo II e um CAPS AD. Com equipes mínimas de 12 e 13 profissionais, respectivamente, o total chega a 25 profissionais, o que gera uma média de 10.400 habitantes por profissional de saúde mental. Por fim, a região do Recanto das Emas, com 160 mil habitantes, possui apenas um CAPS tipo II, que opera com no mínimo 12 profissionais, resultando em uma relação de 13.333 habitantes para cada profissional.

Esses dados revelam uma grave desproporção entre a demanda populacional e a oferta de profissionais em saúde mental, especialmente nas regiões periféricas do Distrito Federal. Tal cenário compromete diretamente a qualidade e a continuidade do cuidado ofertado, sobretudo a populações vulnerabilizadas como os povos indígenas em contexto urbano.

Diante disso fica bem nítido que essa distribuição geográfica evidencia um padrão de marginalização, o que agrava as dificuldades no acesso aos serviços de saúde mental, no qual muitos indígenas precisam percorrer longas distâncias até centros especializados, que se concentram em regiões centrais. Essa dinâmica reforça as barreiras geográficas mencionadas anteriormente, colocando os indígenas urbanos em uma posição de vulnerabilidade ainda maior, pois as distâncias físicas se somam a

outras barreiras, como discriminação estrutural, falta de transporte público de qualidade e ausência de profissionais capacitados para lidar com especificidades culturais e linguísticas. Assim, o acesso a cuidados adequados é significativamente comprometido, perpetuando o ciclo de exclusão e negligência institucional (Dourado, 2005).

Um outro fator que dificulta o acesso dos indígenas aos serviços de saúde mental está enraizado no racismo estrutural, o qual desempenha um papel significativo na exclusão desses povos em contextos urbanos. Embora sejam parte fundamental da construção histórica, cultural e social brasileira, sua presença nas cidades é frequentemente ignorada ou invisibilizada. De acordo com Pereira (2024), essa invisibilidade social não apenas perpetua estereótipos, mas também compromete a formulação e implementação de políticas públicas que atendam às necessidades específicas da população indígena. Nesse mesmo sentido, a plataforma jornalística Mongabay Brasil (2024) destaca que a ausência de reconhecimento institucional da presença indígena em áreas urbanas contribui diretamente para a precarização da atenção à saúde mental desses grupos.

1.4 PRECONCEITO INSTITUCIONAL E INVISIBILIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Os povos indígenas em áreas urbanas enfrentam múltiplas barreiras sociais e institucionais que dificultam seu acesso a serviços de saúde mental. Entre essas barreiras, destaca-se o preconceito institucional, uma forma de discriminação sistêmica que reforça a exclusão de grupos marginalizados.

De acordo com o Instituto Humanitas Unisinos (2024), os indígenas são frequentemente invisibilizados e enfrentam discriminação em diversos espaços sociais, incluindo serviços de saúde, apesar de políticas voltadas para a inclusão e o reconhecimento de direitos, como a criação do Ministério dos Povos Indígenas, muitas instituições de saúde mantêm práticas discriminatórias que desencorajam esses indivíduos de buscar atendimento. Essa exclusão é agravada por uma falta de formação culturalmente sensível entre profissionais de saúde, que frequentemente desconhecem as especificidades culturais e históricas dos povos indígenas, o que pode levar à patologização de suas experiências ou à negligência de suas demandas. Essa exclusão do sistema de saúde mental contribui para o agravamento de problemas emocionais e

psicológicos, muitas vezes levando a desfechos graves, como suicídio e abuso de substâncias. (Langdon, 2004)

A ideia de invisibilidade indígena em áreas urbanas decorre de uma visão social que associa a identidade indígena exclusivamente ao espaço rural ou à floresta. Esse estereótipo, profundamente enraizado no imaginário coletivo brasileiro, impacta diretamente a formulação de políticas públicas e o acesso dos indígenas aos serviços essenciais, como saúde mental. Tal invisibilidade cria um ciclo de exclusão, em que a negação da identidade indígena nos centros urbanos reforça o não reconhecimento das demandas desses grupos, levando à precarização de seus direitos e à perpetuação de vulnerabilidades (Mongabay, 2024; Gomes, 2024).

A falta de reconhecimento dos indígenas como habitantes legítimos das cidades dificulta sua inclusão em programas voltados à saúde urbana. Essa negligência institucional resulta em barreiras práticas, como a ausência de profissionais capacitados para lidar com questões culturais específicas e a indisponibilidade de recursos linguísticos ou métodos de acolhimento culturalmente adaptados. Em muitos casos, os indígenas têm suas experiências de sofrimento mental interpretadas a partir de paradigmas ocidentais, desconsiderando aspectos comunitários e espirituais cruciais para o bem-estar dessas populações (Mongabay, 2024; Gomes, 2024).

Essa lógica se evidencia nos relatos de indígenas que vivenciam o adoecimento nos espaços urbanos. Como aponta um dos entrevistados pela pesquisadora Maria Angélica Breda Fontão (2021), “Na cidade, as relações são muito difíceis. Você fica sozinho. As pessoas olham para você como se você não existisse, como se não fosse daqui nem de lugar nenhum” (Fontão, 2021, p. 94).

Essa solidão forçada, atravessada por olhares que negam a existência, produz um tipo específico de sofrimento mental, ligado ao não pertencimento e ao silenciamento da identidade. Outro relato presente na mesma pesquisa complementa essa percepção: “O que fizeram com nossos antepassados ainda dói. Não é só coisa antiga. A dor continua, porque ela vem de muitas formas: no preconceito, na exclusão, na escola, nos hospitais” (Fontão, 2021, p. 96), evidenciando como o trauma da colonização permanece como ferida aberta e intergeracional.

De forma semelhante, Souza (2021) colhe o depoimento de uma mulher indígena que afirma: “Ser indígena na cidade é ser apagado todos os dias. A gente fala quem é, e parece que ninguém escuta. É como se a gente tivesse que se esconder para poder viver aqui” (Souza, 2021, p. 117).

Esse silenciamento compulsório, ancorado na necessidade de sobrevivência, aprofunda os efeitos do etnocídio burocrático e contribui para o agravamento do sofrimento psíquico. Esses testemunhos tornam visível o elo entre as estruturas institucionais de apagamento e a experiência subjetiva do adoecimento, revelando que a saúde mental dos povos indígenas em contexto urbano não pode ser compreendida sem considerar as marcas históricas e estruturais da violência colonial.

A percepção de que os indígenas que vivem em áreas urbanas são "menos indígenas" ou que perderam sua identidade tradicional contribui para sua exclusão social e institucional. Essa visão ignora as dinâmicas contemporâneas de migração e adaptação, nas quais a presença indígena nas cidades reflete tanto estratégias de sobrevivência econômica quanto processos de reivindicação de espaço e direitos. Consequentemente, os serviços públicos de saúde, incluindo os de saúde mental, muitas vezes não reconhecem suas necessidades específicas, perpetuando a negligência e o preconceito institucional (Souza, 2017).

As consequências da vulnerabilidade social sobre a saúde mental dos povos indígenas em contexto urbano são profundas, multifacetadas e historicamente estruturadas na qual trata-se de um sofrimento que ultrapassa os critérios clínicos tradicionais, manifestando-se como um sofrimento ético, político e existencial, o deslocamento de seus territórios tradicionais para os centros urbanos, muitas vezes forçado por fatores como violência rural, falta de políticas públicas ou apagamento cultural, rompe com as redes de apoio comunitário, com os referenciais cosmológicos e com os modos próprios de vida e cura (Souza, 2017).

Diversos estudos apontam que essa situação está diretamente associada a altos índices de depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e uso abusivo de substâncias psicoativas, especialmente entre jovens (Brasil, 2019; Gomes; Mendes, 2020). A experiência cotidiana do racismo, seja ela institucional, ambiental ou interpessoal, produz marcas subjetivas que atravessam o corpo e o psiquismo, gerando o que Fanon (2008) chamou de "patologias da colonização".

Para a autora Rosane de Freiras Pereira (2018), indígenas em contextos urbanos frequentemente relatam sentimentos de deslocamento e perda de pertencimento, agravados pela culpa por não seguirem os padrões culturais tradicionais de suas comunidades de origem e pela humilhação sofrida em decorrência do preconceito racial e étnico, essas vivências geram um estado de constante tensão

identitária, em que o indígena urbano se percebe como “entre-lugares”: não plenamente aceito nas estruturas da cidade e, ao mesmo tempo, distanciado de seu povo originário (Pereira, 2018). A ausência de reconhecimento estatal e social acentua esse quadro, levando àquilo que Sueli Carneiro (2003) denominou como desqualificação ontológica a negação da existência legítima de determinados corpos e culturas.

Além disso, a pobreza estrutural vivida por muitos indígenas nas cidades, associada à precariedade no acesso à moradia, saúde, educação e saneamento, impõe limites severos à construção de estratégias comunitárias de cuidado, a falta de suporte psicossocial adequado, somada ao impacto do racismo e da desigualdade social, intensifica a sensação de isolamento, gerando um cenário propício ao adoecimento mental, os dados disponíveis sobre os serviços públicos nas regiões periféricas do Distrito Federal, por exemplo, revelam a escassez de CAPS e de profissionais por habitante, dificultando ainda mais o acesso a cuidados contínuos, culturalmente sensíveis e humanizados.

Essa vulnerabilidade também pode ser compreendida como uma forma de violência epistêmica, pois nega às populações indígenas seus modos próprios de expressar, tratar e narrar o sofrimento, muitos indígenas expressam seus estados de sofrimento não por meio das categorias ocidentais de diagnóstico, mas através de narrativas espirituais, sonhos, dores corporais e desorganização das relações sociais, quando esses sinais não são compreendidos pelas instituições de saúde, o resultado é a medicalização ou a negligência (Langdon; Diehl, 2007).

É fundamental, portanto, que políticas públicas de saúde mental levem em consideração as singularidades históricas, culturais e territoriais dos povos indígenas, inclusive daqueles em contexto urbano, modelos interculturais de cuidado, com a presença de agentes indígenas de saúde, escuta qualificada e espaço para práticas tradicionais, são indispensáveis para romper com a lógica colonial que ainda estrutura parte do sistema de saúde mental no Brasil.

O artigo “Mortalidade por suicídio entre crianças indígenas no Brasil” do autor Maximiliano Loiola Ponte de Souza é o pioneiro ao brilhantemente analisar um triste dado que é a mortalidade por suicídio entre crianças indígenas em escala nacional no Brasil. Ele destaca algumas especificidades das características do suicídio nesse grupo, como sua concentração em determinados municípios e sua maior magnitude em comparação com crianças não indígenas (Souza, 2019).

Segundo os dados colhidos, o enforcamento foi o método mais utilizado tanto entre crianças indígenas quanto não indígenas. No Brasil, o enforcamento foi mais comum entre indígenas, enquanto crianças não indígenas também utilizaram mais armas de fogo e intoxicação. Essa diferença evidencia desafios na prevenção do suicídio, especialmente devido à letalidade do enforcamento e à facilidade de acesso aos materiais necessários em casa (Souza, 2019).

Na pesquisa, o autor Souza (2019) constatou que a maior parte dos suicídios ocorreu no domicílio, no entanto, as crianças indígenas foram menos frequentemente atendidas em ambiente hospitalar em comparação com as não indígenas, possivelmente devido a dificuldades de acesso aos serviços hospitalares. Mais de 90% dos suicídios entre indígenas concentraram-se nas macrorregiões Norte e Centro-Oeste do Brasil, onde residem a maioria das crianças indígenas. Os suicídios infantis indígenas foram mais frequentes em 17 municípios específicos, onde o suicídio é um problema significativo entre a população indígena em geral (Souza, 2019).

As áreas com altas taxas de suicídio entre indígenas têm contextos distintos, como a escassez de terras tradicionais no Mato Grosso do Sul e a urbanização no Amazonas. O acesso à terra é importante para o bem-estar das populações indígenas, mas outros fatores, como conflitos intergeracionais e dificuldades econômicas, também contribuem para o problema. A taxa de mortalidade por suicídio entre crianças no Brasil foi estável ao longo dos anos, mas é significativamente mais alta entre as crianças indígenas, chegando a ser 18,5 vezes maior do que entre as não indígenas. Possíveis explicações incluem a ocorrência de fatores de risco específicos, como a presença de parentes que cometeram suicídio e outros problemas familiares, abuso infantil e conflitos na escola (Souza, 2019).

Para lidar com o problema do suicídio entre crianças indígenas, é necessário um entendimento aprofundado das perspectivas e desafios enfrentados pelas próprias comunidades indígenas, o que envolve a compreensão de como essas comunidades percebem o suicídio e como lidam com conflitos e questões familiares em seus contextos culturais específicos. A pesquisa interdisciplinar é essencial para abordar adequadamente esse fenômeno complexo e multifacetado (Souza, 2019).

Outro aspecto importante a destacar é a ausência de diferenças significativas nas taxas de mortalidade entre meninos e meninas, tanto entre indígenas quanto entre não indígenas. Isso contrasta com o padrão observado em muitos estudos,

nos quais a razão entre as taxas masculino/feminino tende a aumentar com a idade, principalmente devido a fatores de risco como o uso de álcool e outras drogas, mais prevalentes entre os meninos. No entanto, entre crianças, especialmente entre indígenas, o suicídio parece ocorrer em magnitude semelhante em ambos os sexos, o que representa uma particularidade de gênero nesse fenômeno (Souza, 2019).

O estudo oferece uma visão inicial sobre o suicídio entre crianças indígenas no Brasil, um tema que tem sido negligenciado, o que sugere a necessidade de intervenções prioritárias. É essencial implementar medidas culturalmente sensíveis para reduzir vulnerabilidades, promover a saúde e prevenir a ocorrência de suicídios, não apenas entre crianças, mas em toda a população indígena principalmente a que se encontra em ambientes urbanos.

Enquanto alguns estudos e obras, como “Urbanização e Tribalismo” e “O índio no Mundo dos brancos”, brilhantemente propostas por Cardoso de Oliveira, encontram seu foco nas dificuldades enfrentadas pelos indígenas no contexto urbano ou em áreas de fricção interétnica, bem como impactos negativos do processo de urbanização na vida e conseqüentemente na saúde mental dos indígenas, é válido pensar sobre a capacidade de ressignificação e adaptação desses indivíduos em contextos urbanos, destacando formas de resistência e fortalecimento da identidade cultural.

No contexto urbano, onde muitos indígenas migraram em busca de oportunidades e melhores condições de vida, os efeitos do colonialismo interno podem ser observados de diversas maneiras. Conforme analisa Pablo González Casanova (2000), a cidade frequentemente se configura como um espaço de discriminação, no qual as culturas indígenas são desvalorizadas ou ignoradas, contribuindo para a marginalização desses sujeitos. A imposição de padrões estéticos e culturais ocidentais também impacta diretamente as produções culturais indígenas, levando muitos a se afastarem de suas raízes culturais e identidades em um esforço, muitas vezes forçado, de adaptação ao ambiente urbano.

Além disso, a apropriação cultural também é uma questão importante a ser considerada no estudo da saúde mental dos indígenas em contexto urbano. A comercialização e a cooptação de elementos culturais indígenas sem a devida atribuição ou respeito podem levar a um sentimento de perda de identidade e desvalorização, afetando negativamente a saúde mental.

O colonialismo também deixou um legado de traumas históricos nas comunidades indígenas, como resultado de opressão, genocídio e despojo territorial, essas experiências traumáticas podem ser transmitidas de geração em geração, afetando a saúde mental dos indígenas que crescem em contextos urbanos, mas continuam conectados a suas origens culturais.

Na mesma toada, temos as ótimas elucidações de Lucas Luis de Faria que aborda questões profundas relacionadas às dinâmicas de poder, colonialismo e resistência indígena. Por uma lente interdisciplinar que combina elementos da Psicologia da Libertação e as experiências de desobediência indígena, o autor oferece uma análise crítica das fronteiras coloniais que moldaram a América Latina e suas implicações psicossociais.

A Psicologia da Libertação é uma abordagem que busca compreender as estruturas de opressão e desigualdade em contextos sociais, econômicos e políticos. Lucas Luis de Farias (2020) utiliza esse referencial como uma lente analítica para examinar as realidades vividas pelas comunidades indígenas na América Latina, frequentemente marcadas pela marginalização, discriminação e pela perda de territórios ancestrais, como herança direta do colonialismo.

Como foco de resistência a essas formas de opressão, o autor Farias (2020) destaca a desobediência indígena, que emerge como uma resposta ativa às injustiças históricas. Farias explora como as comunidades indígenas resistem ao colonialismo mantendo suas tradições, línguas e territórios, valorizando especialmente a desobediência civil como estratégia de resistência não violenta contra as estruturas coloniais de poder.

Além disso, o autor enfatiza a urgência de uma abordagem intercultural baseada no diálogo, ressaltando que a promoção da justiça social e da igualdade exige que os não indígenas reconheçam e respeitem os direitos e a autonomia dos povos originários. Para ele, é fundamental trabalhar em conjunto para superar as fronteiras coloniais que ainda persistem nas relações sociais e institucionais da América Latina contemporânea (Farias, 2020).

Assim a Psicologia da Libertação e a resistência indígena na América Latina, destacam a importância de desafiar as estruturas de poder opressivas e promover um diálogo intercultural que reconheça a dignidade e os direitos das comunidades indígenas. Essa obra contribui significativamente para a compreensão

das complexas dinâmicas sociais e psicológicas que moldam a realidade das populações indígenas na região.

Portanto, o estudo da saúde mental de indígenas em contexto urbano deve considerar as influências do colonialismo interno, conforme proposto por González Casanova (2007), para entender as complexidades e desafios enfrentados por esses indivíduos. Isso requer uma abordagem sensível à cultura, que envolva a participação ativa das comunidades indígenas, buscando formas de resgatar e fortalecer suas identidades culturais como uma estratégia para promover a saúde mental e o bem-estar.

2. ESTUDO COMPARADO: MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL INDÍGENA

A escolha da análise comparativa como estratégia metodológica central neste estudo justifica-se pela necessidade de compreender, com maior profundidade, como diferentes contextos urbanos respondem aos desafios impostos à saúde mental de populações indígenas, considerando seus respectivos arranjos institucionais, socioculturais e territoriais. Ao invés de realizar uma comparação genérica entre políticas nacionais, optou-se por um recorte mais localizado e concreto, que contrapõe a realidade de Brasília, no Brasil, à experiência da cidade de Ottawa, capital do Canadá. Essa delimitação territorial permite uma análise mais simétrica, sensível às dinâmicas locais e aos efeitos específicos das políticas sobre os sujeitos, evitando generalizações que tendem a obscurecer a complexidade dos contextos urbanos e suas tensões internas.

A escolha de Ottawa como unidade comparativa não é arbitrária. Trata-se de uma cidade que concentra uma população indígena urbana expressiva, caracterizada por sua diversidade étnica e por uma relação histórica ambígua com as políticas estatais, marcada tanto por processos de apagamento quanto por iniciativas recentes de valorização cultural e reparação histórica. Além disso, Ottawa abriga uma rede estruturada de serviços voltados à saúde mental indígena, com forte ênfase na participação comunitária, no protagonismo das lideranças tradicionais e na incorporação de saberes ancestrais às práticas terapêuticas. Essa experiência tem sido apontada por organismos internacionais como a OMS e a OPAS como exemplo de política de saúde intercultural, ainda que permeada por contradições e desafios.

A adoção da análise comparativa neste estudo ancora-se, portanto, em sua capacidade de revelar, como destaca Rabello (2010), os elementos estruturais, institucionais e culturais que atravessam a formulação e a implementação das políticas públicas, especialmente no campo da saúde mental. A comparação entre Distrito Federal e Ottawa é orientada por quatro dimensões fundamentais: gestão das políticas públicas, articulação intersetorial, promoção da qualidade de vida e participação social. Tais variáveis permitem examinar a efetividade e os limites das ações governamentais em consonância com os princípios pactuados em acordos internacionais de saúde, dos quais Brasil e Canadá são signatários. Ao iluminar os pontos de convergência e divergência entre os dois contextos, a análise comparada contribui não apenas para o diagnóstico crítico da realidade brasileira, mas também para a proposição de caminhos possíveis rumo à construção de políticas mais sensíveis à diversidade, à territorialidade e à autodeterminação dos povos indígenas urbanos.

Ademais, a escolha também justifica-se por suas trajetórias históricas de colonização, marcadas por políticas de assimilação, apagamento cultural e imposição de modelos ocidentais que geraram impactos significativos na saúde mental dos povos indígenas. Contudo, os países divergem quanto às formas institucionais de enfrentamento desses legados. O Canadá apresenta um modelo mais consolidado de políticas intersetoriais e culturalmente sensíveis, evidenciado pelo princípio de Jordan e pela atuação de programas voltados às *First Nations e Inuit no âmbito do Indigenous Services Canada*, que começou após a década de 1990, com a implementação de políticas de reparação e inclusão cultural nos serviços de saúde, entre elas, destacam-se o fortalecimento do *Indigenous Services Canada (ISC)*, a criação de programas como o *Non-Insured Health Benefits (NIHB)* que garante acesso a serviços psicológicos mesmo em regiões remotas e, especialmente, a adoção do *Jordan's Principle*, um princípio legal que assegura às crianças indígenas o acesso imediato a cuidados de saúde, inclusive mental, sem entraves burocráticos entre esferas federais e provinciais. O Brasil, por outro lado, apesar de possuir um subsistema próprio no SUS voltado à saúde indígena (SESAI), ainda apresenta fragilidades em termos de efetividade, presença de profissionais indígenas, reconhecimento dos saberes tradicionais e enfrentamento do racismo institucional (Blackstock, 2016).

O uso da comparação também é justificado pelos dados revelados em estudos recentes. O levantamento de Batista e Zanello (2016) aponta a escassez de pesquisas brasileiras voltadas à saúde mental indígena e a invisibilidade das diferenças culturais

nas práticas clínicas e nas formulações de políticas públicas, o que evidencia uma lacuna epistemológica no campo. Apenas 14 artigos foram encontrados nas principais plataformas de dados científicos entre 1999 e 2012, com baixa problematização dos conceitos de saúde mental e de cultura indígena e com pouca presença de psicólogos atuando nesses contextos.

Já o estudo de Vale e Lizano (2019) demonstra que o Canadá opera majoritariamente com estratégias programáticas bem estruturadas, baseadas em evidências e voltadas à garantia de direitos sociais, enquanto o Brasil ainda depende de ações intersetoriais pontuais e muitas vezes descontinuadas. As políticas canadenses são organizadas em torno de metas claras, integrando saberes técnicos e demandas socioculturais diversas, ao passo que no Brasil prevalece uma fragmentação na formulação e execução das políticas, o que compromete a continuidade e eficácia das ações de saúde mental.

Nesse sentido, a comparação não visa hierarquizar experiências, mas compreender os limites e avanços de cada modelo. Utiliza-se como referencial teórico a abordagem do planejamento estratégico-situacional (PES), conforme proposta por Testa (1995), que permite analisar a atuação dos atores sociais, os contextos institucionais e os cenários políticos e ideológicos que sustentam (ou impedem) o acesso equitativo à saúde. A definição clara dos critérios comparativos, conforme sugere Eco (1977), fortalece a robustez analítica deste estudo.

A análise crítica dos casos permitirá, ainda, identificar como os discursos institucionais operam na legitimação de práticas reparadoras ou, ao contrário, na reprodução da exclusão e do silenciamento. Portanto, a comparação entre os modelos canadense e brasileiro não busca hierarquizar experiências, mas compreender como diferentes Estados constroem respostas (ou ausências delas) diante de demandas históricas por saúde, dignidade e respeito à diversidade. Essa estratégia metodológica visa oferecer uma compreensão abrangente dos limites e possibilidades das políticas de saúde mental indígena, contribuindo para o debate sobre justiça social, enfrentamento do racismo institucional e fortalecimento de práticas de cuidado culturalmente sensíveis nos sistemas nacionais de saúde.

Assim como no Brasil, a saúde mental dos povos indígenas no Canadá é marcada por processos históricos de colonização, violência estrutural e negligência institucional que deixaram cicatrizes profundas nas comunidades originárias, o Canadá abriga diversas nações indígenas, incluindo os povos *First Nations*, Inuit e

Métis, cujas experiências históricas com o Estado colonial moldaram de forma significativa os determinantes sociais e psicológicos que afetam sua saúde mental na contemporaneidade (Allan; Smylie, 2015).

A imposição forçada de um modelo civilizatório europeu, especialmente por meio do sistema das Escolas Residenciais Indígenas, causou não apenas deslocamento territorial e perda linguística, mas também traumas intergeracionais, crianças indígenas foram separadas de suas famílias, proibidas de falar suas línguas e submetidas a abusos físicos, psicológicos e sexuais por décadas, as consequências desse processo repercutem ainda hoje em altos índices de depressão, suicídio, abuso de substâncias e desintegração comunitária entre os povos originários (CANADA, 2015).

Nesse contexto, a compreensão da saúde mental indígena no Canadá vai além da mera ausência de transtornos mentais, mas também envolve a perda de território, da cultura, da espiritualidade e da relação do indivíduo com o coletivo, a noção de sofrimento, cura e cuidado entre os povos indígenas canadenses não pode ser dissociada da identidade cultural e da espiritualidade tradicional, aspectos frequentemente ignorados ou mal compreendidos pelas instituições de saúde mental de base ocidental (Maar et al., 2009).

No entanto, apesar desses avanços, muitos estudos indicam que ainda existem grandes barreiras para o acesso à saúde mental nas comunidades indígenas canadenses, como a escassez de profissionais autodeclarados indígenas, o racismo institucional e a desconexão entre os serviços prestados e os modos de cura tradicionais, ainda assim, o Canadá tem buscado desenvolver modelos culturalmente seguros, nos quais práticas como a escuta comunitária, os círculos de cura, o uso de plantas medicinais e a presença de anciãos sejam reconhecidos como legítimos no cuidado com o sofrimento psíquico (Lavoie et al., 2010).

Essa breve contextualização revela que os desafios enfrentados pelos povos indígenas no Canadá guardam semelhanças profundas com a realidade brasileira, embora a resposta institucional canadense tenha incorporado, ao longo das últimas décadas, um vocabulário político e jurídico mais robusto em torno dos direitos indígenas à saúde mental e ao cuidado culturalmente respeitoso.

2.1 O CASO CANADENSE: OTTAWA

A saúde mental dos povos indígenas no Canadá deve ser compreendida à luz de um contexto histórico de colonização, políticas assimilacionistas e violações sistemáticas dos direitos desses povos. Embora os indígenas representem cerca de 5% da população canadense, enfrentam taxas significativamente mais altas de doenças crônicas, sofrimento mental e morte prematura, quando comparados à população não indígena, tais desigualdades são resultado de processos históricos de deslocamento forçado, fragmentação cultural e exclusão social. Nos últimos anos, o país tem avançado na construção de políticas públicas voltadas à equidade em saúde, inclusive mental, com foco no reconhecimento das injustiças históricas e na valorização dos saberes tradicionais como fundamentos do cuidado (Liu; King; King, 2022).

Uma das principais estratégias adotadas pelo Canadá foi a criação da Comissão da Verdade e Reconciliação, que resultou em 94 Chamados à Ação, incluindo diretrizes específicas para o setor da saúde, as ações propostas envolvem o fortalecimento da autodeterminação, o respeito às práticas tradicionais de cura, o envolvimento direto das lideranças comunitárias e a construção de ambientes culturalmente seguros nos serviços de saúde (Liu; King; King, 2022).

Segundo os autores Liu, King e King (2022), as iniciativas incluem programas como o “Diabetes & My Nation”, que fortaleceu o protagonismo comunitário na promoção da saúde e demonstrou melhores desfechos clínicos quando comparado ao modelo biomédico tradicional, e a clínica móvel de telessaúde, operada por profissionais indígenas, que aumentou o acesso e o controle de doenças crônicas em comunidades remotas, essas experiências evidenciam que o empoderamento comunitário e a integração de práticas culturais são elementos-chave para o sucesso de programas em saúde mental e bem-estar (Liu; King; King, 2022).

Além disso, a experiência canadense enfatiza a necessidade de respeito às epistemologias indígenas nos processos de pesquisa, destacando os Princípios OCAP (“Nada sobre nós sem nós”) como referência ética fundamental, de acordo com esses princípios, os povos indígenas devem ter controle sobre os dados, os objetivos das pesquisas devem ser definidos em conjunto com a comunidade, e os resultados devem gerar benefícios concretos para as populações envolvidas. A diretriz ética elaborada pelos Institutos Canadenses de Pesquisa em Saúde reforça que qualquer estudo

envolvendo saberes tradicionais exige consentimento das lideranças, além de aprovação ética formal (Liu; King; King, 2022).

Nesse sentido, o cuidado em saúde mental no Canadá tem caminhado para uma abordagem que considera não apenas os sintomas clínicos, mas também os contextos sociais, espirituais e culturais em que os sujeitos estão inseridos. Como destaca Swidrovich (2023), é essencial que o cuidado em saúde mental seja antirracista e interseccional, levando em conta os impactos intergeracionais da colonização, incluindo os traumas causados pelos internatos forçados e pela destruição das formas tradicionais de educação e cuidado.

O fortalecimento das práticas de cura indígenas, como círculos de conversa, uso de ervas medicinais, apoio de anciãos e reconexão com a terra, tem sido apontado como um caminho legítimo para promover o bem-estar mental, emocional e espiritual dos povos originários (Swidrovich, 2023).

A perspectiva canadense revela que a superação das desigualdades em saúde mental exige mais do que inclusão em serviços, demanda uma transformação estrutural no modo como o Estado se relaciona com os povos indígenas. Isso envolve redistribuição de poder, reconhecimento de saberes, inclusão de lideranças indígenas em processos decisórios e formação contínua de profissionais da saúde com enfoque em segurança cultural (Liu; King; King, 2022; Swidrovich, 2023). Ainda que o caminho esteja em construção, as experiências canadenses oferecem lições importantes para países como o Brasil, especialmente no que se refere ao respeito à pluralidade epistêmica e ao protagonismo dos povos indígenas no cuidado de si.

A cidade de Ottawa, capital do Canadá, segundo o censo realizado em 2021 contava com estimados 1.017.449 habitantes, após estimativa de sub-registro, a população pode chegar a 1.097.217 pessoas, dentre esse total, 2,6 % se declararam indígenas, o que somaria cerca de aproximadamente 26.395 pessoas, enquanto na região metropolitana Ottawa–Gatineau, o percentual indígena atinge 3,18 %, o que representa cerca de 46.540 pessoas, essa proporção é expressivamente superior à estimada para o Distrito Federal, que em mesma época contava com cerca de 3.094.325 das quais cerca de 0,4 % se identificando como indígenas o que evidencia um contexto urbano com população indígena proporcionalmente mais significativa. (Canadá, 2021; City of Ottawa, 2022).

No que se refere à assistência em saúde mental, Ottawa dispõe de uma rede articulada de serviços direcionados à população indígena, o *Wabano Centre for*

Aboriginal Health, conceituado centro de excelência, combina modelos terapêuticos regulamentados em modalidades de terapias individuais e em grupo, apoio a dependências, atividades culturais em terra, e arteterapia. Esse modelo ressalta uma abordagem holística que integra dimensões física, emocional, espiritual e comunitária, no entanto, devido à demanda elevada, o centro mantém uma lista de espera para atendimentos de longo prazo, oferecendo apenas suporte emergencial por meio de agendamento ou atendimento espontâneo cinco dias por semana (Wabano, 2024).

Os dados do Censo de 2021 indicam que Ottawa possui aproximadamente 1.017.449 habitantes, dos quais cerca de 2,6% se declararam indígenas, o que representa mais de 26.000 pessoas. Na região metropolitana de Ottawa Gatineau, esse percentual sobe para 3,18%, somando cerca de 46.540 indígenas (Statistics Canada, 2021). Esse contingente urbano é expressivo e favorece a formulação de políticas públicas específicas para indígenas em ambiente urbano, além de permitir a consolidação de redes de cuidado interinstitucional.

Relatórios nacionais apontam que 38% dos povos indígenas no Canadá relataram saúde mental "ruim ou regular", o dobro da média nacional, evidenciando o impacto duradouro das políticas coloniais e da marginalização (Canadian Mental Health Association, 2024).

Na cidade de Ottawa, especificamente, dados recentes mostram que mais de 60% dos Inuit utilizaram serviços de emergência em saúde mental nos últimos dois anos, número dez vezes superior à média populacional. Além disso, levantamento da Wabano Centre for Aboriginal Health em parceria com a Ottawa Aboriginal Coalition revelou que 78% dos indígenas relataram experiências de racismo institucional no sistema de saúde, e 73% afirmaram que esses episódios impactaram negativamente sua saúde mental. Em resposta a esse cenário, iniciativas como a Hope for Wellness Help Line, com atendimento em línguas indígenas, e serviços específicos como o Native Youth Crisis Line, têm buscado garantir acesso mais equitativo e culturalmente seguro (Wabano, 2024).

Estudos canadenses indicam que a continuidade cultural, como o uso de línguas indígenas e a participação em cerimônias tradicionais, está associada a melhores indicadores de bem-estar mental entre povos indígenas urbanos, tais experiências reforçam a importância de políticas interculturais também para o contexto brasileiro, especialmente no que se refere à inclusão plena dos indígenas urbanos em serviços públicos de saúde, educação e proteção social (Chandler, 1998).

O sistema de saúde canadense também conta com um plano para apoio em situações de crise, estão disponíveis linhas multilíngues com atendimento ininterrupto, como a *Hope for Wellness Help Line* o qual funciona vinte e quatro horas, sete dias da semana, contando com falantes de inglês, francês, Cree, Ojibway, Inuktitut, esse serviço também é disponibilizado por outras entidades, como *Mental Health Crisis Line* em caráter local há o *Ontario Online & Text Crisis Services*, e o *Distress Centre of Ottawa*. Além disso, há serviços especializados dedicados a públicos específicos, como o *Native Youth Crisis Line* e o *Talk4Healing* para mulheres indígenas (Wabano, 2024).

As parcerias institucionais reforçam esse ecossistema de cuidado intercultural. A *Ottawa Indigenous Health Alliance (UIHA)* promove a formação culturalmente segura para profissionais de saúde, incentivando práticas sensíveis às necessidades indígenas, já o *Queensway Carleton Hospital* formalizou cooperação com o Wabano para mitigar o racismo institucional e aprimorar fluxos de atendimento inclusivo (Wabano, 2024).

No caso canadense, a saúde mental dos povos indígenas é compreendida a partir do reconhecimento dos impactos intergeracionais da colonização, incluindo deslocamentos forçados, destruição de saberes tradicionais e violações sistemáticas de direitos. Embora representem cerca de 5% da população nacional, os indígenas enfrentam taxas desproporcionalmente elevadas de sofrimento mental, doenças crônicas e mortalidade prematura (Liu; King; King, 2022). Nesse contexto, o Estado canadense tem promovido iniciativas centradas no reconhecimento dos saberes tradicionais e na valorização da autonomia comunitária como fundamentos para o cuidado. A criação da Comissão da Verdade e Reconciliação e seus 94 Chamados à Ação exemplificam esse compromisso, com diretrizes específicas para o setor de saúde, incluindo o fortalecimento da autodeterminação e o respeito às práticas tradicionais de cura.

Em Ottawa, capital canadense com população estimada em mais de 1 milhão de habitantes, os dados do censo de 2021 apontam que aproximadamente 2,6% da população, cerca de 26.395 pessoas se identificam como indígenas, proporção que se eleva para 3,18% na região metropolitana Ottawa-Gatineau (Canadá, 2021; Ottawa, 2022). Essa densidade populacional favorece a estruturação de serviços específicos, como o *Wabano Centre for Aboriginal Health*, que adota uma abordagem holística, articulando terapias convencionais com práticas culturais (arteterapia, uso de ervas,

apoio de anciãos e atividades em terra). Além disso, a cidade conta com serviços multilíngues de apoio em situações de crise, com atendimento em idiomas indígenas, como o *Hope for Wellness Help Line*, e iniciativas direcionadas a segmentos específicos, como mulheres e jovens indígenas (Wabano, 2024).

A experiência canadense enfatiza também os Princípios OCAP (“Nada sobre nós sem nós”), que asseguram o controle comunitário sobre dados e pesquisas, garantindo que os estudos produzam resultados concretos para os povos envolvidos. Como destaca Swidrovich (2023), é fundamental que o cuidado em saúde mental seja antirracista, interseccional e fundado na escuta ativa das experiências de trauma histórico.

Apesar dos avanços, os relatórios canadenses apontam para limitações importantes, como o sub-registro populacional, a existência de filas de espera para atendimentos especializados e a persistência de indicadores negativos de bem-estar mental entre os povos indígenas, especialmente em áreas urbanas. Ainda assim, o modelo canadense tem contribuído para a construção de um ecossistema de cuidado intercultural baseado na inclusão, formação profissional e articulação institucional (Liu; King; King, 2022; Swidrovich, 2023).

O debate sobre interculturalidade crítica no Canadá constitui um dos eixos centrais das políticas públicas contemporâneas voltadas à saúde e ao bem-estar dos povos indígenas. Diferente de abordagens meramente celebratórias da diversidade cultural, a interculturalidade crítica é compreendida no Canadá como um processo político e ético de enfrentamento das assimetrias de poder e de descolonização institucional. Aplicada ao campo da saúde mental, essa perspectiva implica reconhecer que o sofrimento indígena não pode ser reduzido a categorias biomédicas universais, mas deve ser compreendido à luz dos traumas históricos da colonização, da perda de território, da ruptura comunitária e da violência epistêmica que afetou gerações de povos originários (Walsh, 2009; Swidrovich, 2023).

Nas políticas de saúde mental canadenses, a interculturalidade crítica é operacionalizada por meio da integração entre saberes tradicionais indígenas e práticas terapêuticas ocidentais, com ênfase na reciprocidade e na autodeterminação. Experiências como o *Wabano Centre for Aboriginal Health*, em Ottawa, ou o *First Nations Mental Wellness Continuum Framework*, desenvolvido pelo *First Nations Health Authority*, ilustram esse esforço de construir ecologias de cuidado que não hierarquizam saberes, mas buscam complementaridades, nessas práticas, o curandeiro

tradicional pode atuar em conjunto com psicólogos ou médicos, e as terapias ocidentais são adaptadas de modo a respeitar valores espirituais e comunitários dos povos atendidos. O resultado é uma forma de cuidado que se baseia não na assimilação cultural, mas no diálogo intercultural estruturado pela equidade (Fist Nachos Health Authority, 2020).

A interculturalidade crítica, no contexto canadense, também se manifesta no campo da formação profissional, onde programas de ensino em saúde pública e enfermagem passaram a incluir módulos obrigatórios sobre colonialismo, racismo estrutural e epistemologias indígenas, essa reconfiguração curricular tem como propósito deslocar a ideia de que a interculturalidade é uma mera adaptação cultural dos serviços, reconhecendo-a, ao contrário, como uma transformação paradigmática do próprio sistema de saúde. Como aponta Swidrovich (2023), farmacêutico e pesquisador indígena da nação Saulteaux, a interculturalidade crítica implica uma pedagogia da escuta e da humildade, que desafia a neutralidade científica e convoca o profissional de saúde a se reconhecer como parte de uma estrutura histórica de poder que precisa ser descolonizada.

No caso canadense, essa abordagem tem se mostrado fundamental para o fortalecimento da autonomia das comunidades indígenas e para a legitimação de práticas espirituais e coletivas de cura como círculos de conversa, uso de ervas sagradas, danças e cerimônias tradicionais como componentes legítimos do cuidado em saúde mental. Diferentemente de políticas multiculturalistas superficiais, a interculturalidade crítica não se contenta em promover o “respeito à diversidade”, mas propõe uma redistribuição de poder epistemológico e político, onde os povos indígenas são reconhecidos não como destinatários de políticas, mas como co-produtores de saberes e sujeitos de direito.

Nesse sentido, a interculturalidade crítica no Canadá atua como um instrumento de reparação e reconfiguração institucional, aproximando-se do princípio de segurança cultural⁴ e das diretrizes do *Jordan's Principle*. Tornando-se um modelo

⁴ O conceito de segurança cultural (*cultural safety*), desenvolvido na Nova Zelândia por Irihapeti Ramsden e incorporado às políticas públicas canadenses, propõe que os serviços de saúde sejam avaliados quanto à capacidade de reconhecer e mitigar os efeitos do colonialismo, do racismo institucional e das desigualdades de poder. No Canadá, entende-se que a pessoa atendida define se o cuidado é culturalmente seguro, o que implica reflexão crítica dos profissionais sobre privilégios e poder, reconhecimento dos impactos da colonização, criação de ambientes seguros e participação indígena na gestão dos serviços (CANADA, 2019; FIRST NATIONS HEALTH AUTHORITY, 2020; NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR INDIGENOUS HEALTH, 2019).

que busca romper com a lógica assimilacionista que historicamente estruturou as relações entre Estado e povos indígenas, e que oferece importantes lições para o contexto brasileiro, onde ainda predomina um multiculturalismo retórico, que reconhece a diferença apenas no discurso, mas mantém práticas centralizadas e uniformizadoras na execução das políticas públicas. Assim, compreender a interculturalidade crítica canadense é também refletir sobre os caminhos possíveis para uma saúde mental descolonizada, capaz de acolher as múltiplas formas de existir, sofrer e curar dos povos originários.

Essas iniciativas, embora estruturadas, ainda enfrentam lacunas relevantes, segundo o Censo e relatórios oficiais apontam para subcontagem da população indígena, a qual pode ser até quatro vezes maior que estimativas oficiais, além desse fato, os dados nacionais canadenses mostram que os indígenas apresentam menor percepção de bem-estar mental em comparação à média populacional, bem como maiores índices de sintomas ansiosos, depressivos, e recorrência de pensamento suicida, esses resultados indicam que, apesar da existência de suporte técnico e cultural, persistem desafios significativos de acesso, cobertura e efetividade do cuidado (Canadá, 2024).

Em síntese, Ottawa destaca-se por abrigar uma população indígena expressiva, em termos absolutos e relativos; apresenta uma rede de serviços de saúde mental avançada, com foco cultural e multilíngue, e conta com parcerias institucionais para formação e acolhimento intercultural. No entanto, evidenciam-se sub-registro populacional, demanda reprimida e impactos negativos na saúde mental que expõem limitações nos atendimentos.

2.2. O CASO BRASILEIRO: DISTRITO FEDERAL

Estudos e estimativas nacionais e regionais, como os realizados pelo Ministério da Saúde e a OMS, destacam a alta prevalência de transtornos mentais e a necessidade de uma rede psicossocial estruturada para atendê-los, no Brasil, aproximadamente 12% da população enfrenta algum tipo de transtorno mental, enquanto mais de 3% vive com transtornos graves e persistentes. No DF, com uma população de cerca de 3 milhões de habitantes, estima-se que 360.000 pessoas necessitem de cuidados em saúde mental. A pandemia de COVID-19 apenas intensificou esses desafios, resultando em mudanças comportamentais, aumento da

ansiedade, do medo e do consumo de substâncias, além de impactos econômicos e sociais significativos (GDF, 2021).

Portanto, a análise das políticas públicas de saúde mental, como o PDSM, é essencial para identificar as lacunas existentes e propor estratégias de inclusão que possam atender de forma eficaz a população indígena, promovendo sua saúde mental e garantindo a valorização da sua identidade cultural, a compreensão desses desafios é fundamental para integrar as necessidades dessa população nas futuras diretrizes e ações da saúde mental no DF (GDF, 2021).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi estabelecida pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, e posteriormente atualizada pela Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que modificou as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017. Essas normas definem a criação e a expansão da rede, com foco na articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas em sofrimento ou com transtornos mentais, incluindo as necessidades associadas ao uso de substâncias psicoativas, além de atender seus familiares, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo central da RAPS é reorganizar a rede de saúde local por meio de serviços substitutivos que se baseiam em princípios comunitários e territoriais, permitindo um atendimento que se adapta às diferentes demandas dos pacientes em múltiplos níveis de atenção à saúde (GDF, 2021).

O Plano Diretor de Saúde Mental (PDSM) do Distrito Federal (DF) constitui um guia estratégico que define as ações para a organização e aprimoramento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com o objetivo de responder de forma eficiente às necessidades da população. Esse instrumento é fundamental para estabelecer as diretrizes que regem o funcionamento da RAPS no DF, assegurando o respeito aos direitos humanos e promovendo a autonomia e liberdade dos indivíduos. Além disso, busca combater estigmas e preconceitos, garantir o acesso e a qualidade dos serviços oferecidos e promover um cuidado integral por meio de uma assistência multiprofissional fundamentada na lógica interdisciplinar (GDF, 2021).

O PDSM enfatiza a importância de uma abordagem humanizada, centrada nas necessidades das pessoas, e incentiva atividades comunitárias que favoreçam a inclusão social, a autonomia e o exercício da cidadania, além de valorizar serviços de base territorial e estratégias de educação permanente (BRASIL, 2017).

A elaboração do PDSM 2020-2023 foi um processo que envolveu a participação ativa de diversos segmentos da rede. Em maio de 2019, a Diretoria de

Serviços de Saúde Mental (DISSAM) organizou o "I Colegiado Gestor Ampliado", evento que contou com a presença de servidores, usuários dos serviços de saúde mental, movimentos sociais e representantes da sociedade civil. Este encontro teve como objetivo divulgar as ações realizadas pelo Plano Diretor de Saúde Mental do DF 2017-2019 e identificar as demandas e prioridades para a formulação do novo plano quadrienal. Esse processo participativo reflete a importância da inclusão de diferentes perspectivas para a construção de políticas públicas que atendam de forma mais eficaz as necessidades da população, incluindo os povos indígenas em contexto urbano, tema central da pesquisa (GDF, 2021).

A análise do PDSM no contexto desta dissertação ajuda a entender como as diretrizes e ações do plano podem influenciar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde mental para os indígenas do DF, destacando a importância de estratégias que respeitem e integrem a identidade cultural e as especificidades desse grupo no contexto urbano (GDF, 2021).

No entanto, apesar do referido plano dispor sobre o reconhecimento da relevância da saúde mental e das diretrizes para expandir o acesso e aprimorar os cuidados, o PDSM não contempla especificamente a população indígena do DF. Essa ausência de menção representa um desafio significativo, uma vez que os povos indígenas enfrentam particularidades culturais e sociais que exigem uma abordagem diferenciada para garantir a adequação e eficácia dos serviços de saúde mental. A falta de estratégias e ações direcionadas para essa população aponta para uma lacuna nas políticas de saúde mental do DF, tornando evidente a necessidade de incluir essa perspectiva nas futuras articulações e implementações de políticas públicas (GDF, 2021).

O PDSM menciona apenas que um dos objetivos é a promoção dos cuidados em saúde particularmente, as populações indígenas:

4. POPULAÇÕES E PROGRAMAS ESPECIAIS

Um dos objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial é a promoção dos cuidados em saúde particularmente aos grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas). A DISSAM articula com as áreas competentes da SES/DF e demais órgãos governamentais que atendem estes públicos para que juntos desenvolvam ações estratégicas na garantia ao acesso à saúde integral (GDF, 2021, p. 13)

A organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Distrito Federal segue os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que incluem universalidade,

equidade e integralidade nos serviços e ações de saúde, com uma estrutura descentralizada, regionalizada e hierarquizada, e sempre com a participação da sociedade civil, a RAPS no DF é composta por diferentes níveis de atenção, abrangendo desde a atenção primária até a hospitalar, e estratégias de desinstitucionalização (GDF, 2021).

A atenção primária é garantida por Unidades Básicas de Saúde (UBS), incluindo UBS Prisional, Equipes de Consultório na Rua e Núcleos de Apoio à Saúde da Família, que têm a função de acolher a população de forma acessível e contínua, já a atenção especializada em saúde mental é oferecida por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Policlínicas, Ambulatórios especializados, e serviços voltados para adolescentes, como o Adolescentro, que visam fornecer cuidado específico para transtornos mentais. A urgência e emergência são atendidas por serviços como o SAMU 192, UPAs 24 horas e Unidades de Pronto Socorro em hospitais gerais, complementadas pela atenção hospitalar, que inclui Unidades de Referência Especializada e hospitais psiquiátricos especializados (GDF, 2021).

No entanto, a inclusão de estratégias de desinstitucionalização, como as Casas de Passagem, busca promover uma transição para modelos de cuidado mais humanizados e de menor dependência de estruturas hospitalares, apoiando a reintegração social dos pacientes (GDF, 2021).

Apesar dessa estrutura, a saúde mental dos povos indígenas em contextos urbanos no DF ainda enfrenta desafios significativos, embora a RAPS tenha sido organizada para atender a população em geral, as especificidades culturais, sociais e de saúde da população indígena não são contempladas de maneira explícita ou suficiente no sistema, a falta de estratégias adaptadas para responder às necessidades dessa população pode resultar em um atendimento inadequado, que não respeita suas particularidades e práticas culturais, essa lacuna evidencia a necessidade urgente de inclusão de práticas interculturais e de uma abordagem mais sensível à identidade e aos valores indígenas dentro da RAPS, garantindo que os serviços de saúde mental sejam verdadeiramente acessíveis e eficazes para todos, respeitando a diversidade cultural e promovendo a equidade no cuidado (GDF, 2021).

Para a presente pesquisa, que visa analisar o acesso da população indígena aos serviços de saúde mental, será dado enfoque específico aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como parte da Atenção Psicossocial Especializada, de acordo com a legislação atual e a literatura especializada, os CAPS são serviços de saúde de

natureza aberta e comunitária, integrados à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Esses centros são compostos por equipes multiprofissionais que operam de maneira interdisciplinar, priorizando o atendimento a indivíduos com transtornos mentais graves e persistentes, bem como àqueles que enfrentam sofrimento mental ou transtornos decorrentes do uso de substâncias como crack, álcool e outras drogas (GDF, 2021). Os CAPS têm a responsabilidade de oferecer suporte tanto em situações de crise quanto durante os processos de reabilitação psicossocial, atendendo a população em sua área de abrangência (BRASIL, 2017).

O funcionamento dos CAPS é marcado por atividades realizadas predominantemente em ambientes coletivos, como grupos de suporte, assembleias de usuários e reuniões diárias de equipe, essa abordagem colaborativa visa integrar o cuidado de maneira articulada com outros pontos da rede de saúde e redes sociais, promovendo um cuidado contínuo e centrado nas necessidades do usuário. O cuidado no CAPS é estruturado por meio do Projeto Terapêutico Singular, que envolve a participação ativa da equipe, do usuário e de seus familiares na elaboração e implementação do plano de cuidados (GDF, 2021).

A Rede de Saúde Mental do DF conta com 18 CAPS em operação, embora quatro deles não estejam habilitados pelo Ministério da Saúde. Essa configuração levanta questões importantes sobre a cobertura e a qualidade do atendimento em saúde mental, especialmente para populações específicas, como os povos indígenas. Embora os CAPS desempenhem um papel fundamental na prestação de cuidados em saúde mental, a adequação desses serviços para atender de forma eficaz às particularidades culturais, sociais e de saúde dos indígenas em contextos urbanos ainda é uma preocupação. Essa pesquisa analisou como os CAPS podem se adaptar para melhor atender essa população, garantindo que os serviços ofereçam um cuidado verdadeiramente inclusivo e sensível às necessidades e à identidade dos povos indígenas, a partir da consideração de sua própria cultura, costumes e ritos, os quais são indivisíveis de seus processos de cura (GDF, 2021).

Além disso, a prevenção do suicídio é uma prioridade nas políticas de saúde mental do Distrito Federal, conforme estabelecido nas Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio (BRASIL, 2006). Nesse contexto, a Secretaria de Estado da Saúde do DF (SES/DF) implementou o Plano Distrital de Prevenção do Suicídio 2020-2023, que foi aprovado em 2019 pelo Colegiado de Gestão da SES e posteriormente ajustado para atender a novas normativas em 2020. Este plano busca

coordenar e articular ações de prevenção, tratamento e pós-venção, criando um Comitê Permanente de Prevenção do Suicídio para supervisionar a execução das atividades e garantir uma abordagem integrada e eficaz (GDF, 2021).

O Plano Distrital de Prevenção do Suicídio é estruturado em seis eixos principais: Prevenção, Tratamento e Posvenção, Capacitação, Comunicação, Avaliação e Monitoramento, e Compromisso Político. Entre as ações implementadas estão a realização anual de jornadas de prevenção, a criação de normas para orientar o planejamento de atividades de prevenção do suicídio, e a participação na elaboração de protocolos de atendimento ao risco de suicídio em contextos específicos, como o sistema socioeducativo. Também são oferecidos cursos de capacitação, materiais informativos e a divulgação de orientações sobre o uso seguro da internet para a identificação de possíveis casos de incitação ao suicídio (GDF, 2021).

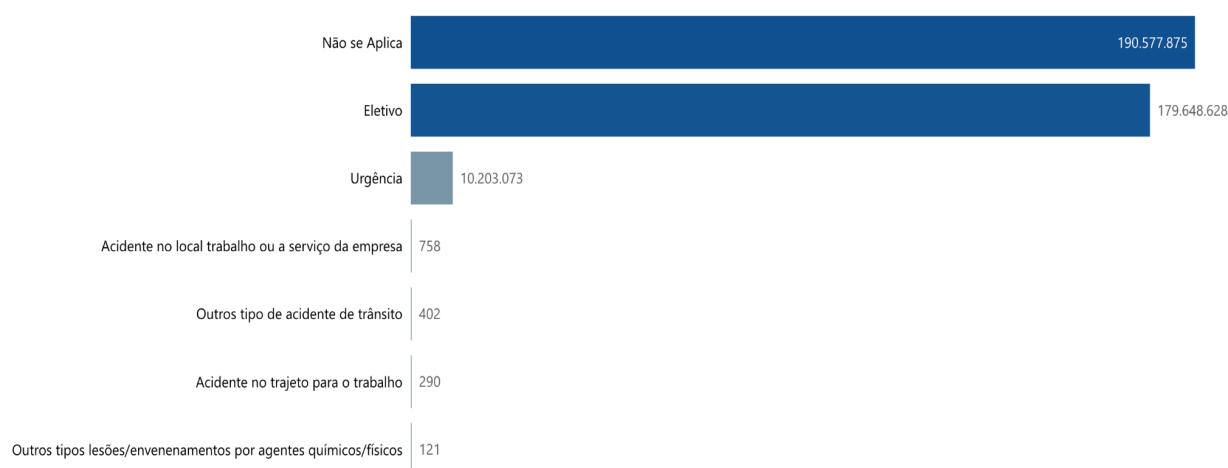
Para a pesquisa em questão, vale mencionar que o escopo será o acesso da população indígena aos serviços de saúde mental no DF, a abordagem de prevenção do suicídio é de particular relevância. A inclusão dos povos indígenas nas estratégias de prevenção e a adaptação das ações do plano para considerar as especificidades culturais e sociais dessa população são aspectos cruciais que ainda precisam ser explorados. Embora o Comitê Permanente e as ações de prevenção estejam articulados para atender a população em geral, a falta de um foco direcionado para a população indígena pode representar uma lacuna significativa. Essa pesquisa busca identificar como as políticas de prevenção do suicídio podem ser melhor integradas para atender de maneira eficaz as necessidades dessa população, respeitando sua cultura e promovendo um ambiente de apoio e inclusão.

No contexto da saúde mental no Distrito Federal, a análise de dados sobre os atendimentos realizados pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é fundamental para entender a magnitude e a distribuição dos serviços oferecidos. A partir da plataforma de informações da Secretaria de Saúde do DF, disponível no Painel InfoSaúde - Causas de Atendimento Atenção Psicossocial⁵, foi possível extrair e analisar dados relevantes sobre os procedimentos ambulatoriais realizados no sistema de saúde mental.

⁵ DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Painel InfoSaúde – Causas de Atendimento – Atenção Psicossocial. Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/sala-de-situacao/painel-infosaude-causas-de-atendimento-atencao-psicossocial/>. Acesso em: 4 ago. 2025

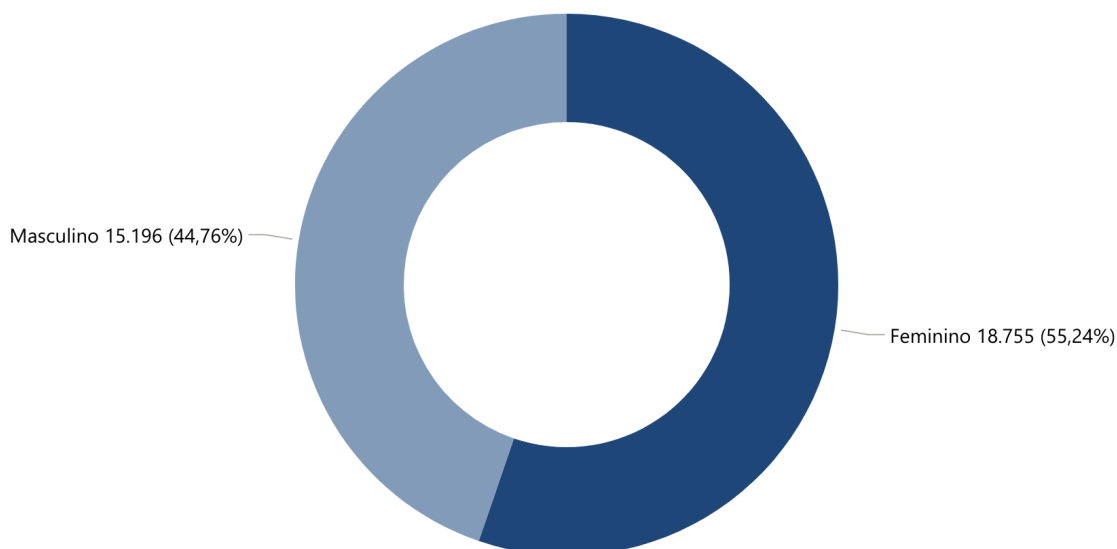
Segundo a Agência Saúde-DF, o RAPS no quesito Atenção especializada em saúde mental, que se dá a partir da rede CAPS, registrou cerca de 1,5 milhão de atendimentos entre 2017 e 2024, com 333.631 só entre janeiro e novembro de 2024. Essa quantidade expressiva de atendimentos destaca a importância da RAPS como um componente essencial na assistência à saúde mental da população do DF.

Tabela 01 - Procedimentos de atendimento ambulatorial de atenção psicossocial no DF em 2024



Ademais, foi possível extrair informações sobre o total de autorizações para internações hospitalares, que somaram 33.951 autorizações, sendo 44,46% (n=15196) do sexo masculino e 18,75 (52,24%) do sexo feminino.

Tabela 02 - Autorizações de internações por sexo de atenção psicossocial no DF em 2024



O Mapa Social de Brasília (DF)⁶ é uma ferramenta que oferece uma visão abrangente da realidade social da região, reunindo dados e indicadores oficiais sobre as políticas públicas divulgados por diferentes instituições e órgãos governamentais. Essa plataforma não só orienta as ações do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT) e de gestores públicos, mas também disponibiliza aos cidadãos a oportunidade de monitorar o andamento dos serviços públicos e participar ativamente na transformação das condições sociais em Brasília.

Dentre as informações disponíveis no Mapa Social, foi realizado um recorte específico sobre o acesso aos serviços de psicologia, que é essencial para a análise da saúde mental no Distrito Federal. Essa ferramenta permite entender como os serviços de psicologia estão distribuídos e acessíveis à população, fornecendo dados importantes para avaliar a cobertura e a adequação dos serviços prestados. Para a pesquisa em questão, que investiga o acesso da população indígena aos serviços de saúde mental, a análise desse recorte é crucial para identificar as possíveis desigualdades no acesso e os desafios específicos que os povos indígenas podem enfrentar ao buscar serviços de psicologia. Essa compreensão pode informar a formulação de políticas públicas que promovam um atendimento mais inclusivo e eficaz, respeitando as particularidades culturais e sociais dessa população.

Nesse sentido, consta que atualmente o tempo de espera para que a população do Distrito federal tenham acesso aos serviços de consultas na especialidade

⁶ MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS (MPDFT). Mapa Social do DF. Disponível em: <https://www.mpdft.mp.br/portal/index.php/mapa-social-do-df>. Acesso em: 4 ago. 2025.

de psicologia, o tempo médio de espera é de 678,89 dias, com aproximadamente 2.200 pessoas na fila de espera, dividas em todas as regiões do Distrito Federal.

Gráfico 03 - Quantidade de solicitações em Lista de Espera, agrupadas por tipo de procedimento

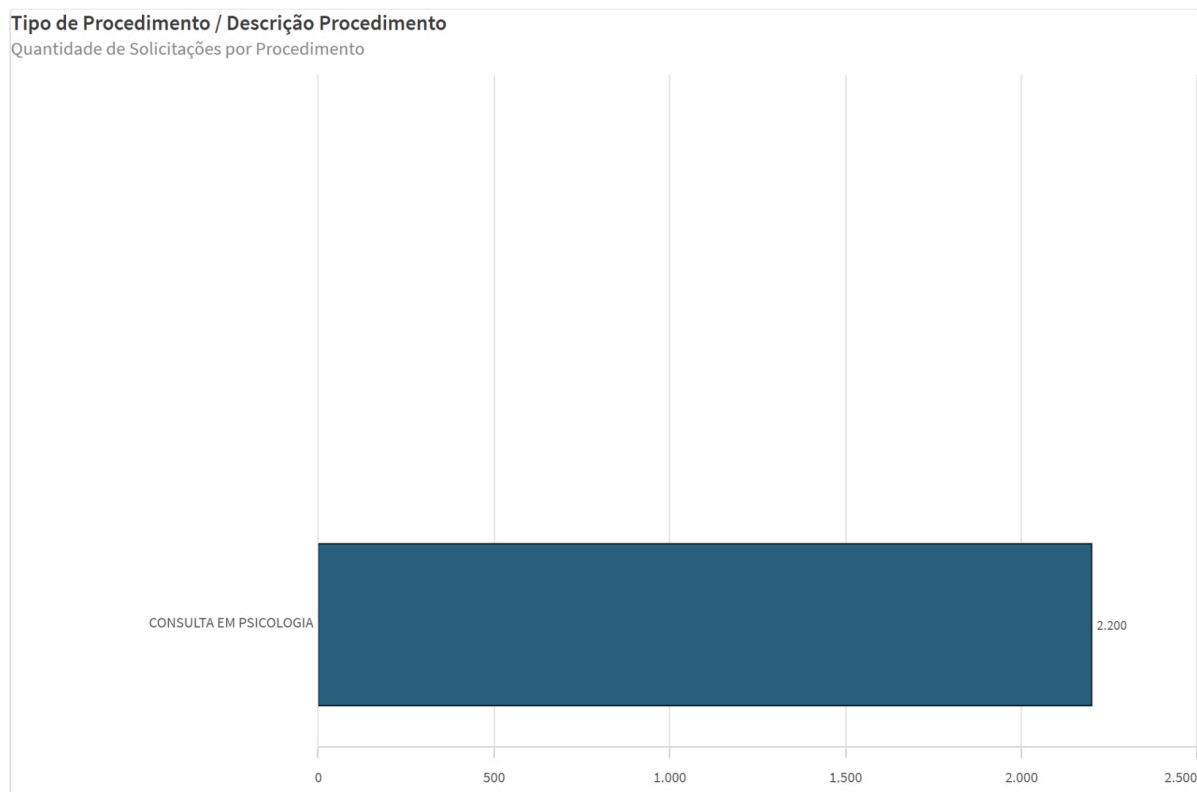
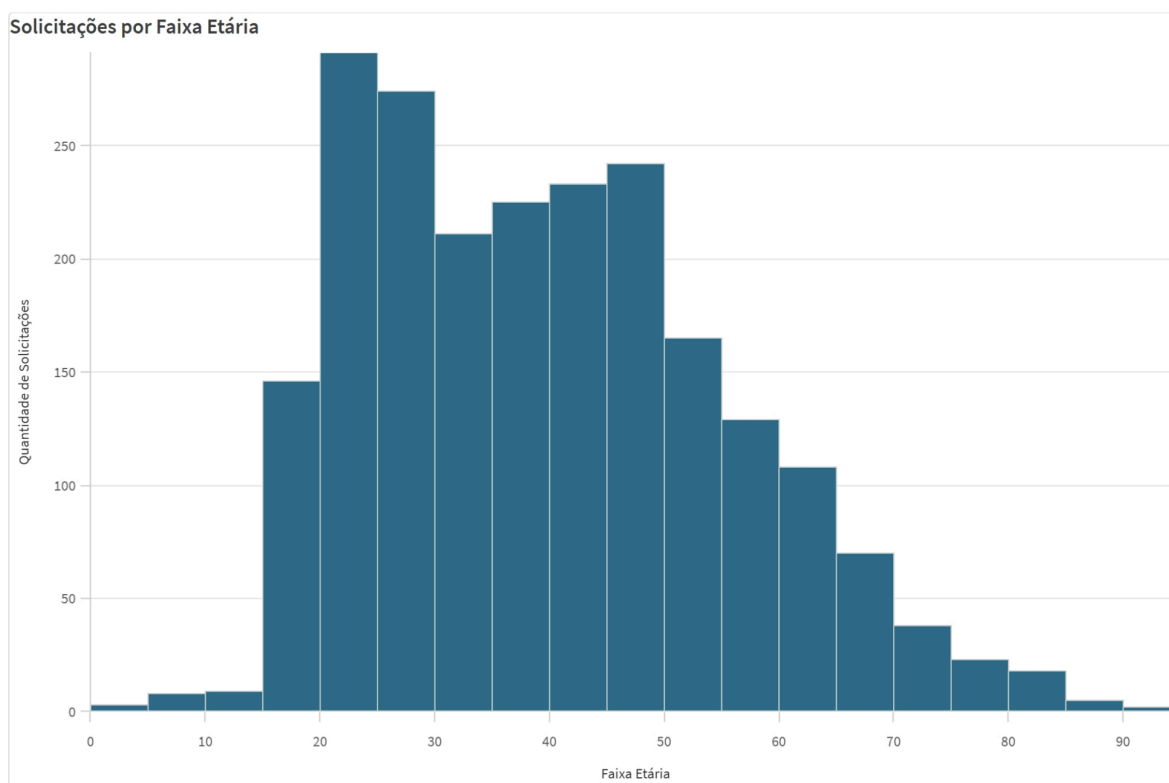


Gráfico 04 - Quantidade de solicitações em Lista de Espera, agrupadas por Faixa Etária



Embora o Mapa Social de Brasília (DF) seja uma ferramenta importante para fornecer uma visão abrangente da realidade social e auxiliar na gestão e planejamento de políticas públicas, é necessário considerar suas limitações, especialmente no que diz respeito ao mapeamento de grupos minoritários, como as populações indígenas. Apesar de o projeto reunir dados e indicadores que podem orientar ações de gestão e promover a transparência dos serviços públicos, uma crítica relevante é a ausência de um recorte específico que leve em conta as particularidades de diferentes grupos populacionais em termos de raça, gênero e etnia.

A falta de dados segmentados por grupo étnico, como os indígenas, nos painéis de acesso ao cidadão do Mapa Social de Brasília (DF) pode resultar em uma visão inadequada da realidade vivida por esses grupos. Isso implica na dificuldade de identificar e analisar as barreiras específicas que os povos indígenas enfrentam no acesso aos serviços de saúde mental e outros serviços públicos essenciais. Sem essa segmentação, as políticas públicas podem acabar negligenciando as necessidades específicas dessas populações, que exigem abordagens adaptadas às suas particularidades culturais, sociais e históricas.

Para que o Mapa Social de Brasília (DF) seja verdadeiramente inclusivo e promova a equidade, é fundamental que se considere a inclusão de dados que

permitam um mapeamento mais detalhado e representativo dos diferentes grupos minoritários. Isso permitiria uma análise mais precisa das desigualdades e das barreiras enfrentadas por povos indígenas e outras populações em situação de vulnerabilidade, e contribuiria para o desenvolvimento de políticas públicas mais justas e eficazes. A ausência dessa perspectiva nos painéis de dados compromete a capacidade do Mapa Social de servir como uma ferramenta eficaz para a transformação social e a promoção da equidade no acesso a serviços de saúde e outros direitos fundamentais.

A saúde mental em contextos indígenas é marcada por desafios significativos, em razão da complexidade intercultural que envolve os saberes tradicionais e as abordagens biomédicas ocidentais. Como observado por Batista e Zanello (2016), há uma grave escassez de pesquisas no Brasil que abordem esse tema, o que reflete um cenário de invisibilidade histórica das especificidades culturais desses povos. A análise dos artigos publicados entre 1999 e 2012 revela não apenas a baixa produção acadêmica sobre saúde mental indígena, mas também a limitada problematização teórica dos conceitos empregados, como "saúde mental" e "indígena". Segundo os autores, os estudos frequentemente tratam essas categorias como universais e fixas, desconsiderando a diversidade cultural inerente às mais de 240 etnias que compõem a população indígena brasileira.

Esse contexto destaca a necessidade urgente de uma reflexão epistemológica que possibilite uma prática mais ética e sensível às realidades locais. A partir de uma perspectiva crítica, Batista e Zanello (2016) argumentam que a reificação de categorias ocidentais, como as contidas no DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), pode ser inadequada e até prejudicial quando aplicada a populações indígenas. O exemplo do uso do conceito de "alcoolismo" entre povos do Alto Rio Negro ilustra como a substituição por termos como "alcoolização" pode promover um entendimento mais alinhado às cosmologias indígenas, reduzindo o viés patologizante.

Ademais, o levantamento de dados exposto pelos autores evidencia que apenas 14 artigos relevantes ao tema foram identificados em um universo de 5.510 publicações, ou seja, menos de 0,3% do total. Esse dado é preocupante, considerando que, segundo o IBGE (2010), os indígenas representam 0,4% da população brasileira e convivem com taxas de vulnerabilidade social alarmantes, como o elevado índice de suicídios em municípios predominantemente indígenas. Esses indicadores reforçam a necessidade de políticas públicas mais robustas e inclusivas, tanto para fomentar a

produção acadêmica quanto para garantir a atenção integral à saúde mental dessas populações.

A interdisciplinaridade também se destaca como uma abordagem imprescindível para superar os desafios apresentados. Embora a psicologia desempenhe um papel central, o estudo aponta que apenas metade dos artigos contou com a participação de psicólogos. Tal fato sugere a necessidade de revisão nos currículos universitários e maior incentivo à formação de profissionais qualificados para atuar em contextos interculturais. Batista e Zanello (2016) defendem que o fortalecimento desse diálogo interdisciplinar pode enriquecer tanto os campos acadêmicos quanto as práticas clínicas, promovendo um entendimento mais profundo das inter-relações entre saúde mental e diversidade cultural.

Portanto, o debate sobre saúde mental em contextos indígenas deve ser ampliado, não apenas para atender às demandas desses povos, mas também para questionar os próprios limites das categorias ocidentais que norteiam as práticas acadêmicas e institucionais. Como concluem os autores, ao pensar sobre as especificidades indígenas, abre-se uma oportunidade única de reavaliar os conceitos e métodos vigentes, promovendo avanços tanto para a saúde indígena quanto para a construção de uma ciência mais plural e equitativa.

2.3 PERSPECTIVAS CRÍTICAS SOBRE A COMPARAÇÃO BRASIL-CANADÁ

A análise comparativa entre Brasil e Canadá evidencia tanto semelhanças históricas quanto abordagens distintas em relação às políticas de saúde mental voltadas aos povos indígenas. Ambos os países compartilham um passado de colonização violenta, remoção forçada de populações indígenas de seus territórios originários e tentativas de assimilação cultural que impactam até hoje o bem-estar psicológico desses grupos.

No Canadá, o histórico de apagamento cultural está profundamente associado às Escolas Residenciais Indígenas, onde milhares de crianças foram separadas de suas famílias e submetidas a abusos físicos e psicológicos, a Comissão de Verdade e Reconciliação do Canadá (TRC, 2015) reconheceu esse processo como um "genocídio cultural", apontando para suas consequências traumáticas transgeracionais na saúde mental das comunidades indígenas (CANADA, 2015).

Diante desse cenário, o governo canadense desenvolveu políticas específicas voltadas ao cuidado psicossocial das Primeiras Nações e dos Inuit, através do Indigenous Services Canada (ISC) é um órgão o qual administra o programa Non-Insured Health Benefits (NIHB), que fornece cobertura para aconselhamento psicológico, serviços de intervenção em crise, transporte médico e medicamentos, com foco na segurança cultural e na participação comunitária (Lavoie et al., 2010). Além disso, o modelo de atenção canadense busca integrar práticas tradicionais, como círculos de cura, uso de anciãos e medicina indígena, dentro dos serviços clínicos (Maar et al., 2009).

Outra política de destaque é o *Jordan's Principle*, que garante às crianças indígenas o direito ao acesso imediato a qualquer serviço público necessário, inclusive de saúde mental, independentemente de disputas jurisdicionais entre governos federal e provinciais, essa política surgiu após o caso de Jordan River Anderson e representa um marco legal e ético no combate à negligência estrutural sofrida por crianças indígenas no Canadá (Blackstock, 2016).

O *Jordan's Principle* constitui uma das políticas mais emblemáticas do Canadá no que se refere à equidade no acesso a serviços públicos para crianças indígenas, sendo frequentemente citado como um marco de justiça social e reparação histórica. Criado em 2007 e incorporado ao ordenamento federal em 2016, o princípio surgiu após o caso de Jordan River Anderson, uma criança da Nação Cree de Norway House, em Manitoba, que nasceu com uma condição neuromuscular rara e permaneceu hospitalizada por mais de dois anos devido a uma disputa jurisdicional entre governos federal e provincial sobre quem deveria arcar com seus cuidados médicos e sociais, Jordan faleceu em 2005, aos cinco anos de idade, sem jamais ter podido viver com sua família (Canada, 2018; Blackstock, 2019).

O caso mobilizou organizações indígenas, defensores de direitos humanos e o Parlamento canadense, resultando na formulação do princípio que leva seu nome, o *Jordan's Principle* estabelece que nenhuma criança indígena deve ser privada ou ter seu acesso a serviços públicos atrasado devido a disputas sobre responsabilidades administrativas ou de financiamento entre diferentes níveis de governo. Na prática, o princípio impõe que a primeira autoridade governamental acionada deve garantir imediatamente o atendimento necessário, resolvendo posteriormente as questões burocráticas de custeio (Blackstock, 2011).

Desde 2016, a implementação do *Jordan's Principle* foi ampliada e passou a abranger não apenas cuidados médicos, mas também apoio psicossocial, educação inclusiva, terapias especializadas e transporte para serviços de saúde mental, incluindo crianças e adolescentes indígenas que vivem fora das reservas, em centros urbanos como Ottawa, Vancouver e Montreal. Em 2023, o governo canadense relatou mais de 2,6 milhões de serviços prestados sob o amparo do princípio, o que representa um avanço significativo na garantia de equidade para populações historicamente marginalizadas (Government of Canada, 2023).

A relevância desse princípio para a presente dissertação reside na possibilidade de comparação com o contexto brasileiro, onde a ausência de mecanismos equivalentes contribui para a exclusão de indígenas urbanos das políticas de atenção psicossocial e de proteção social. Enquanto o *Jordan's Principle* reconhece explicitamente o direito à diferença e a responsabilidade compartilhada do Estado em assegurar serviços culturalmente adequados, às políticas brasileiras ainda operam sob a lógica da setorialização fragmentada, na qual o acesso dos indígenas depende de comprovações territoriais ou administrativas que invisibilizam as realidades urbanas.

Além disso, a implementação do *Jordan's Principle* no Canadá foi acompanhada por programas de formação intercultural para profissionais de saúde e pela inclusão de representantes indígenas na gestão dos fundos e na definição das prioridades de atendimento. Essa dimensão participativa demonstra que o princípio vai além da simples compensação administrativa: ele representa uma mudança estrutural na relação entre Estado e povos indígenas, reconhecendo a autonomia cultural e política como determinante de saúde e de cidadania.

A adoção de princípios similares no Brasil como a prioridade no atendimento sem exigência de comprovação burocrática e o reconhecimento da vulnerabilidade histórica como critério de equidade, poderia contribuir para mitigar o que Cristhian Teófilo da Silva (2009) denomina de etnocídio burocrático, que se manifesta justamente na negação institucional das diferenças étnicas e culturais em contextos urbanos. Assim, o *Jordan's Principle* oferece um modelo intercultural de governança da saúde, no qual a proteção social se articula ao reconhecimento da diversidade e da dignidade dos povos indígenas.

Em contraste, o Brasil conta com a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), vinculada ao SUS, e com um modelo de atenção que, embora busque respeitar a diversidade cultural, enfrenta importantes desafios estruturais: escassez de

profissionais indígenas, dificuldades logísticas, e um distanciamento entre saberes tradicionais e protocolos biomédicos, a ausência de programas específicos e continuados voltados à saúde mental indígena, especialmente em contexto urbano, evidencia uma lacuna que torna os sujeitos indígenas ainda mais vulneráveis ao sofrimento psíquico.

Embora ambos os países tenham adotado discursos multiculturais em suas constituições, é no Canadá que se percebe um maior investimento em pesquisas avaliativas, formação de profissionais indígenas e modelos de cuidado integrativos, mesmo diante de muitas críticas e insuficiências ainda existentes (Allan; Smylie, 2015). No Brasil, iniciativas ainda são pontuais e carecem de avaliação sistemática, sobretudo quando se trata de indígenas em áreas urbanas.

A construção de políticas de saúde mental voltadas aos povos indígenas em contextos urbanos exige, como pressuposto, o reconhecimento das particularidades históricas, culturais e sociais que atravessam esses sujeitos, a análise comparativa entre o contexto canadense, com ênfase na cidade de Ottawa, e o Distrito Federal, permite identificar avanços, desafios e lacunas estruturais na promoção de cuidados em saúde mental culturalmente sensíveis e efetivos para essas populações.

No Distrito Federal, por outro lado, observa-se uma estrutura consolidada da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com 18 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades Básicas de Saúde, ambulatórios especializados, serviços de urgência, emergência e internação psiquiátrica, além de estratégias de desinstitucionalização, como as Casas de Passagem. Essa rede visa atender de forma comunitária e territorializada as pessoas em sofrimento psíquico (GDF, 2021). A formulação do Plano Diretor de Saúde Mental (PDSM 2020-2023) ocorreu com participação de usuários, gestores e movimentos sociais, reforçando a diretriz de cuidado humanizado, multiprofissional e interdisciplinar.

Contudo, diferentemente do modelo canadense, o PDSM e os demais instrumentos normativos do DF não contemplam especificidades da população indígena em contexto urbano. Essa ausência representa uma lacuna crítica, considerando que cerca de 0,4% da população do DF – aproximadamente 12.377 pessoas – se identificaram como indígenas no Censo de 2022. A inexistência de diretrizes voltadas a essa população compromete a adequação cultural do cuidado, podendo gerar barreiras de acesso e baixa efetividade dos serviços ofertados.

Embora os CAPS representem um avanço importante na democratização do cuidado em saúde mental, observa-se que quatro dessas unidades ainda não estão habilitadas pelo Ministério da Saúde, e a atuação dos serviços é voltada ao conjunto da população, sem reconhecimento das especificidades socioculturais dos povos indígenas. A ausência de formação intercultural e de articulação com lideranças indígenas urbanas dificulta a implementação de abordagens sensíveis às práticas de cuidado e às identidades dos usuários.

A política distrital de prevenção do suicídio, estruturada em seis eixos (prevenção, tratamento, posvenção, capacitação, comunicação e compromisso político), também carece de foco em populações vulnerabilizadas, como é o caso dos povos indígenas. Não há evidências de que as estratégias de prevenção sejam adaptadas às especificidades culturais ou que envolvam atores indígenas em sua construção e execução.

Diante o exposto, a análise comparativa realizada entre os contextos do Canadá e do Distrito Federal evidencia uma assimetria estrutural significativa na forma como as políticas de saúde mental têm se articulado para responder às necessidades da população indígena em contexto urbano. Enquanto o modelo canadense, mesmo diante de suas limitações, caminha no sentido da interseccionalidade e da segurança cultural, com dispositivos legais e práticos que asseguram o protagonismo indígena e a integração de saberes tradicionais, o DF permanece com um modelo generalista, ancorado em princípios universais que ignoram as singularidades dessa população.

Tal contraste revela que não se trata apenas de acesso ou cobertura, mas da qualidade e pertinência dos serviços ofertados, o silenciamento das identidades indígenas nas diretrizes e a ausência de protocolos específicos expõem uma dimensão de exclusão simbólica e institucional. Essa lacuna é particularmente grave diante do contexto histórico de violações de direitos que os povos indígenas enfrentam e da relevância da saúde mental como eixo estruturante da dignidade e da autonomia.

Diante desse panorama, a experiência canadense apresenta contribuições valiosas para a formulação de políticas públicas no contexto brasileiro, especialmente no que tange ao reconhecimento da pluralidade epistêmica, ao protagonismo comunitário e à integração entre saberes tradicionais e serviços formais de saúde. A construção de um cuidado verdadeiramente inclusivo requer transformações estruturais no modo como o Estado se relaciona com os povos indígenas urbanos, envolvendo não apenas a ampliação de serviços, mas também a redistribuição de poder, o

reconhecimento de saberes e a formação continuada de profissionais em competências interculturais. Portanto, para que o Distrito Federal avance na promoção da equidade em saúde mental, é imprescindível o reconhecimento da existência e das vozes dos povos indígenas urbanos. A partir dessa escuta ativa, torna-se possível construir um cuidado verdadeiramente intercultural, que acolha, respeite e fortaleça as epistemologias indígenas, contribuindo para a justiça social e a reparação histórica no campo da saúde.

Essa comparação revela não apenas diferentes formas de gestão da saúde mental indígena, mas também distintas concepções sobre o que significa cuidado culturalmente seguro e políticas de reparação histórica, é imprescindível que o Brasil avance nesse debate, ampliando políticas que respeitem os saberes indígenas e considerem os efeitos do racismo estrutural e da invisibilidade nas grandes cidades.

3. REFLEXÕES SOBRE ACHADOS E RESULTADOS

Os resultados obtidos por meio da análise de conteúdo de documentos oficiais, observações participantes revelam um conjunto de dinâmicas complexas que afetam a saúde mental dos povos indígenas em contexto urbano no Distrito Federal. As categorias emergentes da pesquisa indicam que os principais fatores de sofrimento psíquico estão diretamente associados à invisibilidade institucional, ao racismo estrutural, à precariedade das políticas públicas e à dificuldade de preservação da identidade cultural em meio ao ambiente urbano. Esses resultados confirmam as hipóteses iniciais do estudo e aprofundam o entendimento sobre como a intersecção entre etnicidade, território e saúde mental configura-se como um campo crítico e pouco reconhecido na agenda pública brasileira.

A análise dos discursos e documentos revelou que, embora existam políticas públicas formais voltadas à saúde mental, como a atuação dos CAPS e do NASF, essas estruturas não se articulam com as especificidades culturais dos povos indígenas. Não há, por exemplo, políticas de escuta qualificada com mediadores culturais ou protocolos específicos para indígenas urbanos. Essa lacuna evidencia uma dissonância entre a proposta institucional de universalidade do SUS e a real efetivação de um cuidado sensível às diferenças. O resultado corrobora as críticas feitas por Batista e Zanello (2016), ao apontarem a escassez de estudos e a marginalização da questão indígena nas formulações em saúde mental.

Nas entrevistas realizadas do estudo de Oliveira (1996), os participantes relataram sentimentos recorrentes de deslocamento, solidão, discriminação e deslegitimação identitária. Relatos como “a cidade não vê a gente como indígena” e “só servimos como cultura folclórica” foram frequentes. Esses discursos reforçam a noção de “dupla consciência” proposta por Cardoso de Oliveira (1996), em que os sujeitos indígenas, ao viverem em contextos interétnicos, experienciam simultaneamente pertencimento e exclusão. Além disso, o conceito de “blasé attitude” de Simmel (1906) ajuda a compreender como o contexto urbano reforça estratégias de apagamento e silenciamento, produzindo efeitos de naturalização da exclusão social.

A partir dos dados demográficos e socioeconômicos analisados, como os fornecidos pelo IBGE e pela CODEPLAN, foi possível estabelecer uma forte correlação entre a condição de moradia em regiões periféricas de Brasília e o acesso limitado a políticas de saúde mental. Ceilândia, Samambaia e Recanto das Emas, por exemplo, concentram a maior parte da população indígena urbana, mas não contam com equipamentos públicos adaptados às demandas desse grupo. Esses dados dialogam com os achados de Rabello (2010), que aponta a importância de integrar as dimensões de gestão, qualidade de vida e territorialidade no planejamento em saúde.

A ausência de dados específicos e sistematizados sobre a saúde mental dos povos indígenas em contexto urbano no Brasil, especialmente no Distrito Federal, não é apenas uma lacuna técnica ou administrativa. Trata-se de um reflexo direto de um projeto histórico de apagamento, que nega a legitimidade da identidade indígena fora dos limites das terras tradicionalmente demarcadas. Como aponta Pacheco de Oliveira (2018), os instrumentos censitários no Brasil, ainda que tenham avançado desde a década de 1990, continuam a operar com categorias e métodos que invisibilizam a pluralidade das formas de ser indígena, sobretudo nas metrópoles.

A invisibilidade dos povos indígenas em contextos urbanos não é apenas uma consequência do deslocamento geográfico, mas constitui uma estratégia histórica de apagamento institucionalizada pelo Estado. Segundo Silva (2007), essa invisibilidade é produzida e reproduzida por uma série de dispositivos administrativos, jurídicos e discursivos que negam aos indígenas o direito de existência plena fora dos territórios tradicionalmente demarcados. Ao viverem em cidades, muitos indígenas tornam-se “invisíveis” para as políticas públicas, pois seus modos de vida não se enquadram nas categorias normativas que definem quem é “indígena de direito” e, por consequência, quem é destinatário de ações afirmativas (Silva, 2007).

Valendo-se da visão do antropólogo Bruce Miller que em sua obra *“Invisible Indigenes: The Politics of Nonrecognition”* (2003) que batiza tal fenômeno como etnocídio burocrático, um conceito que designa a eliminação sistemática das formas de vida indígenas por meio de práticas administrativas e legais que, sob o discurso da neutralidade e da universalidade, desconsideram os saberes, identidades e formas de organização social desses povos. Diferentemente do etnocídio violento, esse tipo de apagamento ocorre por meio da negação do reconhecimento, da exclusão dos cadastros oficiais, da ausência de categorias específicas nos censos e da recusa em adaptar os serviços públicos às suas especificidades culturais. Trata-se, portanto, de um apagamento que se disfarça sob a linguagem técnica da gestão e da regulação estatal.

No campo da saúde mental, os efeitos desse etnocídio se tornam ainda mais evidentes. A estrutura da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), embora se proponha universalista, não contempla dispositivos que reconheçam a diversidade cultural dos usuários indígenas em contexto urbano, tornando o acesso a cuidados culturalmente adequados extremamente limitado. A ausência de dados desagregados, de políticas específicas e de profissionais capacitados para atuar em contextos interculturais reforça a lógica do etnocídio burocrático, pois impede o exercício da diferença e naturaliza a exclusão como falha do indivíduo, e não do sistema.

Essa invisibilidade estatística torna-se ainda mais crítica no campo da saúde mental. A escassez de dados oficiais desagregados sobre sofrimento psíquico, demandas psicossociais ou acesso aos serviços por indígenas urbanos evidencia que, do ponto de vista institucional, essa população não é plenamente reconhecida como sujeito de direito na política pública de saúde. O levantamento realizado por Batista e Zanello (2016) reforça essa leitura ao demonstrar que, entre os estudos analisados, a presença dos povos indígenas é marginal ou generalizada sob categorias genéricas como “populações vulneráveis”, o que contribui para diluir suas especificidades culturais e demandas concretas.

No contexto urbano do Distrito Federal, os dados do IBGE (2022) e da CODEPLAN (2015) revelam que a maioria da população indígena está localizada em regiões periféricas como Ceilândia, Planaltina e Samambaia, territórios marcados por baixa renda e limitada infraestrutura de serviços públicos. No entanto, mesmo diante dessa distribuição territorial evidente, os relatórios de gestão da saúde mental (SES-DF, 2022) não apresentam qualquer menção às populações indígenas como grupo específico a ser contemplado nas estratégias de cuidado.

Essa omissão contribui para a perpetuação do que Roberto Cardoso de Oliveira (2006) chamou de “fricção interétnica invisível”, em que o indígena em meio urbano não é apenas pressionado a se adaptar, mas também a se silenciar. A falta de políticas de monitoramento, de dados epidemiológicos e de representação institucional em conselhos e comissões de saúde mental contribui para o que pode ser nomeado, com base em Cardoso de Oliveira (1968), como um etnocídio burocrático, isto é, o apagamento simbólico por omissão estatal.

Essa invisibilidade estatística não é neutra: ela produz efeitos concretos na formulação e na aplicação das políticas públicas. Sem dados, não há planejamento; sem planejamento, não há recurso; sem recurso, não há ação. Como consequência, as populações indígenas em contexto urbano seguem enfrentando o sofrimento psíquico em condições de isolamento, sem escuta qualificada e sem reconhecimento de suas práticas tradicionais de cuidado. A cidade, nesse cenário, funciona não como abrigo, mas como um campo de tensão constante entre pertencimento e negação.

Torna-se evidente que a ausência de dados reflete uma ausência maior: a de políticas públicas sensíveis à diversidade indígena contemporânea. Assim, a invisibilidade institucional se manifesta não apenas na ausência de menção nos sistemas de saúde, mas também na forma como o indígena urbano é constantemente interpelado a justificar sua identidade, a provar sua “autenticidade”, como se a cidade anulasse a legitimidade de sua origem.

Em diálogo com Kleinman (1998), pode-se dizer que essa ausência de reconhecimento institucional reforça o sofrimento social, aquele que não se expressa apenas em sintomas clínicos, mas que se instala no cotidiano das relações sociais, atravessando a subjetividade e afetando profundamente o bem viver. A invisibilidade, nesse caso, é um dispositivo de poder que molda negativamente as condições psicossociais de existência, ao passo que o reconhecimento cultural e institucional constitui um fator de proteção à saúde mental indígena em ambiente urbano.

A análise comparada entre os contextos do Distrito Federal (Brasil) e de Ottawa (Canadá) evidencia contrastes marcantes nos modelos institucionais e nas práticas de cuidado voltadas à saúde mental de populações indígenas em meio urbano. Embora ambos os países estejam profundamente marcados pelas consequências históricas do colonialismo, as formas pelas quais essas marcas se materializam nas políticas públicas e nos serviços de saúde apresentam diferenças significativas. No caso canadense, observa-se uma institucionalização mais robusta de políticas voltadas

aos povos originários, que incluem, ainda que com limitações, práticas culturalmente sensíveis, programas de apoio comunitário e o reconhecimento do papel da espiritualidade e das tradições ancestrais no processo terapêutico (Kleinman, 1998; Dantas, 2012).

Por sua vez, os dados relativos ao Distrito Federal revelam um cenário de invisibilidade institucional, no qual a população indígena urbana, majoritariamente concentrada em regiões periféricas como Ceilândia, Sol Nascente e Recanto das Emas, carece de políticas públicas específicas, especialmente na área da saúde mental (SES, 2022; Dourado; Ramos, 2022). A ausência de equipes multiprofissionais capacitadas para lidar com a diversidade étnico-cultural e a inexistência de protocolos diferenciados nos serviços, como os CAPS e NASF-AB, demonstram a fragilidade do sistema em reconhecer e acolher as singularidades dessas populações (Amarante, 2007; Silva, 2021).

Enquanto o modelo canadense, com base na articulação entre serviços urbanos e lideranças indígenas, avança na promoção de ações que articulam cuidado psicossocial e reconhecimento cultural, o modelo brasileiro ainda se ancora em uma lógica universalista e integracionista, que tende a desconsiderar as formas próprias de viver, adoecer e cuidar dos povos indígenas (Pacheco De Oliveira, 1999; Cardoso de Oliveira, 2006). Isso se reflete na limitada implementação das diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental e na ausência de políticas voltadas especificamente à população indígena urbana de Brasília, o que reforça os processos de marginalização e exclusão estrutural (BRASIL, 2019; SEASI, 2024).

As narrativas de sofrimento, entendidas como construções socialmente situadas e atravessadas por relações de poder, são essenciais para compreender a experiência indígena em contextos urbanos. Conforme destaca Kleinman (1998), o sofrimento não pode ser dissociado das estruturas sociais e políticas que o moldam, sendo fundamental considerar os significados culturais da doença, bem como as estratégias coletivas de resiliência e cura. Nesse sentido, os dados evidenciam que a manutenção de vínculos comunitários, a reafirmação da identidade étnica e a prática de atividades artísticas e espirituais funcionam, muitas vezes, como mecanismos de resistência frente à desintegração provocada pelo deslocamento e pelo racismo institucional (Silva, 2019; CRP-06, 2016).

Além disso, os dados do Censo de 2022 apontam uma redução da população indígena em Brasília (IBGE, 2022), o que, aliado à precariedade das políticas públicas

e à exclusão das estatísticas oficiais, contribui para a descontinuidade de políticas e ações voltadas a esses sujeitos. A lógica do apagamento institucional é reforçada pela ausência de territorialização e pela escassez de espaços de escuta e acolhimento culturalmente informados, resultando em uma fragmentação das redes de cuidado e no agravamento das vulnerabilidades psíquicas e sociais (CODEPLAN, 2015; BRASIL, 2019).

Em síntese, os achados desta pesquisa indicam que, embora o Canadá também enfrente desafios significativos relacionados ao racismo estrutural e às limitações das respostas estatais, há uma tendência mais clara de reconhecimento institucional das especificidades indígenas no campo da saúde mental. Já o Brasil, especialmente no Distrito Federal, apresenta um cenário de negligência histórica, marcado por políticas desarticuladas e pela ausência de um marco normativo que reconheça a singularidade dos indígenas urbanos. Assim, a análise comparada permite não apenas revelar os padrões de exclusão, mas também iluminar caminhos possíveis para a construção de políticas públicas mais inclusivas, interseccionais e anticoloniais.

CONCLUSÃO

A presente dissertação partiu da necessidade de compreender os fatores que impactam a saúde mental de indígenas em contexto urbano, considerando a intersecção entre desigualdades sociais, invisibilidade institucional, violência simbólica e apagamento cultural. A análise dos dados empíricos, dos marcos teóricos e da literatura especializada permitiu evidenciar que as experiências desses sujeitos não podem ser reduzidas a uma leitura biomédica da saúde mental, pois envolvem complexas dinâmicas identitárias, espirituais e políticas que estão na base do sofrimento e também da resistência.

Constatou-se que os indígenas que vivem em contextos urbanos, como no Distrito Federal, enfrentam múltiplos desafios decorrentes da fragmentação de suas redes tradicionais de apoio, da precariedade de acesso aos serviços públicos, da desvalorização de seus saberes ancestrais e da constante negação de sua identidade étnica por parte da sociedade majoritária. Essa conjuntura de exclusões atua como gatilho para adoecimentos psíquicos que não se expressam, necessariamente, nos termos reconhecidos pela psiquiatria ocidental, mas que carregam significados

próprios relacionados à perda de território, à descontinuidade geracional e à deslegitimação de seus modos de ser.

A pesquisa revelou que a cidade, embora carregue potencialidades de acesso e visibilidade, é também um espaço de tensionamentos identitários e exclusões. Os relatos dos indígenas residentes no Distrito Federal confirmam que, mesmo diante das adversidades, há estratégias de resistência e reinvenção identitária, muitas vezes expressas por meio de práticas artísticas, vínculos comunitários e espiritualidade. No campo da saúde mental, essas práticas se contrapõem à lógica biomédica dominante, propondo formas de cuidado mais horizontais, coletivas e integradas às cosmologias indígenas.

Ao longo da análise, ficou evidente que a urbanização – longe de ser apenas um processo geográfico – constitui uma experiência de deslocamento simbólico, que produz rupturas e exige respostas adaptativas. As formas de sofrimento encontradas nas narrativas dos indígenas urbanos não podem ser dissociadas dos efeitos persistentes do colonialismo, que transformou seus corpos e subjetividades em alvos de disciplinamento e silenciamento. A permanência desse projeto colonial se revela nas práticas institucionais excludentes, na ausência de políticas públicas efetivas e no racismo epistêmico que subordina os saberes indígenas às lógicas dominantes de cuidado e cura.

A pesquisa demonstrou que, mesmo diante dessas violências, os sujeitos indígenas acionam mecanismos de resiliência e de reinvenção cultural. As práticas artísticas, as redes de solidariedade, o fortalecimento da espiritualidade e o ativismo político são algumas das estratégias de resistência mobilizadas para preservar a saúde mental e a identidade coletiva. Nesse sentido, a saúde mental não é compreendida apenas como ausência de sofrimento, mas como a possibilidade de viver em equilíbrio com a coletividade, os ancestrais e o território – uma concepção que se aproxima do paradigma do "bem viver", discutido por autores decoloniais e lideranças indígenas contemporâneas.

No plano comparativo, a análise das políticas canadenses evidenciou que, apesar de não estarem isentas de críticas, há no país uma maior institucionalização de programas voltados à saúde mental indígena, com reconhecimento explícito do impacto de traumas históricos e políticas de escuta e reparação. O Brasil, por outro lado, carece de diretrizes consistentes que considerem as especificidades culturais dos indígenas urbanos, prevalecendo uma lógica assistencialista, desarticulada e

fragmentada entre os diferentes níveis de gestão pública. Essa ausência se agrava quando se observa que os dados estatísticos utilizados para planejamento de políticas não refletem adequadamente a presença indígena nos centros urbanos, perpetuando a falsa ideia de que ser indígena é incompatível com a vida na cidade.

A comparação entre os dois países não buscou idealizar modelos, mas apontar caminhos possíveis para a formulação de políticas públicas culturalmente situadas, que não apenas reconheçam os indígenas como usuários dos serviços, mas como sujeitos de direito, de memória e de futuro. O reconhecimento da pluralidade de modos de cuidar, curar e existir é fundamental para que as políticas de saúde mental deixem de reproduzir epistemicídios e passem a dialogar com os saberes ancestrais, as cosmologias indígenas e as práticas comunitárias que sustentam a vida e a resistência desses povos.

No encerramento desta análise, torna-se imprescindível tensionar os modelos de atenção à saúde mental indígena a partir do contraste entre o caráter assistencialista que permeia a atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) no Brasil, e a proposta multicultural instituída no Canadá. O modelo brasileiro, ainda que estruturado sob o princípio da universalidade e da atenção integral, opera frequentemente com lógicas assimilacionistas e normativas que relegam os saberes indígenas a um plano de irrelevância terapêutica, reproduzindo, sob novas roupagens, formas históricas de colonialidade. A estrutura assistencialista não apenas negligencia as especificidades socioculturais dos povos indígenas, como também os submete a um padrão biomédico hegemônico, que silencia suas epistemologias e limita sua participação na formulação das políticas que lhes dizem respeito. No caso de indígenas em contexto urbano, essa lógica se agrava pela invisibilidade institucional e pela dificuldade de acesso a políticas específicas, o que configura uma dupla marginalização.

Em contraste, o modelo canadense, embora também marcado por uma história colonial de violência e exclusão, vem incorporando gradualmente princípios do multiculturalismo e da autodeterminação dos povos originários em seus arranjos institucionais. Ainda que não isento de contradições, o Canadá avança na valorização de práticas tradicionais de cuidado, no reconhecimento da diversidade cultural como eixo estruturante das políticas públicas e na construção de mecanismos participativos que colocam os indígenas como protagonistas de seus processos de cura. Esse contraste revela que, enquanto o Brasil mantém práticas tuteladoras sob o pretexto de

proteção e inclusão, o Canadá começa a reconhecer o direito à diferença como fundamento para a equidade. Tal divergência entre o assistencialismo brasileiro e o multiculturalismo canadense evidencia que o desafio contemporâneo não é apenas oferecer acesso, mas repensar os próprios modos de cuidar reconhecendo que não há saúde mental sem o respeito aos modos de vida, aos saberes ancestrais e à agência política dos povos indígenas. A superação do modelo assistencialista exige, portanto, um deslocamento epistemológico e ético que enfrente o etnocentrismo institucionalizado e pavimente caminhos para políticas verdadeiramente interculturais, com protagonismo indígena e compromisso anticolonial.

Assim, esta dissertação conclui pela urgência de uma abordagem intercultural e decolonial na formulação das políticas públicas de saúde mental, capaz de romper com o paradigma da normalização e da patologização. Essa abordagem deve valorizar os vínculos comunitários, respeitar os saberes tradicionais, incorporar mediadores culturais e garantir a presença efetiva dos indígenas na construção das soluções que lhes dizem respeito. A presença indígena nas metrópoles brasileiras exige um Estado que escute, compreenda e se responsabilize historicamente por suas omissões e violências, construindo com os povos originários caminhos de cura e justiça.

REFERÊNCIAS

- ALLAN, B.; SMYLIE, J. **First Peoples, Second Class Treatment: The Role of Racism in the Health and Well-being of Indigenous Peoples in Canada**. Toronto: Wellesley Institute, 2015.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed., revista e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BATISTA, Marianna Queiróz; ZANELLO, Valeska. **Saúde mental em contextos indígenas: escassez de pesquisas brasileiras, invisibilidade das diferenças**. Estudos de Psicologia, Natal, v. 21, n. 4, p. 403–414, out./dez. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/YVHJm8Yc8JXgdkMmGzk8ckL/?lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2025.
- BLACKSTOCK, C. **The Complaint**. *Canadian Human Rights Review*, v. 1, n. 1, 2016.
- BLACKSTOCK, Cindy. *Jordan's Principle: Canada's broken promise to First Nations children? Paediatrics & Child Health*, v. 16, n. 7, p. 393-394, 2011.
- BLACKSTOCK, Cindy. *The breath of life versus the embodiment of life: Indigenous knowledge and Western research*. *First Peoples Child & Family Review*, v. 14, n. 1, p. 19-27, 2019.
- BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. **Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Escolar Indígena**. Brasília: MEC/SECADI, 2020.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AOS POVOS INDÍGENAS: Tecendo redes para promoção do bem viver**. 1. ed. [S. l.: s. n.], 2019. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Atencao_Psicossocial_Povos_Indigenas.pdf. Acesso em: 20 set. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Relatório de Gestão SESAÍ 2019-2021**. Brasília: MS/SESAÍ, 2021.
- BRIGHENTI, Clovis Antonio Brighenti (2016). **Colonialidade do poder e a violência contra os povos indígenas**. *PerCursos*, 16(32), 103-120

CANADA. **Honouring the Truth, Reconciling for the Future: Summary of the Final Report of the Truth and Reconciliation Commission of Canada**. Ottawa: TRC, 2015.

CANADÁ. Census Profile, 2021 **Census – Ottawa, City (Census subdivision), Ontario**. Ottawa: Statistics Canada, 2021. Disponível em: <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/dp-pd/prof/index.cfm>. Acesso em: 3 jul. 2025.

CANADÁ. **Hope for Wellness Help Line**. Indigenous Services Canada, 2024. Disponível em: <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1576089519527/1576089566478>. Acesso em: 3 jul. 2025.

CANADÁ. **Jordan's Principle – Fact Sheet**. Ottawa: Government of Canada, Indigenous Services Canada, 2018. Disponível em: <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1568396042341/1568396159824>. Acesso em: 5 out. 2025.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. **Caminhos da Identidade: Ensaios sobre etnicidade e multiculturalismo**. UnB (Universidade de Brasília), 2006.

CANADÁ. **Mental Health and Wellness – First Nations and Inuit. Indigenous Services Canada**, 2022. Disponível em: <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1576089519527/1576089566478>. Acesso em: 3 jul. 2025.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. **O Índio no Mundo dos Brancos**. Vozes, 1996 [1967].

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. **Urbanização e tribalismo: a integração dos índios Terêna numa sociedade de classes**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1968.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. **O índio como objeto da antropologia**. Revista de Antropologia, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 3–14, 1976.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. **Identidade, etnicidade e estrutura social**. São Paulo: T.A. Queiroz, 1976.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. **O índio e o mundo dos brancos: uma interpretação sociológica da situação do índio no Brasil**. 3. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001.

CARNEIRO, Sueli. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser**. Tese (Doutorado em Educação). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

CASANOVA, Pablo González; **“Colonialismo interno (uma redefinição)”** Buenos Aires Lugar CLACSO, 2007.

CASANOVA Pablo González; “**La formación de conceptos en los pueblos indios**” em Velasco, Ambrosio (org.) El concepto de heurística en las ciencias y las humanidades, 2000.

CHANDLER, Michael J.; LALONDE, Christopher E. **Cultural continuance as a protective factor against suicide in First Nations youth**. Transcultural Psychiatry, v. 35, n. 2, 1998.

CITY OF OTTAWA. **Statistics and Demographics: 2021 Census Results**. Ottawa: City of Ottawa, 2022. Disponível em: <https://ottawa.ca/en/living-ottawa/statistics-and-demographics/2021-census>. Acesso em: 3 jul. 2025.

CODEPLAN, Companhia de Planejamento do Distrito Federal. **População indígena Um primeiro olhar sobre o fenômeno do índio urbano na Área Metropolitana de Brasília**, 2015. Disponível em: [https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/População-indígena-Um-primeiro-olhar-sobre-o-fenômeno-do-Índio-urbano-na-Área-Metropolitana-de-Brasília.pdf](https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/Popula%C3%A7%C3%A3o-ind%C3%ADgena-Um-primeiro-olhar-sobre-o-fen%C3%B4meno-do-%C3%ADndio-urbano-na-%C3%81rea-Metropolitana-de-Bras%C3%ADlia.pdf). Acesso em: 18 set. 2023.

CODEPLAN, Companhia de Planejamento do Distrito Federal. **Distrito Federal em Síntese - Informações**. junho de 2013. Disponível em: <http://tinyurl.com/okar2xr>. Acesso em: 18 set. 2023.

CRAPANZANO Vincent. **The Fifth World of Forster Bennett: Portrait of a Navajo**. Editora Bison, 2003.

DOURADO, Michelle W.; RAMOS, Alexandre. **Saúde mental de indígenas em contexto urbano no Brasil: desafios e perspectivas**. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 555-570, 2022.

ECO, Umberto. **Como se faz uma tese em Ciências Humanas**. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2011. (Obra original publicada em 1977).

DANTAS, Sylvia Duarte. **Diálogos Interculturais: Reflexões Interdisciplinares e Intervenções Psicossociais**. 1ª edição. São Paulo, Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, 2012.

FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas**. Salvador: EDUFBA, 2008.

FARIAS, Lucas Luis de. **Fronteiras coloniais, Psicologia da Libertação e a desobediência indígena**. Revista Psicología para América Latina, n. 33, p. 33-42, julio 2020.

FÍGOLI, Mariana. **Territórios indígenas urbanos: etnicidade e política entre os Kaingang e Guaraní em Porto Alegre/RS**. 2013. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

FIRST NATIONS HEALTH AUTHORITY. *First Nations Mental Wellness Continuum Framework*. Vancouver: FNHA, 2020. Disponível em: <https://www.fnha.ca>

FONTÃO, Maria Angélica Breda. **Desafios da assistência em saúde mental à população indígena em contexto urbano: experiências e sentidos atribuídos por usuários de um CAPS no Distrito Federal**. 2021. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília, Brasília, 2021.

FONTOURA, Luciana. **Educação escolar indígena: conquistas e desafios no acesso ao ensino médio**. Revista Brasileira de Educação, v. 26, e260034, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782021260034>

GDF – GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal: 2020-2023**. Brasília: SES-DF, 2021.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos** [*Asylums*, 1961]. Tradução de Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 2001.

GOMES, C. S.; MENDES, A. M. **Saúde mental e racismo: sofrimento psíquico de jovens negros e indígenas**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, n. 1, p. 173-182, 2020.

GOMES Romeu. **(Des)caminhos na garantia da saúde da população negra e no enfrentamento ao racismo no Brasil**. 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br>>. Acesso em: 7 dez. 2024.

GOVERNMENT OF CANADA. *Jordan's Principle Annual Report 2022-2023*. Ottawa: Indigenous Services Canada, 2023. Disponível em: <https://www.sac-isc.gc.ca>.

HERTER, **O direito à diferença e a sociedade de consumo: Uma experiência etnográfica com os Mbyá-Guarani da aldeia "Yakã Ju" de Santo Ângelo/RS**. 2019. Tese (Doutorado em Diversidade Cultural e Inclusão Social) - Universidade Feevale.

INSTITUTO HUMANITAS UNISINOS. **Povos indígenas são mais discriminados do que há dez anos. 2024**. Disponível em: <<https://www.ihu.unisinos.br>>. Acesso em: 7 dez. 2024.

IBGE. **Os indígenas no Censo Demográfico 2010**. Brasília, 2010. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf. Acesso em: 18 set. 2023.

IBGE. **Censo Demográfico 2022 Indígenas Primeiros resultados do universo**. Brasília, 2022. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102018.pdf>. Acesso em: 20 set. 2023.

KLEINMAN, Arthur. **The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition**. New York: Basic Books, 1988.

LANGDON, E. J. M.; DIEHL, E. E. **Organização social e atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas no Brasil**. Cad. Saúde Pública, v. 23, n. 7, p. 1641-1649, 2007.

LAVOIE, J. G. et al. **Looking for Aboriginal Health in Legislation and Policies, 1970 to 2008: The Policy Synthesis Project**. Canadian Journal of Public Health, v. 101, n. 1, p. 11-16, 2010.

LIU, Peter P.; KING, Malcolm; KING, Alexandra. **Achieving health equities in Indigenous Peoples in Canada: learnings adaptable for diverse populations**. Circulation, v. 146, p. 153–155, 2022. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.122.060773. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/journal/circ>. Acesso em: 30 jun. 2025.

LIU, B.; KING, M.; KING, L. **Indigenous mental health in urban Canada: Lessons from practice and policy**. Toronto: University of Toronto Press, 2022.

MAAR, M. et al. **Strategies for Culturally Safe Cancer Care: Perspectives of Aboriginal Patients in Ontario**. Journal of Health Care for the Poor and Underserved, v. 20, n. 4, p. 1170-1184, 2009.

MONGABAY BRASIL. **‘Somos invisibilizados’: Indígenas denunciam preconceito nas cidades brasileiras**. 2024. Disponível em: <<https://www.mongabay.com.br>>. Acesso em: 7 dez. 2024.

NASCIMENTO, Adir Casaro; VIEIRA, Carlos Magno Naglis. **O índio e o espaço urbano: Breves considerações sobre o contexto indígena na cidade**. São Paulo, p. 118-136, jan/junho 2015.

PACHECO DE OLIVEIRA, João. **Os indígenas na fundação da colônia: uma abordagem crítica**. In: FRAGOSO, João; GOUVÊA, Maria de Fátima (org.). **O Brasil Colonial 1443-1580**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014. p. 167-228.

PACHECO DE OLIVEIRA, João. **Os Indígenas nos Censos Demográficos**.

PACHECO DE OLIVEIRA, João. **Tradição e Modernidade**. Petrópolis: Vozes, 1999.

PACHECO DE OLIVEIRA, João. **O “índio cidadão” e a gestão estatal da identidade**. Mana: Estudos de Antropologia Social, v. 25, n. 1, p. 7-36, 2019.

PACHECO DE OLIVEIRA, João. **Regimes de indianidade: transformações políticas e identitárias dos povos indígenas no Brasil contemporâneo**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 31, n. 92, p. 1-22, 2016.

PACHECO DE OLIVEIRA, João. **Ensaio em antropologia histórica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2018.

PACHECO DE OLIVEIRA, João. **A viagem de volta: etnicidade, política e reelaboração cultural no Nordeste indígena**. 2. ed. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2016.

PEREIRA, D. M. **Preconceitos institucionais e os desafios da saúde mental indígena em áreas urbanas**. Mongabay Brasil, 2024. Disponível em: <<https://www.mongabay.com.br>>. Acesso em: 7 dez. 2024

PEREIRA, Rosane de Freitas. **"Índio não mora na cidade?" Identidade e pertencimento dos indígenas urbanos em Belo Horizonte**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 33, n. 97, 2018.

RABELLO, Lucíola Santos. Estudo comparado Brasil e Canadá. In: RABELLO, Lucíola Santos (org.). **Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. p. 107–155. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/3gk6n>. Acesso em: 24 jun. 2025.

ROMANO, Flávia Karine de Oliveira. **Identidades indígenas em contextos urbanos: o caso dos Pankararú em São Paulo**. 2010. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

SES, Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Saúde Indígena é destacada no dia que homenageia os povos originários**. Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/web/guest/w/saude-indigena-e-destacada-no-dia-que-homenageia-os-povos-originarios#:~:text=No%20DF%20n%20%C3%A0%20equipe,Sa%C3%9Ade%20Ind%C3%9Agena%20ofertado%20no%20HUB>. Acesso em: 18 set. 2023.

SES, Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Saúde Mental**. Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/diretoria-saude-mental> . Acesso em: 18 set. 2023.

SES, Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Saúde Indígena é destacada no dia que homenageia os povos originários**. Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/web/guest/w/saude-indigena-e-destacada-no-dia-que-homenageia-os-povos-originarios#:~:text=No%20DF%20n%20%C3%A0%20equipe,Sa%C3%9Ade%20Ind%C3%9Agena%20ofertado%20no%20HUB>. Acesso em: 18 set. 2023.

SES, Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). **Saúde mental no DF: serviços públicos e desafios no atendimento nas regiões periféricas**. Correio Braziliense, 2024. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br>. Acesso em: 3 dez. 2024.

SES, Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). **Plano Distrital de Saúde Mental 2020–2023**. Brasília: SES-DF, 2021. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/183291/PDSM_2020_2023.pdf/153f5dd8-c54b-3711-680c-28a0cb23dd01?t=1648938776840. Acesso em: 30 jun. 2025.

SILVA, Cristhian Teófilo da . **The astonishing resilience: ethnic and legal invisibility of indigenes from a brazilian perspective**. *Vibrant – Virtual Brazilian*

Anthropology, v. 4, n. 2, p. 121–150, 2007. Disponível em:
https://vibrant.org.br/downloads/v4n2_silva.pdf.

SILVA, Cristhian Teófilo da. *Ethnic and Legal Invisibility of Indigenes from a Brazilian Perspective*. in: *Vibrant – Virtual Brazilian Anthropology*, v. 6, n. 2, p. 411-439, 2009.

SILVA, Elizângela Cardoso de Araújo. (2018). **Povos indígenas e o direito à terra na realidade brasileira**. *Serv. Soc. Soc.*, (133), pp. 480-500.

SILVEIRA, Nise da. **Imagens do Inconsciente**. Alhambra, 1981.

SILVA, Geucilene Vieira Lopes da. **A Política de Saúde Mental no Distrito Federal: Um Balanço à Luz da Reforma Psiquiátrica e da Visão Antimanicomial**, UnB. 2021.

SIMMEL, Georg. **A metrópole e a vida mental**. In: VELHO, Otávio Guilherme (Org.). *O indivíduo e a liberdade: ensaios de Georg Simmel*. São Paulo: Perspectiva, 1986.

SOUZA, M. L.; GARNELO, L. **A saúde mental entre os indígenas do Brasil: reflexões sobre a relação entre os saberes e práticas tradicionais e a biomedicina**. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 877-893, 2007.

SOUZA, Jessé de. **A elite do atraso: da escravidão à Lava Jato**. Rio de Janeiro: Leya, 2017.

SOUZA, Liliane Cunha de. **Ser indígena na cidade: entre o silenciamento e a resistência**. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.

SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte de (2019). **Mortalidade por suicídio entre crianças indígenas no Brasil**. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Disponível em:
https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/56778/ve_Maximiliano_Souza_Fiocruz-CE_2019.pdf?sequence=3&isAllowed=y.

SWIDROVICH, M. **Decolonizing mental health services: Indigenous voices and epistemologies**. Vancouver: UBC Press, 2023.

SWIDROVICH, Jaris. **Indigenous knowledge key to address mental illness**. *Canadian Nurse*, 23 jan. 2023. Disponível em:
<https://www.canadian-nurse.com/blogs/cn-content/2023/01/23/indigenous-knowledge-address-mental-illness>. Acesso em: 30 jun. 2025.

TESTA, Mario. **Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

VALE, Paulo Roberto Lima Falcão do; LIZANO, Verónica Cristina Gamboa. **Momento normativo dos Planos Nacionais de Saúde do Brasil e do Canadá à luz de Mario Testa. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 5, p. 248–261, dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S520>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/HKjm8LQJ6J5LPkhX8YjzFVM>. Acesso em: 24 jun. 2025.

WABANO CENTRE FOR ABORIGINAL HEALTH. **Annual report and program overview 2024**. Ottawa: Wabano Centre, 2024. Disponível em: <https://wabano.com>. Acesso em: 3 jul. 2025.

WABANO CENTRE FOR ABORIGINAL HEALTH. **Mental Wellness Services**. Ottawa, 2024. Disponível em: <https://wabano.com/health-and-wellness/mental-wellness/>. Acesso em: 3 jul. 2025.

WALSH, Catherine. *Interculturalidad, Estado, Sociedad: Luchas (de) coloniales de nuestra época*. Quito: Ediciones Abya-Yala, 2009.