



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

PATRICIA ARAUJO DE OLIVEIRA

**SAÚDE MENTAL E POVOS INDÍGENAS: as políticas existentes para a
promoção do Bem-viver e suas aplicações no Distrito Leste de Roraima.**

BOA VISTA, RR
2022

PATRICIA ARAUJO DE OLIVEIRA

**SAÚDE MENTAL E POVOS INDÍGENAS: as políticas existentes para a
promoção do Bem-viver**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde na área de concentração: Modelos de Atenção e Vigilância em Saúde e Linha de Pesquisa: Diversidade Sociocultural, Cidadanias e Modelos de Atenção à Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Antonio Pellegrini

Co-Orientador: Prof. Dr. Fernando José Ciello

BOA VISTA, RR

2022

PATRICIA ARAUJO DE OLIVEIRA

SAÚDE MENTAL E POVOS INDÍGENAS: as políticas existentes para a promoção do Bem-viver e suas aplicações no Distrito Leste Roraima.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde na área de concentração: Modelos de Atenção e Vigilância em Saúde e Linha de Pesquisa: Diversidade Sociocultural, Cidadanias e Modelos de Atenção à Saúde.

Prof. Dr. Marcos Antônio Pellegrini
Orientador/PROCISA - UFRR

Prof. Dr^a. Fabiola Carvalho
PROCISA - UFRR

Prof. Dr. Calvino Camargo
PROCISA – UFRR

Prof. Dr^a. Elizene Miranda da Silva
Membro externo

Dados Internacionais de Catalogação na publicação
(CIP)Biblioteca Central da Universidade Federal de
Roraima

O48s Oliveira, Patricia Araujo de.

Saúde mental e povos indígenas : as políticas existentes para promoção do bem-viver / Patricia Araujo de Oliveira. – Boa Vista, 2022.
55 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Antonio Pellegrini.

Coorientador: Prof. Dr. Fernando José Ciello.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Roraima, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

1 – Saúde mental. 2 – Política de saúde. 3 – Indígenas de Roraima. 4 – Atenção psicossocial. I – Título. II – Pellegrini, Marcos Antonio(orientador). III – Ciello, Fernando José (coorientador).

CDU – 397:159.9

Ficha Catalográfica elaborada pela
Bibliotecária/Documentalista: Mariede Pimentel e
Couto Diogo - CRB-11-354 - AM

Dedico este trabalho aos “meus parentes” que me conferem um pertencimento étnico e me inspiram na luta por um país menos desigual.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, pelo dom da vida plena de bênçãos por meio da qual me agraciou, por se mostrar maior do que qualquer desafio e ser a força de que precisei em muitos momentos ao longo do período dedicado ao Mestrado.

Ao meu orientador, Professor Doutor Marcos Pellegrini, por suas colaborações sempre pertinentes e por deter a minha admiração.

Agradeço a todos os professores, direção e administração do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima, pela dedicação e por acreditarem no processo de transformação através da educação.

Desejo igualmente agradecer a todos os meus colegas do Mestrado em Ciências da Saúde.

A todos os amigos e familiares que de uma forma direta ou indireta, contribuíram, ou auxiliaram na elaboração do presente estudo, pela paciência, atenção e força que prestaram nos momentos mais difíceis dessa caminhada. Para não correr o risco de não enumerar algum, não vou identificar ninguém, aqueles a quem este agradecimento se dirige sabê-lo-ão, desde já os meus agradecimentos.

Por fim, agradeço a tudo e todos que: não me permitiram trilhar esse caminho sozinha...

“A lei dos brancos para ser entendida precisa ser lida, a lei dos povos indígenas para ser entendida precisa ser vivida”

Davi Kopenawa Yanomami

RESUMO

No Brasil, o direito à saúde pleiteado pelos povos indígenas dialoga com diferentes marcos regulatórios, incluindo a Declaração de Alma-Ata, que propõe e valoriza a atenção primária à saúde (APS) como promotora de maior acesso e forma de minimizar as desigualdades em saúde. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) e a Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) foram criados como estratégia para garantir o acesso à saúde como política efetiva de direitos voltada aos povos indígenas. A PNASPI prevê atenção diferenciada a essas populações com base na diversidade sociocultural e nas particularidades epidemiológicas e logísticas das comunidades e TI's, focando no desenvolvimento da APS com garantia de integralidade da assistência. O objeto de estudo deste trabalho, alicerçou-se no entendimento de que as condições de saúde dos povos indígenas permanecem pouco conhecida e que os estudos que documentam esse quadro ainda são escassos. Reconhecer a magnitude do impacto dos agravos de saúde mental sobre as populações indígenas é de suma importância para a compreensão e o processo de construção de ações pautadas na atenção diferenciada para as populações indígenas. Para obter subsídios para essa reflexão produzi um mapeamento sobre diferentes percursos, compreendendo algumas instâncias que discutem e se relacionam à saúde indígena. A dissertação aqui apresentada encontra-se estruturada e subdivide em três tópicos: a primeira onde abordo sobre as conferências de saúde indígena e as políticas de saúde existentes, no segundo tópico abordo sobre a minha experiência e a minha trajetória como conselheira de saúde e no terceiro e último tópico busco retratar as políticas voltada para a atenção psicossocial para os povos indígenas.

Palavras-chave: Saúde Mental; Política de saúde; indígenas de Roraima; Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

In Brazil, the right to health claimed by indigenous peoples dialogues with different regulatory frameworks, including the Alma-Ata Declaration, which proposes and values primary health care (PHC) as a promoter of greater access and a way to minimize inequalities in health. Within the scope of the Unified Health System (SUS), the indigenous health care subsystem (SASI) and the Health Care Policy for Indigenous Peoples (PNASPI) were created as a strategy to guarantee access to health for indigenous peoples. PNASPI provides differentiated attention to indigenous populations based on sociocultural diversity and the epidemiological and logistical particularities of these peoples, focusing on the development of PHC with guarantee of comprehensive care. The object of study of this work was based on the understanding that the health conditions of indigenous peoples remain little known and that studies that document this situation are still scarce. Recognizing the magnitude of the impact of mental health problems on indigenous populations is of paramount importance for understanding and the process of building actions based on differentiated care for indigenous populations. To obtain subsidies for this reflection, I produced a mapping of different paths, including some instances that discuss and relate to indigenous health. The dissertation presented here is structured and subdivided into three topics: the first where I address the indigenous health conferences and existing health policies, in the second topic I address my experience and my trajectory as a health counselor and in the third and last topic, I seek to portray the policies aimed at psychosocial care for indigenous peoples.

Keywords: Mental Health; Health policy; Indigenous people of Roraima; Psychosocial Care.

LISTA DE ABREVIATURAS

AIS	Agente Indígena de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CF	Constituição Federal
CID	Classificação Internacional de Doenças
CISI	Comissão Intersetorial de Saúde Indígena
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONDISI	Conselho distrital de Saúde Indígena
COLOSI	Conselho local de Saúde Indígena
COSAI	Coordenação de Saúde Indígena
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSPI	Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas
DIASI	Divisão de Atenção à Saúde Indígena
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
EMSI	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
EVS	Equipe Volante de Saúde
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NISI	Núcleo Interinstitucional de Saúde Indígena
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PDSI	Plano Distrital de Saúde Indígena
PAISMPI	Política de Atenção Integral à Saúde Mental dos Povos Indígenas
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PNS	Política Nacional de Saúde
PTS	Projetos Terapêuticos Singulares
RAPS	Redes de Apoio Psicossocial
SASI	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SPI	Serviço de Proteção ao Índio
SUSA	Serviços de Unidades Sanitárias Aéreas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Organização dos Polos Base no Estado de Roraima.....	38
Figura 2 Organização dos serviços de saúde.....	39
Figura 3 Organograma DSEI-LRR	16
Figura 4 Núcleos de atenção primária à saúde na DIASI	16

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	METODOLOGIA	15
3	SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS	16
4	SOBRE AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE INDÍGENA	17
4.1	SOBRE AS CONFERÊNCIAS LOCAIS DE SAÚDE INDÍGENA – DSEI-LESTE/RR	20
4.2	SOBRE AS REUNIÕES DO CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA	20
4.3	SOBRE O PLANO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA	20
4.4	SOBRE A CARTILHA DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AOS POVOS INDÍGENAS	11
5	ANÁLISE	22
	CAPÍTULO 1 - AS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE INDÍGENA: A LUTA INDÍGENA PELO DIREITO À SAÚDE	24
	CAPÍTULO 2 - “O MEU EU NARRATIVO”	31
	CAPÍTULO 3 - A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E A INTERFACE COM A SAÚDE MENTAL INDÍGENA	41
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
	REFERÊNCIAS	50

1. INTRODUÇÃO

Esta dissertação corresponde ao produto do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Roraima, que teve o objetivo de descrever as políticas existentes para os povos indígenas referente a atenção psicossocial.

O problema do estudo consiste em compreender como está se como estão sendo construídas as ações de saúde mental no atendimento aos povos indígenas do DSEI Leste? Por tanto, objeto de estudo deste trabalho, alicerçou-se no entendimento de que as condições de saúde dos povos indígenas permanecem pouco conhecida e que os estudos que documentam esse quadro ainda são escassos. Reconhecer a magnitude do impacto dos agravos de saúde mental sobre as populações indígenas é de suma importância para a compreensão e o processo de construção de ações pautadas na atenção diferenciada para às populações indígenas e as avaliações das ações de políticas públicas existentes.

Para obter subsídios para essa reflexão produzi um mapeamento sobre diferentes percursos, compreendendo algumas instâncias que discutem e se relacionam à saúde indígena.

A dissertação aqui apresentada encontra-se estruturada e subdividida em três tópicos: a primeira onde abordo sobre as conferências de saúde indígena e as políticas de saúde existentes, no segundo tópico abordo sobre a minha experiência e a minha trajetória como conselheira de saúde e no terceiro e último tópico busco retratar as políticas voltada para a atenção psicossocial para os povos indígenas.

De acordo com os resultados do Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), provenientes do quesito cor ou raça, 817,9 mil pessoas se declararam indígenas, representando 0,4% da população total do Brasil. A Região Norte, possui 342 mil indígenas. É explícita a dimensão dos grupos de indígenas que habitam na região norte, revelando 48,7% de indígenas em relação ao total de indígenas residentes em todo Território Nacional (IBGE, 2010).

Baines (2015) ressalta que esta população pode ser ainda maior uma vez que a obtenção de informações sobre a identidade indígena é complexa: dependendo do contexto, membros de uma dada etnia podem ter receio de manifestar sua identidade, seja por preconceito e discriminação, ou mesmo negar o pertencimento étnico possivelmente devido às experiências vividas anteriormente e pelo fato de que no estado de Roraima ainda ser muito forte o preconceito e a discriminação com as pessoas indígenas.

No Brasil, o direito à saúde pleiteado pelos povos indígenas dialoga com diferentes marcos regulatórios, incluindo a Declaração de Alma-Ata, a qual propõe e valoriza a atenção primária à saúde (APS) como promotora de maior acesso e forma de minimizar as desigualdades em saúde.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o subsistema de atenção à saúde indígena (SASI) e a Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) foram criados como estratégia para garantir o acesso à saúde desses povos. No qual a PNASPI prevê uma atenção diferenciada às populações indígenas com base na diversidade sociocultural e nas particularidades epidemiológicas e logísticas desses povos, focando no desenvolvimento da APS com garantia de integralidade da assistência (MENDES et, al., 2018).

Diante de um forte movimento das organizações indígenas, criou-se a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) vinculada ao Ministério da Saúde (MS) foi aprovada pelos Decretos Nº 7.335 e Nº 7.336, de 19/10/2010. Vale ressaltar que o SUS não dispunha da mão de obra suficiente e necessária com os preparos adequados para atender as especificidades destas populações. Por estes motivos cria-se a SESAI, que é a área do Ministério da Saúde, responsável para coordenar e executar a gestão da política de atenção à saúde dos povos indígenas, em âmbito nacional, no qual a sua missão é a implementação de um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), articulando com o Sistema Único de Saúde (SUS), baseado no cuidado integral, valorizando e respeitando as especificidades das práticas de saúde e das medicinas tradicionais, com participação e controle social (BRASIL, 2010; DIEHL; PELLEGRINI, 2014).

[...] apoiar e respeitar a capacidade das diversas etnias e das comunidades indígenas, com seus valores, economias, tecnologias, modos de organização, de expressão e de produção de conhecimento,

para identificar problemas, mobilizar recursos e criar alternativas para a construção de soluções para os problemas da comunidade. (BRASIL/MS,2007, portaria 2759).

Nesta lógica da assistência de uma saúde diferenciada, cria-se como dispositivos, o Distrito Sanitário Especial Indígena, onde se tem a construção do plano de atuação e assistência, no qual são realizados encontros locais e regionais para a formulação de estratégias e planos de execução anuais chamados de Plano Distrital de Saúde Indígena-PDSI.

Trabalhar com as populações indígenas guarda alguma semelhança com o trabalho junto a outros grupos sociais vulneráveis. No entanto, a complexidade dessa relação intercultural é ainda maior porque se trata de outra cosmologia, outro universo cultural, diferentemente de outros grupos sociais vulneráveis que, apesar de traços culturais também singulares, esses pertencem à nossa mesma cultura branca ocidental cristã (CRPSP, 2010, p. 326).

Observar os efeitos na saúde mental e os sofrimentos decorrentes de processos psicossociais na população geral é uma tarefa complexa, tratando-se de populações indígenas, torna-se desafiadora, pois a abordagem sobre tais povos evidencia as tensões que emergem de diálogos interculturais, que estão fortemente sobrepostas na relação eu - outro (SIMÃO, 2010).

Após a reforma psiquiátrica, houve a criação de um novo modelo assistencial ganhando forças no ano 1980, modelo este que só se tornou possível depois de várias denúncias feitas por servidores que relataram a precariedade e a falta de assistência aos internos dos centros de recuperação. Ou seja, os alucinógenos que era utilizado, nos atos religioso e utilizado em ritos culturais de alguns povos, passou-se a ser um processo de saúde e justiça, evidenciando a dependência de drogas como uma patologia de origem biológica (LARENTIS; MAGGI, 2012; ALVES, 2009).

Diante de todo estes cenários apresentado, houve então a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080), através de uma intensa mobilização e articulação das forças políticas em favor da Reforma Sanitária, em seguida a aprovação da lei a 8.142, no qual tomava obrigatório a realização das conferencias de saúde, é o início de um modelo de escuta da população, em 29/01/92, foi apresentada e aprovada a Portaria Nº 224, definindo todas as atribuições dos serviços de hospitalização aos serviços dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o que os tornaria a principal referência para o tratamento de alcoolistas e saúde mental.

As estratégias dos serviços estão todos embasados no paradigma da redução de danos à saúde dos usuários do sistema, ofertando-lhes a autonomia e o direito de cidadania, reintegrando-os a vida social e a convivência familiar (BRASIL, 2004).

Neste enfoque, começa-se a pensar em uma política voltada para a população indígena em articulação com o CAPS onde o núcleo seria o de promover o acompanhamento social, e o desenvolvimento em suas comunidades, gerando desta forma a publicação da Portaria nº 2759/GM/MS, (2007) o que possibilitou a criação da *Política de Atenção Integral à Saúde Mental dos Povos Indígenas* que viesse a atender essas especificidades como também suas peculiaridades (BRASIL, 2007).

Vale ressaltar que as ações provenientes nos DSEI's, relacionados a saúde mental são realizadas por psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, médicos e, com a participação dos agentes indígenas de saúde.

A dificuldade do acesso a alguns conteúdos sobre a temática não se atribui unicamente à dimensão de um vínculo ainda incipiente e em construção, mas, sobretudo, ao fato de que muitos elementos como, as tradições, os ritos e o autocuidado, ainda se mantem reservados da cultura, demonstrando sobretudo, uma forma de resistência contra as violências sofridas sistematicamente ao longo dos períodos colonial e pós-colonial (SOUZA, 2018).

O percurso até aqui trilhado possibilitou alguns caminhos para o desenvolvimento deste estudo, que toma como base a análise sobre as tensões presentes nas distintas perspectivas sobre a saúde indígena, a partir da vivência e visa contribuir para o debate em questão.

Esperamos que os resultados aqui apresentados contribuam para uma melhor compreensão das especificidades e necessidades dessa população, bem como, ofereça subsídios para a melhoria das ações de assistência e estratégias de enfrentamento, além de gerar subsídios para auxiliar na estruturação dos serviços de saúde na atenção primária, bem como sensibilizar gestores, profissionais e atores envolvidos da gestão da saúde indígena em Roraima.

2. METODOLOGIA

A proposta metodológica definida para a pesquisa é de natureza qualitativa, com vistas a compreender o contexto e a dinâmica do tema numa perspectiva mais integrada (teoria e realidade prática). Segundo Neves (1991, p.1), a pesquisa qualitativa é,

[...] um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam descrever e a decodificar os componentes de um sistema complexo de significados. Tendo por objetivo traduzir e expressar o sentido dos fenômenos do mundo social [...].

Considerando a complexidade que é a pesquisa sobre a saúde mental e mais ainda quando se volta a saúde mental e povos indígenas, optou-se por adotar o estudo de caso para discutir as políticas de saúde mental cuja finalidade seja a promoção do bem viver dos povos indígenas e aplicação destas no DSEI Leste. Para alcançar os objetivos foram adotadas as técnicas de levantamento de dados, análise de documentos, observação participante e narrativas biográficas e autobiográficas como técnica de coleta de informações. Partindo da concepção de um “sujeito-narrativo”, que venha falar no lugar do particular com sua experiência e interpretação subjetiva, com o lugar do coletivo (Representante institucional).

a – Levantamento de dados – foram realizadas através de atas de reunião do Conselho Distrital de Saúde Indígena, CONDISI. Identificação da legislação pertinente ao tema como a Lei Arouca (Lei 9.836 de 23 de setembro de 1999), a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002), relatório da Conferência Nacional de Saúde Indígena e a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas (Portaria nº 2.759 de 25 de outubro de 2007), organograma do DSEI Leste, que é possível acessar no próprio DSEI por se tratar de documento público, assim como o censo populacional.

b – Análise dos documentos, no segundo momento foi realizada a análise dos documentos e informações levantadas, esta análise teve como suporte fundamental o estudo de artigos e outras publicações sobre o tema, os

conhecimentos prévios sobre a dinâmica do DSEI e do CONDISI enquanto membro do CONDISI durante dois anos.

c – Observação participante: a observação nas reuniões do CONDISI foi essencial para ouvir as falas das lideranças, membros do conselho e representantes sociais, institucional e de trabalhadores da saúde, seus anseios e preocupações relacionadas ao tema saúde mental e povos indígenas, trazendo o bem viver como pauta. A foi através dessas participações que para o desenvolvimento deste trabalho que optei por utilizar o “eu narrativo”, como meio de apresentar as observações sobre o fenômeno estudado, e trazer a tona perspectivas das pessoas envolvidas no contexto de discussão e deliberação sobre a saúde indígena no DSEI Leste.

3. SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Enquanto “Políticas Públicas” foram consideradas todo histórico de luta indígena desde o ano de 1986, quando ocorreu a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio e as principais normativas em saúde voltada aos povos indígenas. Foi realizado um levantamento de artigos que tratam sobre a temática da saúde indígena, a fim de agregar informações e fazer um recorte com foco nos principais documentos da legislação desde a Constituição Federal de 1988.

Assim, os documentos de maior notoriedade que engendram à normativa em saúde indígena são os três documentos elencados a seguir. Essas leis são referências para o processo de saúde indígena, as quais abarcam sua situação psicossocial e constituem os dados de análise.

a) a Lei Arouca (Lei 9.836 de 23 de setembro de 1999), que consolidou o DSEI e o implantou como um subsistema de atenção diferenciada do Sistema Único de Saúde;

b) a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002), que objetivou garantir a atenção integral à saúde dos povos indígenas de acordo com os princípios e diretrizes do

SUS, sobretudo visando à garantia do respeito aos modos próprios com que cada povo concebe a relação no processo saúde-doença;

c) Conferências Nacional de Saúde Indígena-(CNSI) foram fundamentais para as discussões das elaborações de políticas sanitárias dos povos originários, tendo como defesa a universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

d) a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas (Portaria nº 2.759 de 25 de outubro de 2007), que estabeleceu diretrizes gerais para o cuidado em Saúde Mental Indígena, privilegiando os saberes tradicionais das comunidades e apostando no modelo psicossocial de assistência em saúde.

4. SOBRE AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE INDÍGENA

As conferências são espaços de discussões e proposições de políticas com base nas realidades apresentadas pelos seguimentos – usuários, trabalhadores e instituição – da saúde, e que permite que os sujeitos envolvidos na execução das políticas possam avaliar, propor ajustes e pontuar necessidade e apontar possíveis direcionamentos. Considerando a importância das conferências, apresento aquelas que trouxeram em sua pauta a saúde mental:

- a) A 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (CNPSI) em 1986 propôs a “participação das nações indígenas” como protagonistas da saúde de seu povo, tornando-se possível através do desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde e o forte movimento da Reforma Sanitária na época.
- b) A II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, ocorreu em 1993, seis anos após a primeira, como necessidade de discutir sobre um modelo da atenção à saúde de forma diferenciada com a recomendação inclusive do Controle Social e as redes de estruturação através dos Conselhos Distritais de saúde Indígena, onde proporciona o fortalecimento da voz dos povos indígenas dentro de um espaço até então desconhecido por essas populações, definindo políticas fundamentais como as diretrizes de Política Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, esses debates giravam em torno de reflexões e pontos que resultariam posteriormente na aprovação da Lei

Arouca (9.836/99), onde se instituiu o Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS), juntamente com a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). A partir daí, a concepção e o modelo de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) passou a ser reivindicação permanente na pauta do movimento indígena organizado, junto aos profissionais de saúde das áreas indígenas.

- c) A III Conferência foi em 2001, oito anos depois da segunda, Teve como tema “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde Indígena, com controle social”. Foi convocada pela Resolução nº 305 e teve como finalidade analisar os obstáculos e os avanços do Sistema Único de Saúde na implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e propor diretrizes para a sua efetivação (BRASIL, 2015).

Em uma das propostas de forma ampla e tímida, sem observa as múltiplas facetas dos povos indígenas, foi o eixo de Estratégia de Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis Adquirida – AIDS e o Alcoolismo: Direitos Humano e Ética nas Intervenções, a proposta era de Promover a articulação com os Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial (NAPS e CAPS) como contra referência nos casos de maior gravidade em relação ao alcoolismo /saúde mental, visando as garantias e estratégia ao acessos dos povos indígenas à saúde no âmbito do SUS, gerando desta forma a padronização dos modelos e acompanhamento das avaliação dos programas de saúde, a exemplo disso, a realização de seminário multidisciplinar em cada Distrito, abordando com tema o uso de drogas, tabaco e bebidas alcoólicas, a Formação de grupos de apoiadores com embasamentos na tradição de grupos étnicos junto aos indígenas já infectados pelo HIV e dependentes do uso de álcool, visando o resgate da auto-estima, de forma que estes possam colaborar como atores na prevenção de tais doenças (BRASIL,2015).

Vale destacar que o resultando da construção de uma saúde indígena foi em 31 de janeiro no ano de 2002 com da portaria Nº 254, a então criação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas-PNASPI, considerado pelas lideranças indígenas como mais um avanço positivo da saúde dos povos indígenas.

- d) A IV CNSI foi em 2006, cinco anos após teve como tema central o “Distrito Sanitário Especial Indígena: território de produção de saúde, proteção da vida e valorização das tradições” e teve cinco eixos temáticos: I. Direito à Saúde; II. Controle Social e Gestão Participativa; III. Desafios Indígenas Atuais; IV. Trabalhadores indígenas e não indígenas em saúde; V. Segurança Alimentar, Nutricional e Desenvolvimento Sustentáveis. Essas discussões passaram por um processo de debate em todas as etapas regionais do – “Distrito Sanitário Especial Indígena-DSEI, com respeito às ações de integração da medicina tradicional e a efetividade do controle social.
- e) V CNSI, vem abordando temas de suma importância para as populações indígenas, onde agrega a PNASPI e reflexões sobre a Saúde Mental dos Povos Indígenas, à luz do tema “Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e SUS: Direito, Acesso, Diversidade e Atenção Diferenciada”, homens e mulheres dos diferentes segmentos do controle social da/ saúde indígena dedicaram-se a dialogar no entorno dos Avanços e Desafios para: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade; Recursos Humanos; Financiamento; Gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; Controle Social e a Gestão Participativa no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; Etnodesenvolvimento e a Segurança Alimentar e Nutricional para os Povos Indígena e Saneamento e Edificações de Saúde.
- f) A VI CNSI está prevista a acontecer no ano de 2022, com a abordagem sobre o tema sobre de Atenção Diferenciada, Vida e Saúde nas Comunidades Indígenas. O eixo VI- dos Determinantes Sociais, está dentro da a Proposta de número 07 e 08, a criação de uma política com redução de danos para o Uso abusivo de bebidas alcoólicas e outras drogas lícitas e ilícitas entre usuários indígenas como também a implantação de um centro terapêutico diferenciado, articulando entre Funai e órgãos de Segurança Pública no combate de inibir a entrada desses produtos nas comunidades indígenas do estado de Roraima, Proposta essa que foi implementada através das conferências Locais de das regiões.

4.1 CONFERÊNCIAS LOCAIS DE SAÚDE INDÍGENA – DSEI LESTE/RR

As conferências de saúde indígena são realizadas por etapas locais das regiões Tabão, Wai-Wai, Serra da Lua, Serras, Baixo Cotingo, Ingarikó, Surumu, São Marcos, Amajari, Raposa e Murupu. São nesses espaços que os povos indígenas se articulam para garantir a proposição e definições de políticas de saúde de forma democrática, participativa e peculiar, (BRASIL,2015). Tornando-se essencial para a construção dos Planos Distrital de Saúde Indígena-PDSI.

4.2 SOBRE AS REUNIÕES DO CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA

Para a construção do plano de atuação e assistência dos DSEI's, são realizados encontros locais e regionais para a formulação de estratégias e planos de execução anuais. Os Conselhos Locais de Saúde Indígena encaminham suas proposições por meio de seus representantes no CONDISI, que é a instância de controle social dos DSEI's, são permanentes, deliberativos e de composição paritária entre usuários (50%), trabalhadores da saúde (25%) e prestadores de serviço (25%). Os presidentes dos CONDISI se reúnem no Fórum dos Presidentes do CONDISI, que tem caráter consultivo junto à Secretaria Especial de Saúde Indígena. (SESAI/MS, 2002).

4.3 SOBRE O PLANO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA

O Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI), se dá desde a organização, elaboração e todo o planejamento por quatro anos das ações de saúde e as metas dessas ações devem ser executadas no âmbito de cada distrito, tendo como ponto de partida, a análise situacional de saúde e saneamento das comunidades.

O Plano Distrital é construído com a participação dos indígenas, amparados legalmente pela lei 9836/99, que tem com o objetivo as formulações, acompanhamentos e avaliações dos serviços de saúde em seus territórios por meio dos Conselhos Locais de Saúde Indígena (COLOSI), que são permanentes e consultivos e compostos somente por indígenas.

5. SOBRE A CARTILHA DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AOS POVOS INDÍGENAS;

Para qualificar as ações de saúde mental, com foco na promoção do bem-viver, em novembro de 2019, a SESAI publicou o material informativo “Atenção psicossocial aos povos indígenas: Tecendo redes para promoção do bem-viver”, que é um conjunto de cartilhas que visa orientar as Equipes Multidisciplinar de Saúde Indígena no desenvolvimento dessas ações, além de colaborar para a promoção da saúde mental e do bem-viver de indígenas e trabalhadores da saúde.

Esses materiais foram produzidos participativamente junto a indígenas e trabalhadores da saúde. As EMSI seriam responsáveis pelo desenvolvimento de ações de promoção da saúde mental e bem-viver; do acolhimento e ao suporte psicossocial a pessoas em sofrimento mental, por meio de atendimentos individuais e familiares, rodas de conversa, grupos terapêuticos temáticos e atividades participativas de educação em saúde, reconhecendo as medicinas tradicionais indígenas, dialogando com pajés, rezadores, raizeiros e outros cuidadores tradicionais, por meio dos DSEI's.

A cartilha é um documento público que pode ser acessado virtualmente: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/AtencaoPsicossocialPovosIndigena.s.pdf>

No entanto, foge completamente da realidade dos distritos, uma vez que o próprio MS, reconhece na cartilha a falta de profissionais qualificados para atuarem com esses povos, sendo que a rotatividade dos profissionais nos distritos tem potencializado para a fragilidade das ações dos serviços que poderiam ser ofertados exemplo o vínculo de proximidade das equipes com as populações envolvidas nas ações dos serviços ofertado pelo distrito gerando desta forma relação de confiança, no entanto é quebrada quando um funcionário é desligado da instituição.

As estratégias de construção de sentido identificadas, em virtude da sua natureza linguística, ideológica e política, assim como em virtude da intencionalidade e sistematicidade que as permeiam, constituem em si mesmas políticas linguísticas, em estreita ligação com políticas de identidade para o desenvolvimento e o andamento dessas ações de

promoção e prevenção nas comunidades indígenas" GUEROLA, (2018).

6. ANÁLISE

Apresentados os materiais que reúnem os dados de análise para este estudo, proponho agora discutir sobre o método empregado para os fins de análise destes materiais. Para melhor visualização e facilitação de análise dos materiais, no primeiro momento de análise realizei uma viagem na linha do tempo na trajetória de luta e de percepção dos autores envolvidos nesse processo, a fim de buscar o reconhecimento, ocupar os espaços políticos e a inserção social.

A participação nas reuniões do CONDISI foram elementos essenciais, pois é hábito das lideranças indígenas rememorar as histórias de lutas e conquistas para a saúde indígena. Através das manifestações dos representantes nas reuniões demonstrou-se avanços, os atuais desafios e temas que ainda demandam pautas específicas.

Nesse sentido, reflito também sobre meu *lugar de fala*, pois envolvem escolhas e direcionamentos de olhares meus contidos nessa pesquisa, da escolha até a análise deste material, além de expor o "*meu eu narrativo*".

Ao analisar os conteúdos presentes nas políticas existentes, percebo que apesar da amplitude dos temas, também há, evidentemente suas limitações na forma de análise. Pois ao discutir meu olhar enquanto pesquisadora, vivencio alguns afetos, direcionando os pontos de destaque, pois ao fazer os recortes, olho para algumas dimensões em detrimento de outras. Simplificando, a análise dependerá sempre de um ponto de vista, que além de ser momentâneo, pode ganhar novos sentidos, na medida em que se insere uma nova ótica, com isso novos elementos são agregados, descartados ou ressignificados.

Analisar as falas feitas reuniões, numa linha em que se lança a demanda apresentada nas reuniões, com a legislação e as políticas existentes, como o Plano Nacional de Saúde Indígena e a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas, identifica-se que as políticas de fato tem sido propostas e estão sendo aprovadas nas devidas instancias de formulação de políticas públicas, entretanto, ao aplicar a prática cotidiana do DSEI Leste, ao

começar pela análise do organograma e ao conhecer como se estrutura a referida instituição, observa-se que a saúde mental não é definida como prioridade nas ações, pois o enfoque maior nas atividades/ações desenvolvidas estão voltadas ao atendimento pelas Equipes Multidisciplinares da Saúde Indígena – EMSI, que visam ações odontológicas, atendimentos de clínico geral, enfermagem, todos com o objetivo de atender as metas mensais.

A estrutura organizacional, além de ser observada na prática durante as reuniões, foi analisada a partir da Nota Técnica nº 17, de 2018 – DIASI/CGPSI/DIASI/SESAI/MS, que é o documento orientador da organização dos processos de trabalho da atenção primária à saúde nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, e foi identificado que faz parte de sua estrutura, no âmbito da promoção da saúde (núcleo 4), a saúde mental. No referido documento o profissional psicólogo compõe a equipe do Núcleo Ampliado de Saúde Indígena – NASI, que trata-se de uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar composta por diferentes categorias de profissionais da saúde que não compõe as EMSI.

O NASI teria na prática que ser formado por profissionais que pudessem complementar o atendimento feito pelas EMSI, mas de forma mais especializada, e por conta dessa especificidade as contratações dos profissionais estão condicionadas a realidade do território, ou seja, há flexibilidade para organização e gestão, podendo o NASI desenvolver importantes ações que estão além das competências das EMSI's.

Mas qual é a importância de discutir a estrutura organizacional? É através da estrutura que se observa o que a política interna do DSEI apresenta como ações prioritárias. E sabendo que a saúde mental é cada vez mais necessária como ação prioritária em decorrência das pressões as quais os povos indígenas são submetidos, especialmente pela grande aproximação com a sociedade vigente, seja pela apropriação de instrumentos e necessárias adaptações para a sobrevivência, e principalmente pelos impactos sobre o cotidiano indígena decorrentes desse processo histórico de contatos e contradições.

CAPÍTULO 1 – PERCUSSO PESSOAL “MINHA BASE DE VIDA”

Me chamo Patrícia Araújo de Oliveira da etnia Macuxi, nascida na cidade de Boa Vista-RR, venho de um povo guerreiro, dominante e festeiro, aprendemos desde cedo que a dor é aliada e os desafios são etapas para se alcançar objetivos, nossos ancestrais nos repassaram isso de maneira bem clara e objetiva, através do nosso cotidiano cultural como também nas reuniões comunitárias que acontecem uma vez por mês dentro das comunidades, com espaço de interação e tomadas de decisões em coletivo, onde são expostos os pontos de erros e acertos da comunidade, temos os informes dos representantes comunitários da educação, da saúde, da agricultura como os dos produtores, do Capataz da comunidade, apresentando seus trabalhos e serviços conforme o calendário, e, também da economia através do tuxaua, temos regras bem delineada, onde também sofrem violações e sanções como em toda sociedade.

A minha infância foi na comunidade do Napoleão até os 05 anos de idade, onde tenho boas e vagas lembranças do cheiro de café misturado a fumaça do fogo do fogão de lenha pela manhã, era um indicador de que já devíamos despertar e ir pro igarapé de água fria quase congelante, não entendia o motivo daquele ritual, só sabia que tinha que cumprir, outra metade restante morei na capital até aos 12 anos retornando pra comunidade de campo alegre região Baixo São Marcos, onde meus avós moravam na época e aos 15 anos minha mãe decide me levar pra morar na comunidade da Raposa I, região Raposa Serra do Sol, logo que as comunidades Raposa I e da Raposa II, foram divididas, essa divisão se deu por questões políticas internas, religiosas e dentre elas as acusações de que ambos eram Canaimé, neste cenário de diversidade cultural em que convivi durante a minha trajetória de vida, presenciei e sentir na pele a falta de políticas públicas voltadas ao meu povo quando presenciei o enterro da vó de meu pai, kogó Damiana. Desde então aflorava em mim vários questionamentos, sobre saúde dos povos indígenas e as inquietações dos modelos de atendimento do meu povo.

Minha residência de morada é na comunidade indígena da Ilha, e a de passagem no momento está sendo na cidade devido aos meus estudos e

trabalhos. A comunidade Ilha foi fundada por meus avós no ano de 1990, desmembrada da comunidade Campo alegre, essa divisão se deu por conta das indiferenças políticas internas e questões religiosas, meus avós *in memorian*, são da etnia macuxi e não aceitavam ser contrariados, em suas atitudes, por estes e outros motivos decidiram fundar a sua própria comunidade com suas regras, algumas vigentes até o dia de hoje.

Por ser uma comunidade nova com poucos moradores éramos privado a atendimento de saúde na comunidade, tínhamos que se deslocar até a comunidade vizinha de onde pairava um ar de conflito, foi então que o tuxaua da época Alvinio Morais Filho primogênito de Tarcila e André Morais, foi nomeado tuxaua pelos mesmos, buscou regularizar a situação da comunidade e dos atendimentos, quando em 1991 ocorre a homologação da demarcação da terra de São Marcos, um período que o estado de Roraima, enfrentava um período de conflitos relacionado a disputa e demarcação das terras o que contribuiu parao reconhecimento da comunidade, como contra partida o apoio de um líder indígena jovem, era o que o movimento precisava, com as alianças firmadas os atendimentos de saúde acontecendo de forma esporádica, começam a pensar um espaço para que esses atendimentos acontecessem, foi então de forma proposital que é construída pelos moradores a Unidade de Atendimento na comunidade da Ilha.

1. CARA A CARA COM A SAÚDE

Ao ingressar no curso de Gestão em Saúde Coletiva Indígena em 2015, meu único objetivo era o de mudar o cenário dos modelos hegemônicos de saúde nas comunidades indígena, na certeza de os desafios e a resiliência sempre fizeram e fazem parte da minha vida, foi então que comecei a entender o sentido dos banhos gelados na madrugada, o choro calado entalado na garganta, quando tive que por várias vezes deixar a minha comunidade em busca de novos horizontes impostos pelos meus pais e avós.

A trajetória iniciada em 2015 passou por muitos viés, eu mulher do povo macuxi, mãe, esposa, batalhadora, início minha vida acadêmica em uma

Universidade Pública, em um curso Bacharel Gestão em Saúde Coletiva Indígena, curso esse que foi construído a partir das demandas de várias e várias reuniões de lideranças indígenas que almejavam que os jovens indígenas ingressassem no ensino superior e obtivemos sucesso, este curso foi implantado no ano de 2013, fui da terceira turma desse curso que é referência em ensino superior voltada aos povos indígenas.

Em 2016 iniciei minhas atividades na academia, com um programa que é o carro chefe do Instituto Insikiran de Formação Superior Indígena, a Semana dos Povos Indígenas, nesse ano em especial pude conhecer a importância de ocupar meu lugar numa Universidade, compartilho meus conhecimentos e desmistificar o viver indígena, o indígena pode e deve estar onde quiser. Os primeiros seminários, a nossa aula magna com Davi Koppenawa, que trouxe consigo os ritos xamânicos para o CAF, o seu livro A QUEDA DO CÉU. Que experiência única assim como as que vieram no decorrer desses anos de aprendizados.

Iniciando a minha contribuição no cuidado do meu povo que a considero de extrema relevância, uma vez que não estamos satisfeitos com o tratamento e com a forma que os serviços são executados dentro das comunidades indígenas, a falta de cumprimento de políticas públicas e programas voltados à população que vive em situação de vulnerabilidade, ainda é muito e isso tem sido um dos motivos que me levaram a este curso, não posso deixar de admitir que a nossa saúde indígena tem avançado muito, nos programas e campanhas de saúde, e que tem deixado a desejar devido às burocracias e à falta de investimento, e uma das maiores deficiências da saúde indígena são os profissionais automáticos que precisam ser transformados em humanos, talvez por falta de conhecimento das culturas, acredito que como gestora e conhecedora das especificidades do meu povo, posso contribuir com essa humanização e ser a articuladora, tanto das instituições e nas equipes e conveniadas.

Em 2017, tomada pela coragem juntamente com minhas parceiras de lutas, formalizamos o regimento do nosso Centro Acadêmico CAGESAI, foi através dele que garantimos espaços dentro do Campus Paricarana, como no Conselho de Ensino Pesquisa e Extensão- CEPE e no Conselho Universitário – CUNI, nas cadeiras representativas no Colegiado Acadêmico do meu curso e no

Conselho do Insikiran, e levamos ao debate as dificuldades dos discentes indígenas, um dos marcos importantes na minha trajetória foi representar minha classe de Gestores em Saúde Coletiva Indígena, no Conselho Distrital de Saúde Indígena.

Em 2018, foi de suma importância enquanto discente representar os Povos Indígenas no 13º Congresso Internacional da Rede Unida. O tema do encontro será: “Faz escuro, mas cantamos: redes em re-existência no encontro das águas”. E foi lá que construímos pontes para que o profissional Gestor em Saúde Coletiva Indígena tivesse espaço garantido na Conferência Nacional de Saúde.

O Plano Distrital de Saúde indígena (PDSI) é o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde dos povos indígenas que, a partir de uma análise situacional feita pelas lideranças, reflete as necessidades de saúde desses povos que apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em diretrizes, objetivos e metas.

Configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação e o exercício da gestão do sistema de saúde. É elaborado com base nas diretrizes da Conferência Nacional de Saúde e da Conferência Distrital e local.

Com o objetivo de operacionalizar as intenções expressas no PDSI, a Programação Anual de Saúde (PAS) que tem por objetivo anualizar as metas do PDSI e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados. A PAS está interligada com o Plano Distrital de Saúde, o Relatório Detalhado Quadrimestral e o Relatório Anual de Gestão, constituindo uma ferramenta que deve possibilitar a qualificação das práticas gerenciais do SUS e a resolubilidade da sua gestão.

Possibilita ainda, o acompanhamento dos prazos estabelecidos e a análise de viabilidade permitindo assim, o reconhecimento de situações desfavoráveis e o estabelecimento de estratégias para o alcance dos objetivos do Plano.

Diante de todas esses embasamentos teóricos, sabe-se também das dificuldades encontradas nos distritos sanitários especiais indígenas, podemos

observar que as dificuldades não são especificamente de uma região ou de um território e sim, de todos os distritos, como por exemplo a rotatividade de funcionários, a falta de medicamentos, o difícil acesso, o transporte, em fim...tudo isso está relacionados a falta de uma gestão que tenha compromisso com os povos indígenas, não podemos só nos vincular a ferramentas onde não funciona na pratica. Os conflitos sempre existirão, apesar de ser questionado nas reuniões do COLOSI, pelos conselheiros a necessidade de aprender a lidar com as especificidades de cada povo pelos profissionais de saúde indígena, tem sido resultado desta rotatividade de funcionários fragilizando o atendimento dentro das comunidades, é muito mais conveniente reprimir as demandas do que procurar solucioná-las, cito como exemplo as demandas das ações de saúde mental.

Neste sentido, podemos observar que na Conferência Nacional de Saúde Indígena no ano de 2011, está se repetindo até hoje, como podemos ter um PDSI, se os planos são elaborados, porém não executados, chamou a atenção que a dificuldade não está na falta de recursos e sim na falta de compromisso com as populações indígenas, são nas Conferências locais de saúde que construímos propostas de políticas públicas, para serem levadas as distritais e conseqüentemente nas nacionais.

Atualmente afirmo que a nossa bandeira é o de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), por perceber na convivência diária a precariedade desses serviços ofertados na rede sendo um dos mais graves é a deficiência na assistência do atendimento de média e alta complexidade, lembrando que essa problemática é em o território nacional e em especial aos pacientes indígenas, tanto do Distrito Leste quanto do Distrito Yanomami, a melhoria no fluxo de atendimento e ações de serviços prestados na base, como por exemplo uma escuta humanizada, com profissionais com perfil voltados ao atendimento diferenciado para esses povos, reduziria a remoção e a permanência desnecessária dos indígenas nos hospitais.

E nesse contexto o que de fato precisa ser solução é melhorar o processo de atendimento nas unidades de referências, pois é bastante demorado, e que seja um atendimento realmente diferenciado, o que em tese é mais na prática é muito diferente.

Quanto ao programa de Educação em Saúde, podemos destacar o descaso com os profissionais AIS, AISAN, as capacitações acontecem de forma esporádicas com alguns critérios, somente aos profissionais novatos sendo que os profissionais antigos não têm acesso a essas capacitações, para os profissionais de enfermagem são feitas por meios de escolhas de seus chefes, se o profissional não tiver um bom relacionamento com a chefia e inviável a sua participação.

Em relação ao setor de transporte podemos afirmar que o número de veículos a disposição DSEI, aumentou significativamente através do novos contratos de locomoção, uma vez que aproximadamente 80% das aldeias indígenas tem acesso terrestre, porém o combustível continua com o mesmo preço de 3 anos atrás, sem nenhum reajuste, que não corresponde à realidade, em 2021 houve reajuste no preço no total de 13 vez e de janeiro a maio de 2022 foram 7 reajustes no preço combustível, então como podemos afirmar que houve um impacto significativo no atendimento.

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional/SISVAN, continua com mesma deficiência de anos, a falta de disponibilização de materiais e equipamentos para a coleta de dados, como também a aceitação para o tratamento em algumas comunidades devido as especificidades, desta forma a desnutrição continua sendo um desafio para as equipes de saúde. No ano de 2016 foi implantado o AIDIPI, com a finalidade de prevenção as mortalidades infantis.

Referente ao programa de saúde mental, a psicologia e a assistência social andam em passos lentos, o aumento dos jovens ao consumo abusivo de álcool e drogas nas comunidades continuam desfreadas, sinalizando a fragilidade das ações de serviços prestados pelos DSEIs, o número de suicídio tem aumentado significativamente entre os jovens de 16 a 19 anos, os CRAS e CAPSAD, tem um atendimento que não contempla os povos indígenas que necessitam de um atendimento diferenciado.

Em 2019, ainda no processo de profissional em formação, construo o meu projeto “Minha Maloca Querida”, sob a orientação do Prof. Dr Eliseu Sandri, na oportunidade pude apresentar o pré-projeto nas reuniões locais onde elegemos os delegados que iram compor a mesa durante a 6ª Conferência Nacional de

Saúde, este projeto teve aprovação unânime pelas lideranças indígenas, pois ele se trata de reabilitar e ressocializar dependentes químicos indígenas, este foi pensado a partir da leitura do Relatório de Visitas Prisionais de 2017, após notar que havia muitos indígenas presos na Penitenciária Agrícola de Monte Cristo, na qual muitas das prisões estava relacionada à dependência de drogas. Este projeto foi selecionado para ser apresentado à Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas do Ministério da Cidadania.

Quanto aos serviços de edificações e saneamento, a SESAI tem deixado a desejar juntamente com as prefeituras e os demais órgão competentes, a falta de comunicação e o diálogo com os entes em assumir as suas responsabilidades têm afetado o atendimento de saúde das comunidades indígenas na ponta.

A atuação do Controle Social juntamente com CONDISI e COLOSI tem contribuído para o bom atendimento de saúde dentro das comunidades.

Concluo que a saúde indígena está doente, sobrevivendo através da persistência e insistências dos povos indígenas, as dificuldades encontradas nos distritos não são barreiras que possam impossibilitam esses povos de continuar com a luta pela assistência diferenciada como garante a lei. As novas readequações e novas gestões dentro dos distritos tem acendidos as esperanças de muitos e acabados com as de outros.

Buscando contribui com a sociedade, o que essa profissional aprendeu durante a graduação o Sistema Único de Saúde, precisa melhora e só será possível com a participação popular, onde o usuário tenha voz e que suas sugestões sejam acatadas. Para nós populações indígenas precisamos avançar nas políticas públicas e melhorar as que já existem, fortalecendo cada dia mais o bem viver dos indígenas aldeados e os não aldeados.

Afirmo que a conclusão deste mestrado inspirara outros pesquisadores em relação as necessidades voltadas a saúde mental, as populações indígenas. E que só se constrói uma sociedade a partir de ideais que valorizem a vida e a visão e o foco das lideranças indígenas continuam as mesmas, avançar sim, retroceder jamais e nesta firmeza que a saúde indígena tem se mantida acesa.

CAPÍTULO 2 – AS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE INDÍGENA: A LUTA INDÍGENA PELO DIREITO À SAÚDE

Por muitas décadas os povos indígenas no Brasil traçaram lutas não apenas a fim de salvar suas vidas, mais em salvar aldeias inteiras, povos, línguas e culturas, muitas dessas lutas ainda fazem parte do perfil desses povos. A busca por dignidade, reconhecimento, espaços políticos e inserção social nos mais variados setores, e as lutas constantes por uma educação e saúde diferenciada e de qualidade são alguns pontos a serem discutidos no contexto atual.

A Constituição Federal (CF) assegurou aos povos indígenas acesso universal aos serviços de saúde, atenção à saúde que respeite suas especificidades culturais e práticas tradicionais, garantindo atendimento diferenciado à saúde dessas populações, ao estipular o reconhecimento das organizações socioculturais dos povos indígenas e o respeito a elas, estabeleceu a competência privativa da União para legislar e tratar sobre a questão indígena (BRASIL, 1988).

A atuação direta das instituições públicas na política indigenista se deu inicialmente em 1910, com a criação do Serviço de Proteção do Índio (SPI), que até 1918 tinha também como atribuição a Localização de Trabalhadores Nacionais. O SPI surgiu a partir de críticas às ações do Ministério da Educação e Saúde, que enfatizavam a assistência rural e a saúde das populações caboclas. Visando a necessidade de se criar uma especialidade a saúde indígena, o SPI passa então a funcionar atuando também frente a problemas como acesso à terra e proteção ante interesses contrários às populações indígenas (AROUCA; LIMA, 2014).

Um dos aspectos negativos da política indigenista adotada no Brasil, foi a prática da tutela, em 1916, o código civil brasileiro, considerava os indígenas

como incapazes de compreender seus direitos e responsabilidades legais, passando a instituir a tutela como figura jurídica reguladora desses povos. Assim aos órgãos indigenistas cabia tutelar essa população, responsabilizando-se pela gestão financeira e administrativa dos bens e recursos naturais existentes dentro das reservas indígenas. Essa condição facilitou a subordinação dos indígenas a agentes econômicos que visavam à exploração de sua mão de obra e das riquezas naturais de seus territórios, além de tirar os direitos dos indígenas a possibilidade de protagonizar os rumos de suas vidas (GARNELO, 2003).

A assistência sanitária ao índio, não foi ao longo da atuação do SPI estruturada de forma regular e eficiente, denúncias e registros sobre epidemias, a falta de assistência às populações e as fragilidades do SPI, foram muitas vezes identificadas em relatórios e inquéritos, muitos dos problemas apontados consistiam na falta de material médico, de profissionais de saúde e dos prejuízos advindos do contato entre índios e não índios, outro fator contribuinte para o agravamento da diminuição demográfica indígena, era a dificuldade sanitária enfrentada pelos grupo indígenas (AROUCA; LIMA, 2014).

O encerramento das atribuições do SPI se deu em 1967, ao longo dos seus 57 anos de atuação, sua maior visibilidade se deu em 1950 com a criação do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), que tinha como objetivo assistência às populações indígenas e rurais em áreas de difícil acesso, vinculada ao Serviço Nacional de Tuberculose do Ministério da Saúde (AROUCA; LIMA, 2014).

A partir de 1967 a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), assume a responsabilidade na prestação da assistência aos povos indígenas nos mais diversos campos da vida social tais como saúde, educação, direitos fundiários, proteção aos conhecimentos tradicionais, desenvolvimento econômico e outros (GARNELO, 2012). No âmbito da FUNAI foram criadas as Equipes Volantes de Saúde (EVS), estas passaram a prestar serviços médicos esporádicos, realizando vacinação e supervisionando os poucos trabalhos existente nas aldeias, quase que exclusivamente realizados por auxiliares ou atendentes de enfermagem. As EVS existiram até a década de 1970 (CIMI, 2013).

Durante o processo de redemocratização em meados da década de 80, com o término do regime militar, a temática acerca da saúde indígena no Brasil

passou a ganhar força. Após a Declaração de Alma-Ata, alguns princípios e diretrizes foram estabelecidos, dentre eles a atenção integral a saúde e o acesso igualitário aos serviços de saúde (SOUZA, 2016).

A Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, foi um movimento organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), com intuito de garantir saúde para todos até o ano 2000. Ela descreveu saúde não apenas sendo a ausência de enfermidades, mas como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social", além de um direito humano fundamental. O foco da conferência deveria ser a atenção primária à saúde.

Ainda nos anos 80 composto por profissionais de diferentes áreas, nasce o Movimento Sanitário Indigenista, que militavam pelos direitos das populações indígenas, entre eles o direito à saúde, vinculados ao chamado Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, iniciado nos anos 70 e que formulou os princípios e diretrizes da reforma setorial no Brasil (CHAVES et al., 2006).

Já em 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), foi um evento fundamental para a reformulação da Política Nacional de Saúde (PNS), ao aprovar as diretrizes básicas da reforma sanitária brasileira a ser implementada com o Sistema Único de Saúde (SUS). No mesmo ano, no contexto da 8ª CNS acontecia a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (CNPSI), esta defendia um modelo de atenção diferenciada, proposto que a atenção à saúde dos povos indígenas deveria obedecer a um modelo específico, diferenciado e que contemplasse, conforme suas deliberações, os conceitos de integralidade e de universalidade de acesso, bem como a participação popular em todas as etapas de planejamento, execução e avaliação das ações desenvolvidas, na qual contou com a participação de lideranças indígenas, membros da sociedade civil e entidades de apoio às questões indigenistas. A partir desse ano as conferências passaram a ter um caráter mais participativo nas deliberações e com o fortalecimento das organizações indígenas (CHAVES et al, 2006; CIMI, 2013).

Em 1988 a Constituição Federal (CF), reconheceu os direitos dos povos indígenas originários as suas terras, a políticas sociais diferenciadas e adequada

a suas especificidades culturais, a auto representação jurídico – política e à preservação de sua língua e culturas (GARNELO, 2012).

O conceito de saúde, pela promoção, proteção e recuperação, foi ampliado após a idealização da Reforma Sanitária, sendo aprovada a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelecido na Constituição de 1988, tornando “a saúde como direito de todos e dever do Estado” (SOUZA, 2016).

A partir de 1991, surgiu as organizações não governamentais, reconhecidas como Ongs, e a presença crescente dessas entidades ampliou o leque de alianças para o movimento indígena, o que antes era formado apenas por religiosos sendo a principal presença não governamental no mundo indígena com os mais diversos propósitos.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) cria a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), com representantes do governo federal, universidades, ONG's, e representantes indígenas, o objetivo principal da CISI era assessorar a CNS na elaboração de princípios e diretrizes das políticas no campo da saúde indígena. No mesmo ano foi criado o Distrito Sanitário Yanomami em Roraima, este surgiu como projeto piloto do modelo de distritalização diferenciada da saúde indígena, como resposta ao clamor dos povos Yanomami que sofriam pela situação de genocídio e calamidade sanitária, em consequência da invasão de seus territórios por garimpeiros (CIMI, 2013).

Como resultado da I CNSPI, suas recomendações contribuíram para a transferência da coordenação da saúde indígena que até então era responsabilidades da FUNAI do Ministério da Justiça, para a Fundação de Serviços de Saúde Pública (FSESP), do Ministério da Saúde (MS), passando a assumir a coordenação da saúde indígena, em 1991, nesse mesmo ano foi criada no MS a Fundação Nacional de Saúde (FNS), que passou a ser responsável por essa coordenação através da Coordenação de Saúde do Índio (COSAI), subordinada ao Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde (DEOPE/FNS), apenas em 1999, a FNS adota as siglas FUNASA (CIMI, 2013).

Em 1992, a 9ª Conferência Nacional de Saúde (9ª CNS), resgatou a recomendação da 8ª CNS e aprovou o Modelo de Atenção à Saúde Indígena diferenciado e a indicação de realização da II Conferência Nacional de Saúde

dos Povos Indígenas (CNSPI), que viria a acontecer em 1993, essa passou a discutir as diretrizes da Política Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (PNASPI) (CHAVES et al, 2006).

Em 1993, por iniciativa e pressão do movimento indígena, foi realizada a II CNSPI, reiterando a defesa do modelo de atenção diferenciada, como base operacional no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para a política de atenção à saúde das populações indígenas. Dela surge o movimento que resultaria na aprovação da Lei Arouca (Lei 9.836/99), e que, posteriormente, criaria Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), instituindo o modelo dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI's) como base para a atenção em saúde integrada ao SUS. No mesmo ano começaram a ser criadas em todo o país os Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena (NISI), que reuniam diversos representantes do governo, instituições de apoio, organizações e lideranças indígenas.

Apenas em 1994, por iniciativa dos movimentos indígenas e com a aprovação dos respectivos NISI, foram então criados os Distritos Sanitários Indígenas do Leste de Roraima e do Xingu, que se tornariam modelos e referência para a criação de outros distritos pelo país, o modelo assistencial implementados nesses distritos tinha como base a formação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) pelas próprias comunidades e o forte protagonismo indígena no processo de autogestão da atenção básica à saúde indígena nas comunidades (CIMI, 2013).

Paralelamente a esse processo de reorganização da condução da Política Nacional de Saúde Indígena, em meados da década de 90, o Movimento Sanitário Indigenista, com base nas diretrizes da II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, encaminhou ao Deputado Federal Sergio Arouca um documento solicitando a elaboração de projeto de lei para criação do Subsistema Diferenciado de Saúde Indígena (SASI-SUS), aprovado na Câmara dos Deputados cinco anos depois, constituindo-se na Lei Arouca (CHAVES et al, 2006).

As propostas feitas na 9ª CNS, foi referendada pela 10ª Conferência Nacional de Saúde (10ª CNS), em 1996, aprovou a regulamentação e implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) como unidades

organizacionais do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), bem como indicou a realização da III Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, que, entretanto, só foi realizada em 2001.

A criação do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (SASI-SUS), e a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), foram regulamentadas apenas em 1999, que no ocorrido ano, foi constituída pela Secretaria de Políticas do Ministério da Saúde um grupo de trabalho para a elaboração da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), onde foi aprovada em caráter preliminar pelo CNS em dezembro de 2000, e oficializada pelo MS através da Portaria nº 254 em 31 de janeiro de 2002.

A PNASPI integra a Política Nacional de Saúde (PNS), compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde (LOS) com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus territórios (HAYD, 2008).

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, apresenta como objetivo garantir:

Acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura (Brasil, 2002, p.13).

Após a promulgação da Lei Arouca, a FUNASA, órgão do MS, recebe a responsabilidade de coordenar e executar as ações de saúde indígena, sendo um órgão do governo federal, esta contava com pouco pessoal próprio para desenvolver suas tarefas, quase todos os serviços de saúde (atenção básica, prevenção e saneamento) passaram a ser executados através de convênios firmados com municípios ou ONGs, esta proposta de parceria foi aceita como uma solução temporária, com base no compromisso de gestão do governo para a execução direta das ações de saúde indígena. Infelizmente até hoje esse compromisso não foi cumprido pelo governo federal, a coordenação nacional do subsistema passou a ser feita pelo Departamento de Saúde Indígena (DESAI) (GARNELO, 2012).

Esses convênios caracterizaram a terceirização do Subsistema. Deu-se, assim, a chamada “terceirização” do gerenciamento e execução das ações da

saúde indígena, o que refletiu uma certa dicotomia entre “controle político” e “controle social”, porém devido ao Estado transferir a responsabilidade e execução das ações em saúde a outros órgãos, acabou perdendo o controle político (SOUZA, 2016).

Em 2001, ocorre a III CNSI, onde se discutiu os desafios e limites do SUS na implantação dos DSEI's, propondo diretrizes para sua efetivação. Na ocasião foi verificada a necessidade de instituir todos os Conselhos Locais e Distritais Indígenas, bem como, a reivindicação de que as ações em saúde se pautassem nos saberes tradicionais dos povos indígenas. Já em 2004, a FUNASA estabelece novas diretrizes para a saúde indígena, visando recuperar a execução direta e reduzir o papel das conveniadas (CIMI, 2013).

No ano de 2006, foi instituído o fórum de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena para atuar em caráter consultivo e propositivo, e em consonância com as demais instâncias do SUS. No mesmo ano ocorria a IV CNSI, e várias conferências distritais apresentaram a proposta de criação da Secretária de Saúde Indígena (SESAI), em razão do agravamento de vários problemas recorrentes de má gestão (CIMI, 2013).

Apenas em 2010, foi oficializada o repasse da gestão do subsistema de saúde indígena para a recém-criada SESAI através do decreto Nº 7.336/MS, que no primeiro momento de transição passou por uma gestão compartilhada entre SESAI e FUNASA, por mais de três anos apesar de ter sido determinada pelo governo um prazo máximo de três meses (CIMI, 2013).

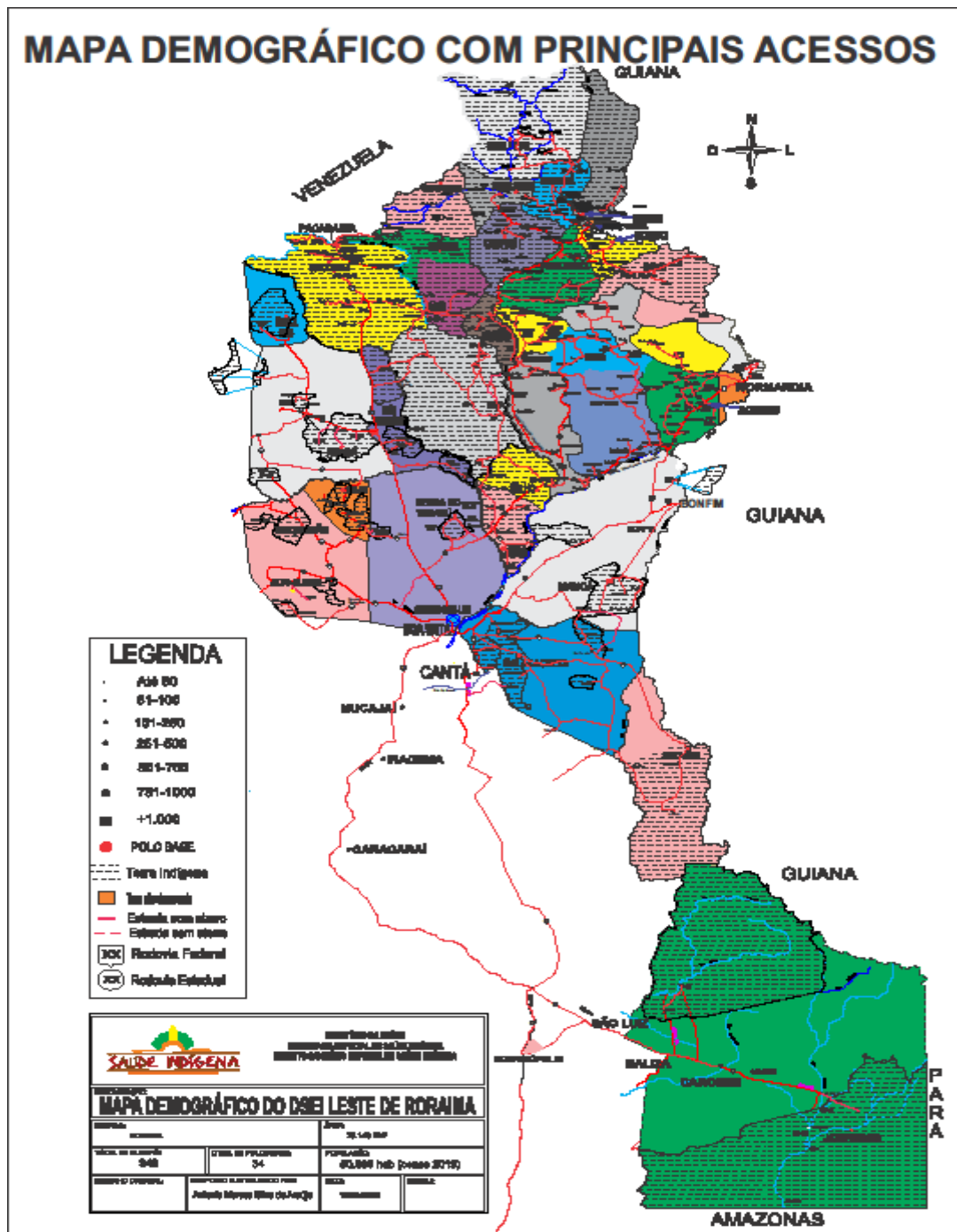
Para garantir todos estes direitos frente à diversidade cultural indígena, o Subsistema de Saúde Indígena (SASI-SUS) foi estabelecido sob a bandeira da ‘atenção diferenciada’, ou seja, a provisão de serviços de saúde através de uma estrutura separada, porém parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS). Existem 34 Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), espalhados pelo território nacional.

Sua delimitação leva em conta critérios como a distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não coincide necessariamente com limites de estado e municípios onde estão localizadas as Terras Indígenas. Perfil epidemiológico, disponibilidade de serviços, profissionais e infraestrutura e vias

de acesso à rede regional do SUS são alguns dos outros critérios levados em conta na hora de se delimitar um DSEI (BRASIL, 1999; ANTUNES, 2019).

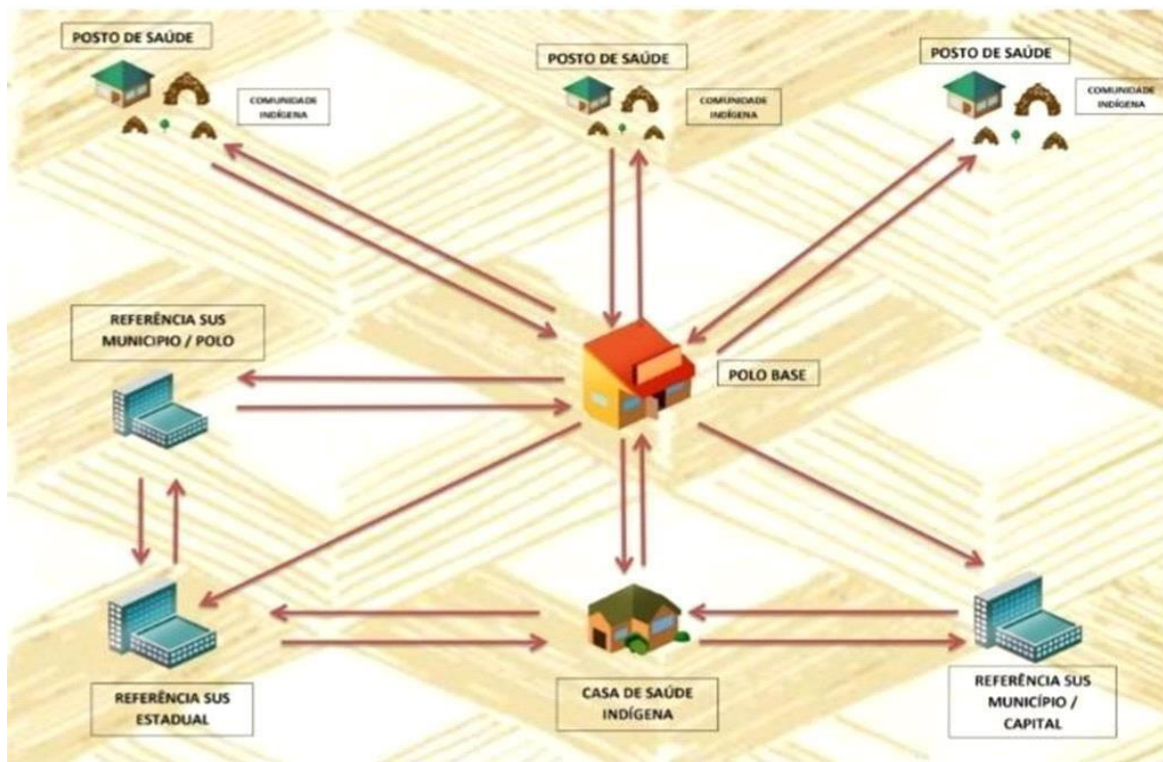
Vale ressaltar que a questão geográfica no estado de Roraima é um dos obstáculos enfrentados pelas equipes EMSI (BRASIL,2002) e são nesses desafios que são levando em consideração a subdivisão dos polos de cada região, subdivididos estrategicamente por critérios de integrar e hierarquizar as complexidades crescentes se articulando na rede do SUS, e encaminhando os pacientes das aldeias para as contra referência para a realização de exames especializados e tratamentos de casos de média e alta complexidade (Brasil,2002).

Figura:1- Organização dos Polos Bases no Estado de Roraima.



Fonte: DSEI Leste/RR, 2022

Figura 2- ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE



Fonte: DSEI Leste, 2022

Garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política, como propugna a PNASPI, passa por incorporar efetivamente o SasiSUS, capilarizar as redes de atenção à saúde às aldeias e polos-base, assumindo-os como legítima porta de entrada. (MENDONÇA; RODRIGUES; PEREIRA, 2019).

Devido ao agravamento das condições de saúde nas aldeias, o Ministério Público Federal realizou em 2012 o “Dia D da Saúde Indígena”. Essa ação teve como objetivo alertar numa maior amplitude, sobre as precárias condições de saúde vivenciadas nas aldeias indígenas. O “Dia D” resultou em decisões judiciais que recuperaram Casas de Saúde Indígena (CASAI), além de outros recursos necessários para a promoção de saúde, como por exemplo, o fornecimento de medicamentos, de água potável e de transporte (LIEBGOTT, 2014).

Na V e mais recente Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 2013, o tema central foi o “Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e SUS: direito, acesso, diversidade e atenção diferenciada”. As principais discussões se deram em torno da aprovação de diretrizes para as políticas de saúde nos 34 Distritos Especiais de Saúde Indígena. A Conferência contou com um número grandioso de representantes indígenas e não indígenas.

Programas e políticas públicas voltadas à saúde indígena têm repercutido em novos papéis e espaços de fronteira, leis e legislações foram criadas a fim de garantir aos povos indígenas o acesso aos serviços e políticas públicas oferecidos pelos estados e municípios. O que podemos observar em todos esses processos é a tentativa da inserção dessa minoria em um contexto social diferente daquele que essas populações estão acostumadas a conviver. O reconhecimento da sua real identidade por órgãos executores dessas políticas ainda é pouco viável para que de fato os povos indígenas sejam atendidos em todas as suas necessidades e especificidades.

Após vários anos da implementação da Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), ainda é um desafio para os usuários indígenas acessarem a rede SUS. As ações e serviços de média e alta complexidade, ofertados pela rede do SUS à população indígena, desde o início da implantação do SASI-SUS, mostraram-se bastante complexos em função do pouco conhecimento sobre a diversidade cultural desses povos e de suas necessidades específicas (AMORIM, 2016).

A presença de estruturas de saúde precárias, insumos e equipamentos escassos que, somados à alta rotatividade de profissionais e à complexidade logística encontrada em algumas regiões, têm reflexos negativos na qualidade da prestação de serviços dentro dos territórios indígenas. Cuidados paliativos e atenção emergencial têm sido priorizados, caracterizando o enfraquecimento da Atenção Primária à Saúde (MENDES et al., 2018).

CAPÍTULO 3 – A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E A INTERFACE COM A SAÚDE MENTAL INDÍGENA

A expressão “saúde mental” toma como referência a noção compreendida pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), na qual o conceito de Saúde ultrapassa o simples estado de ausência de doença, entendendo-o, sobretudo, como um “bem estar físico, mental e social”. Para a OMS, são múltiplos os fatores que podem interferir e pôr em risco a saúde mental de uma pessoa ou de um coletivo, entre eles se destacam as “rápidas mudanças sociais, condições de trabalho estressantes, discriminação de gênero, exclusão social, estilo de vida não saudável, violência e violação dos direitos humanos” (OMS, 2016).

A saúde mental, embora se compreenda também a loucura, ultrapassa esse tema, pois o trabalho nesse campo envolve uma dimensão que visa, sobretudo, contribuir com a promoção de saúde em diferentes situações de sofrimento. Ou seja, uma pessoa que foi diagnosticada com um transtorno mental considerado grave como, por exemplo, nos quadros de psicose (segundo os critérios dos manuais diagnósticos como a CID 10- Classificação Internacional das doenças e do DSM V- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) e nomeada popularmente como “louca”, pode apresentar um sofrimento importante, assim como pessoas que passam por situações agudas de sofrimento, como, por exemplo, a perda de um ente querido. Em ambas as situações, os quadros podem se desdobrar numa maior vulnerabilidade do ponto de vista da saúde mental da pessoa que vivencia essas experiências (SOUZA, 2018).

A expressão saúde mental é ainda comumente entendida, erroneamente, enquanto combate à doença mental. No entanto, o termo implica compreensões que vão além da ausência de doenças mentais, abarcando, sobretudo um conjunto de ações promotoras de um bem-estar físico, social e mental integrados (OMS, 2001; 2016).

A OMS (2001) ressalta a dificuldade em definir esse termo por conter um campo tão abrangente:

Estudiosos de diferentes culturas definem diversamente a saúde mental. Os conceitos de saúde mental abrangem, entre outras coisas, o bem-estar subjectivo, a auto eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto realização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Numa perspectiva transcultural, é quase impossível definir saúde mental de uma forma completa. De um modo geral, porém, concorda-se quanto ao facto de que a saúde mental é algo mais do que a ausência de perturbações mentais (OMS, 2001. p.31-32).

Nesse sentido, para que se vislumbrem ações promotoras em saúde mental, é fundamental a existência de ambientes onde sejam respeitados e protegidos os “direitos civis, políticos, socioeconômicos e culturais” de uma população. Entende-se que a saúde mental é parte integrante da vida de qualquer pessoa e é determinada por uma série de fatores “socioeconômicos, ambientais e biológicos”, de modo que a pessoa possa apresentar condições para realizar suas habilidades; consiga viver em comunidade; tenha condições para lidar com as tensões do cotidiano; e por fim, que “seja capaz de se emocionar e aproveitar a vida” (OMS, 2016).

Mesmo com todos os avanços da constituição de 1988, os povos indígenas continuam lutando, e enfrentando desafios, buscando resignificar as transformações do seu modo de vida, como: conflitos territoriais, genocídios, gestão de políticas públicas, uso de substâncias como álcool e outras drogas, suicídios, escolarização, agravos na saúde e de natureza psíquicas, entre outras muitas dificuldades (VIEIRA, 2018).

A população indígena na interface da saúde conta com o apoio no campo da saúde mental, através de uma área técnica instituída na SESAI, a qual foi constituída por uma equipe de profissionais, entre eles, psicólogos, assistentes sociais, antropólogos e outros. Essa interdisciplinaridade ocorre tanto na sede quanto nos DSEIs, os quais planejam ações em saúde mental. Diversas frentes, baseadas em variadas metodologias, são elaboradas, de acordo com o contexto e a urgência de cada demanda. Levando em consideração a complexidade inerente ao tema, as práticas institucionais da SESAI em saúde mental ainda estão gradativamente em constante construção (BATISTA; ZANELLO, 2016).

O tema saúde das populações indígenas, incluindo o subtema da saúde mental, passou a ter o olhar mais atento do Estado no fim da década de 1990 (LANGDON; GARNELO, 2004), quanto as questões como o uso excessivo de álcool e substâncias psicoativas, bem com o grande número de mortes por suicídio ganharam visibilidade por meio da mídia e pesquisas acadêmicas.

Apenas em 2007 entrou em vigor a Portaria nº 2759 (Ministério da Saúde, 2007), a qual estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas. Apresento assim na íntegra as oito diretrizes que compõe a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas no intuito de explicitar as suas propostas:

- I - apoiar e respeitar a capacidade das diversas etnias e das comunidades indígenas, com seus valores, economias, tecnologias, modos de organização, de expressão e de produção de conhecimento, para identificar problemas, mobilizar recursos e criar alternativas para a construção de soluções para os problemas da comunidade;
- II - apoiar a organização de um processo de construção coletiva de consensos e de soluções, que envolva a participação de todos os atores sociais relevantes, em especial o movimento social e as lideranças indígenas, que considere e respeite as especificidades e a cultura de cada comunidade indígena envolvida, que respeite e convoque os conhecimentos da medicina tradicional das comunidades, e que crie alternativas viáveis e consensuais para a abordagem dos problemas de saúde destas comunidades;
- III - considerar como atores sociais imprescindíveis para a construção deste processo, os etnólogos e a comunidade acadêmica, na medida em que vem acompanhando sistematicamente o impacto do contato destas comunidades com as sociedades envolventes, apontando a complexidade dos problemas das comunidades e das intervenções do Estado brasileiro e produzindo conhecimento acerca da heterogeneidade destas comunidades;
- IV - garantir ações integradas, através da articulação institucional entre as diferentes esferas de governo (União, Estado e Municípios);
- V - garantir acessibilidade, sobretudo através da potencialização das ações de construção coletiva de soluções para os problemas de saúde mental no nível da atenção básica, e da potencialização dos CAPS na construção coletiva de ações em seu território, sobretudo em regiões com grande concentração de comunidades indígenas;
- VI - considerar como fundamento das propostas de intervenção a estratégia de pesquisa – ação participativa, que permita sistematizar informação epidemiológica, assim como os modelos explicativos e sistemas de ação que os indígenas implementam para a superação de seus problemas;
- VII - garantir a criação de um sistema de monitoramento e avaliação das ações, que além de inquéritos epidemiológicos específicos, inclua estudos qualitativos de avaliação das estratégias de intervenção, sejam estas intraculturais ou externas à cultura local; e
- VIII - garantir que o Programa de Formação Permanente de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, já em andamento, absorva, especialmente em regiões com grande concentração de comunidades indígenas, a problemática da saúde mental indígena.

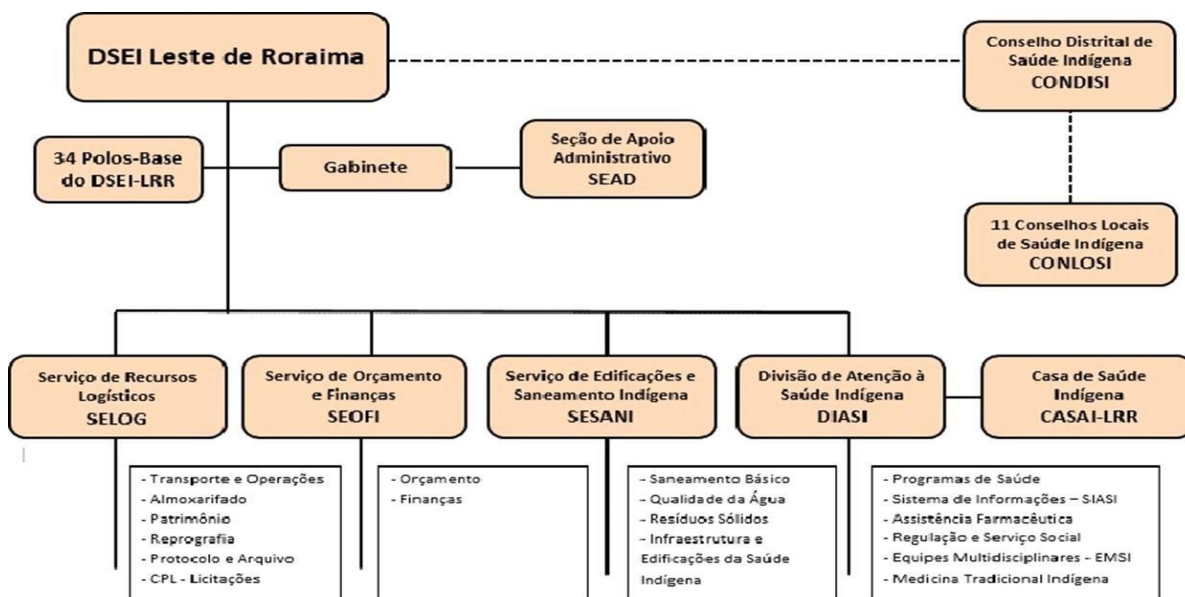
Apesar dos apontamentos e perspectivas feitas pela política, todavia estes não esclarecem que ações deveriam ser elaboradas e executadas para garantir o que é pactuado através desse documento. O que desafia os diferentes contextos para efetivar tais diretrizes em sua totalidade (VIEIRA, 2018).

Desse modo trabalhar com as populações indígenas guarda alguma semelhança com o trabalho junto a outros grupos sociais vulneráveis. No entanto, a complexidade dessa relação intercultural é ainda maior porque se trata de outra cosmologia, outro universo cultural, diferentemente de outros grupos sociais vulneráveis que, apesar de traços culturais também singulares, esses pertencem à nossa mesma cultura branca ocidental cristã. (CRPSP, 2010, p. 326).

Os DSEI's além de realizarem vigilância epidemiológica e executarem programas (também) embasados no SUS, como exemplo, Saúde do homem, Saúde da mulher, Saúde da Criança, entre outros, os distritos precisam desempenhar ações voltadas para o Programa de Saúde Mental, neste caso, saúde mental no viés do contexto indígena, atualmente sendo chamado de Bem viver dos povos indígenas que não está como prioridades no núcleo e sim como mais uma ação, o objetivo destes núcleos e programas é elaborar e pôr em prática linhas de cuidado com estratégias voltadas para enfrentamento de demandas como: uso abusivo de álcool e outras drogas, suicídio, violências, entre outras questões.

De acordo com Aguiar (2022) os altos índices das tentativas de suicídio no Brasil configuram um desafio à a saúde pública, e para os distritos tem causado aflições e preocupações tanto para as lideranças indígenas, como também aos gestores e profissionais responsáveis pelo setor.

Figura 3- ORGANOGRAMA DSEI-LRR



Fonte: DSEI Leste, 2022

O setor responsável pela saúde mental dos povos indígenas em cada distrito é o Núcleo 4 (Figura 3), com objetivo de promover o bem viver das populações indígenas, valorizando os saberes e as suas práticas culturais, como por exemplo as medicinas tradicionais que são os pilares dentro desse processos de cuidado e promoção da saúde, utilizando sempre a interligação com os demais programas, como forma organizacional do distrito, sendo que essas ações de monitoramento desenvolvidas por este núcleo, devem estar sincronizadas com os demais núcleos dos programas, especialmente no que se refere à avaliação das ações de educação em saúde, como na identificação dos itinerários terapêuticos das comunidades, notadamente nas práticas de cuidado com especialistas tradicionais (SESAI/MS,2021).

Figura 4- NÚCLEOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA DIASI

Núcleo 1	Núcleo 2	Núcleo 3	Núcleo 4	Núcleo 5
Análise de Situação de Saúde	Planejamento, Gestão do Trabalho e Educação Permanente	Saúde das Mulheres e das Crianças	Ciclos de Vida e Promoção da Saúde	Prevenção e Controle das Doenças e dos Agravos
<ul style="list-style-type: none"> - Vigilância do óbito; - Vigilância epidemiológica; - Vigilância ambiental em saúde; - SIASI; - Demais sistemas de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Educação Permanente; - Planejamento do trabalho das EMSI; - Planejamento e monitoramento; - Articulação com a CASAI; - Assistência Farmacêutica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Saúde das Crianças; - Saúde das Mulheres; - Gestação, parto e puerpério; - Vigilância Alimentar e Nutricional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Imunização; - Saúde Bucal; - Saúde Mental; - Saúde sexual e reprodutiva; - Medicina Tradicional Indígena; - Educação em saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tuberculose, Malária, Doenças em eliminação; - DCNT; - IST, HIV/AIDS e Hepatites Virais; - Demais doenças e agravos de relevância no território.

Fonte: DSEI L, 2022

Diante dessa forma organizacional, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e os indígenas pensando juntos no bem estar dessas população, produziram um material norteador (*Atenção psicossocial aos Povos Indígenas: tecendo redes para promoção do bem viver*), para as equipes de saúde e gestores que fazem a saúde indígena na ponta, com a qualificação de abordagem ao sofrimento psíquico dos povos indígenas, na perspectiva e expectativas de um acolhimento e uma atenção diferenciada em relação a esta população, onde a diversidade cultural, línguas, costumes e tradições são campos desafiadores para esses profissionais por não estar habituado nesses tipos de atendimento no seu cotidiano (BRASIL, 2019).

Vale ressaltar que essa equipe procurou de maneira didática elaborar um produto que fornecesse subsídio para o desenvolvimento das ações de maneira a não fixar nenhum tipo de fórmulas prontas, engessadas ou que diminua a capacidade dos profissionais na elaboração de estratégias criativas para lidar com os problemas apresentados no local. É destacado a importância para de capacitar as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena para a escuta qualificada dos usuários, articulação para referência aos Centros de Apoio Psico

Social-CAPS. Esse processo também só será possível se tiver o apoio das comunidades em inserir esses usuários nas políticas sociais de suas comunidades, como levando em consideração a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS).

A criação do modelo assistencial em redes de apoio dentro das comunidades, foi uma das soluções adotadas por esta cartilha e seus idealizadores, onde o protagonista é o próprio indígena com a sua mobilização social, o que de certa forma vem fortalecer, valorizar e respeitando os saberes e seus modos de organização social, suas crenças, economias e as tecnologias existentes de cada comunidade, como também a medicina tradicional, assumindo cada um, desses atores a responsabilidade dos serviços de atenção à saúde mental, juntamente com outros setores como a RAPS e a CAPS (BRASIL, 2019).

No entanto a proposta da cartilha não sugere ações relacionadas ao uso abusivo de substâncias psicoativas por um específico público indígena, continua sendo um dos maiores desafios do MS e em especial SESAI. São desafios que às tornam ainda mais complexos pelas diferentes inserções históricas, sociais e culturais dos povos indígenas. (BRASIL, 2019).

Cada povo, cada aldeia indígena possui suas lideranças, possui a sua própria cultura e se organiza socialmente de modo singular, suas tradições que sustentam suas formas de ser, de viver, de conceber e entender o mundo e garantidos na CF nos artigos 231 e 232. As unidades que compõe a organização sócio-política nas sociedades indígenas são organizadas através das relações sociais estabelecidas dentro e fora das comunidades, o que caracteriza a identificação e a classificação de cada membro gerando a instituição das normas e etiquetas que regulam as relações entre parentes.

No entanto esses modelos tradicionais dos povos indígenas, não estão mais sendo suficientes para o controle das lideranças nas comunidades, pois está seguindo a demanda de novas formas e orientação comportamental de valores da sociedade contemporânea. Diante de muitos desafios, os povos, lideranças indígenas e as suas associações representativas, estão empenhados na reelaboração de um plano que venha mudar este cenário buscando o bem viver comunitário (PONTES; GARNELO, 2013).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A invasão dos territórios indígenas ocorridas com avanços das frentes de colonização ao longo da história implica, não só na perda do território, mas também na perda de um referencial de vida e de organização sociocultural, capaz de gerar prejuízo e sofrimento a esses povos (TEIXEIRA, et al., 2016).

Dentre deles a desarticulação do modo de vida no processo da construção comunitária, vivenciada no seu cotidiano, onde estão atreladas as múltiplas facetas pessoais da destruição moral de cada um, a destruição do seu habitat o meio ambiente em que vive e sobrevive, tem se tornado um dos maiores agravos ao desequilíbrio emocional desta população, onde a sua bandeira de luta é manter o equilíbrio dos saberes espirituais que estão correlacionados a natureza e os modos de vida.

Além disso, a marginalização e o preconceito que essa população está submetida leva a necessidade de aceitação pelos dominantes, provocando a intensidade no sofrimento psíquico (GARNELO, 2010; WAYHS, 2019).

Vale ressaltar que as diretrizes propostas pela PNASPI, relacionado ao modo preventivo a saúde mental dos povos indígenas tem como prioridades, propor sugestões junto aos protagonistas e aos executores das ações de atenção à saúde indígena, ofertado lhes a oportunidade de construção dentro de um espaço onde os diálogos interculturais pressupondo que os interlocutores estabeleçam acordos e cheguem ao consenso comum na execução dessas políticas.

Ou seja, a capacidade de dialogar com as diferenças é uma maneira de construir as transações verbais, isso impõe o uso da linguagem como canal de conversas e por meio do tal o entendimento que é construído de forma harmoniosa. (CAPRAZANO *apud* FERREIRA, 2010. p, 146).

Porém não são bem objetivadas na região em que a PNASPI, não atendem a essas necessidades existentes, vale ressaltar que as comunidades indígenas são de suma importância compreender a dimensão cultural linguísticas, religiosa além do território geográfico, a logística e acima de tudo a falta de autonomia e recurso próprio daquele núcleo para execução das ações

ocasionando assim a fragilidade nos atendimentos, ocasionando uma saúde deficiente nas comunidades indígenas.

Buscando contribuir com a sociedade e levando em consideração o que essa profissional aprendeu durante o mestrado, foi o quanto o diálogo e uma escuta humanizada na busca ativa de entender o outro respeitando as suas peculiaridades é a peça principal de se construir uma saúde diferenciada, onde a equidade se torna o pivô de uma assistência de fato humanizada, falar de saúde mental ou fazer uma política eficaz de saúde mental é simplesmente colocar a lente das observâncias do outro na prática, esquecendo os preconceitos e os julgamentos pejorativos sobre os usuários e dependentes químicos, acredito que uma sociedade só se constrói a partir de ideais que valorizam a vida e a visão do outro, respeitando os limites e as especificidades de cada povo de cada raça e de cada cor, credo religioso e costumes culturais.

Concluo que a finalização deste mestrado possa inspirar a outros profissionais e pesquisadores na busca da construção de uma política onde se possa inibir a criação de comunidades indígenas zumbis, devido ao uso abusivo de substâncias psicoativas.

REFERÊNCIAS

AMORIM, M. S. **Acesso da população indígena da região norte do Tocantins a rede de atenção à saúde de média e alta complexidade**. 2016. 133p. (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

AROUCA, C; LIMA, N. S. **Antropologia e Medicina: a saúde no serviço de proteção aos índios (1942-1956)**. In: TEIXEIRA, C. C; GARNELO, L. A (Org). **Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2014. 59-84 p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 1988, com as alterações anotadas pelas emendas constitucionais nº 1/92 a 44/2004...** Brasília, DF: Senado Federal, 2004. 507 p.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS/Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Brasil. Portaria nº 2.759 (2007, 25 outubro). Estabelece diretrizes gerais para a política de atenção integral à saúde mental das populações indígenas e cria o comitê gestor. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2759_25_10_2007.html.

_____. Brasil. Portaria nº 254 (2002, 31 janeiro). Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

_____. LEI n.º 9.836/99, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 23 de setembro de 1999.

CHAVES, M. B. G; CARDOSO, A. M; ALMEIDA, C. **Implementação da Política de saúde indígena no Pólo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(2):295-305, fev, 2006.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO – CIMI. **A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil: Breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas.** Ed. Revisada, 2013.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA/SP. **Psicologia e povos indígenas. Conselho Regional de Psicologia de São Paulo:** CRPSP, 2010.

DIEHL, E. E.; LANGDON, E. J. **Transformações na Atenção à Saúde Indígena: Tensões e Negociações em um Contexto Indígena Brasileiro.** Universitas humanística, Bogotá, Colômbia, n. 80, p. 213-236, jul-dez. 2015.

GARNELO, Luiza. **Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde.** In: GARNELO, L.; PONTES, L.A. (Org.). *Saúde Indígena: uma introdução ao tema.* Brasília: MEC-SECADI, 2012. 18-58 p.

GARNELO, L; SAMPAIO S. **Organizações Indígenas e Distritalização Sanitária: os riscos de “fazer ver” e “fazer crer” nas políticas de saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(4):1217-1223, jul-ago, 2003.

HAYD, R. L. N. et. al. **Um Olhar Sobre a Saúde Indígena no Estado de Roraima.** Mens Agitat, v. III, n. 1, p. 89-98, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Os indígenas no Censo Demográfico 2010.** Rio de Janeiro, 2010. 31 p.

_____. **Características gerais dos indígenas no Censo Demográfico 2010: resultados do Universo.** Rio de Janeiro, 2012. 245 p.

_____. **Atlas Nacional Digital do Brasil. Caderno Temático: populações indígenas.** Brasília. Rio de Janeiro, 2016.

LANGDON, E. Jean. **A Construção Sociocultural da Doença e seu Desafio para a Prática Médica** – In Livro: *Parque Indígena do Xingu: Saúde, Cultura e História*, Roberto G. Baruzzi e Carmen Junqueira (orgs). Ed. Terra Virgem, São Paulo, Brasil, 2005.

MENDES, A. P. M. et. al. **O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil.** Rev Panam Salud Publica. v. 42, p. 1-6, out. 2018.

MENDONÇA, S. B. M.; RODRIGUES, D.; PEREIRA, P. P. G. **Modelo de atenção à saúde indígena: o caso do DSEI Xingu.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, n. 35. 2019.

NEVES, J. L. **Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades.** Caderno de pesquisa em administração, v. 1., n. 3., 1996

SOUZA, S. S. **Saúde Indígena no Brasil: análise das publicações em periódicos nacionais entre 2005 a 2015**. 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Roraima. Roraima. 2016.

SOUZA, R. F. **Povos indígenas e saúde mental: aluta pelo habitar sereno e confiado**. 2018. Dissertação (Mestrado de pós-graduação em psicologia experimental) - Universidade de São Paulo. São Paulo. 2018.

OMS (2016). OPAS/OMS apoia governos no objetivo de fortalecer e promover a saúde mental da população.

VIEIRA, E. S. **Nem injeção e nem xabori: reflexão sobre trabalhos de saúde mental em contextos indígenas de Roraima**. 2018. 88 p. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Roraima. Roraima, 2018.

WAYHS, A. C. D; BENTO, B. A. R; QUADROS, F. A. A. **Políticas públicas: desafios nos contextos atuais**. Nº4. 2019.

GUEROLA C. M. **CULTURA VS. ESTADO: RELAÇÕES DE PODER NA EDUCAÇÃO ESCOLAR INDÍGENA**, Trab. Ling. Aplic. Campinas, n (57.3): 1443-1466, set./dez. 2018, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira (UNILAB), Campus dos Malês, São Francisco do Conde (BA), Brasil.- cmguerola@gmail.com.

SPEDO, Sandra Maria, Pinto, Nicanor Rodrigues da Silva e Tanaka, Oswaldo Yoshimi O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2010, v. 20, n. 3 [Acessado 24 Novembro 2022] , pp. 953-972. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000300014>>. Epub 22 Nov 2010. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000300014>.

Aguiar, Renata Aguilhera et al. Tentativa de suicídio: prevalência e fatores associados entre usuários da Atenção Primária à Saúde. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** [online]. 2022, v. 71, n. 2 [Acessado 25 novembro 2022] , pp. 133-140. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0047-2085000000379>>. Epub 17 Jun 2022. ISSN 1982-0208.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

PATRICIA ARAUJO DE OLIVEIRA

**RELATÓRIO TÉCNICO SOBRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL DOS POVOS
INDÍGENAS DO DISTRITO LESTE DE RORAIMA**

BOA VISTA, RR

2022

PATRICIA ARAUJO DE OLIVEIRA

Relatório Técnico de Saúde Mental dos Povos Indígenas de Roraima

Relatório Técnico de Saúde Mental apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde na área de concentração: Modelos de Atenção e Vigilância em Saúde e Linha de Pesquisa: Diversidade Sociocultural, Cidadanias e Modelos de Atenção à Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Antonio Pellegrini
Co-Orientador: Prof. Dr. Fernando José Ciello

BOA VISTA, RR

2022

RESUMO

A saúde mental é parte necessária do planejamento de políticas públicas na área da saúde, da assistência social e do direito através de implementação de legislações e programas. No que tange a saúde mental indígena adentramos elementos que vêm sendo evidenciados como parte integrante das políticas supracitadas, assim como se destaca como tema interdisciplinar com aplicação prática multidisciplinar. O tema saúde mental, a partir dessas primeiras décadas dos anos 2000 tem aparecido como objeto de pesquisas e pauta essencial nas discussões das políticas públicas, e esse posicionamento se fortaleceu com a pandemia por COVID-19, com os primeiros casos confirmados no Brasil no início do ano 2020, cujos reflexos estão presentes e marcantes ainda neste ano de 2022. Ao tratarmos do tema saúde indígena, especificamente sobre a saúde mental indígena, adentramos questões tensas que são aprofundadas pelos contatos com a sociedade não indígena, as questões étnicas, a compreensão do que seja a saúde para os povos indígenas e além disso, o que está previsto na Política de Atenção a Saúde Indígena, e o que existe de ações implementadas na prática na Atenção Psicossocial voltado ao atendimento do público indígena do Distrito Leste de Roraima.

Palavras-chave: Saúde Mental; Saúde Indígena; Política de Saúde;

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Organograma DSEI-LRR	12
--	----

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
CONTEXTUALIZAÇÃO DA SAÚDE.....	7
METODOLOGIA.....	10
POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO DSEI LESTE	10
A DISCUSSÃO DE SAÚDE MENTAL NO CONSIDI	15
DESAFIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA E O TRATAMENTO	
ADEQUADO.....	16
PONTUANDO ALTERNATIVAS.....	17
CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
REFERÊNCIAS	19

INTRODUÇÃO

Este relatório apresenta o resultado da pesquisa qualitativa, na qual foi utilizada a técnica de observação-participante, considerando as minhas vivências (meu eu narrativo) e atuações enquanto membro do Conselho do Distrito Sanitário Leste de Roraima – CONDISI, assim como participações em conferências e outros eventos de saúde indígena. Foi realizado levantamento histórico de informações acerca de eventos de saúde que trataram do tema saúde indígena. “[...] as técnicas qualitativas podem ser utilizadas para coletar dados tanto sobre interações cotidianas quanto sobre processos sociais de reconstrução histórica” (CEBRAP, 2006, p. 23).

A pesquisa teve por objetivo compreender os impactos dos agravos de saúde mental sobre as populações indígenas, considerando o entendimento das políticas e condições de saúde dos povos indígenas. Para esta finalidade foram realizadas observações e participações em eventos, como as reuniões de CONDISI, conferências local e distrital de saúde, bem como visitas ao Distrito Sanitário Leste de Roraima com o intuito de conhecer a estrutura organizacional, as competências dos setores e os profissionais envolvidos.

Buscar compreender o sofrimento psíquico das pessoas indígenas e os fatores que influenciam em sua saúde mental exige que se devele suas vivências na cultura, costumes, ritos e tradições e a relação destas com o contato com as demais culturas presentes no Estado de Roraima.

Mas para compreender essa dinâmica, é antes de tudo essencial que as lideranças e tomadores de decisões (gestores/políticos, profissionais) tenha a noção da dimensão que é a saúde mental das populações indígenas.

CONTEXTUALIZAÇÃO DA SAÚDE

A saúde mental enquanto objeto da política de atenção a saúde, vem saindo da subjetividade para ocupar espaços como tema de discussões e pesquisa que visam desenvolver diretrizes para as políticas, ações e programas nas diferentes áreas, mas com destaque na saúde. A abordagem desse processo histórico, que conduziu o tema da subjetividade a concretude, exige que se busque compreender os conceitos de saúde e saúde mental, para apenas então adentrarmos a saúde mental dos povos indígenas.

Da Conferência Internacional sobre Cuidados Primário de Saúde, realizada pela Organização das Nações Unidas em 1978, na República do Cazaquistão, resultou a Declaração de Alma-Ata sobre os Cuidados Primários¹. A Declaração trouxe em seu bojo a preocupação dos representantes dos países com a saúde no que tange ao bem estar, visto que os países em desenvolvimento e as aglomerações nos centros urbanos proporcionaram ambientes cada vez mais insalubres que necessitavam de urgentes medidas, como podemos verificar:

I - A Conferência reafirma enfaticamente que a saúde - estado de completo bem estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde (UNICEF-BRASIL, 1979, p. 4).

A partir da declaração de Alma-Ata observamos que o conceito de saúde tem ampla definição, não se prendendo a ideia apenas da ausência de doença, mas ao bem estar físico, mental e social em diálogo com a economia, meio ambiente, trabalho e demais áreas que envolvem a vida humana.

O Brasil também passava por discussões sobre a saúde, movimentos se organizaram para discutir temas específicos e que demandavam a atenção, assim,

Seguindo a trajetória de muitos outros movimentos sociais do país, é no contexto da abertura do regime militar que surgem as primeiras manifestações no setor de saúde, principalmente através da constituição, em 1976, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e do movimento de Renovação Médica (REME) enquanto espaços de discussão e produção do pensamento crítico na área. É basicamente no interior destes setores que surge o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, movimento este que assume papel relevante nas denúncias e acusações ao governo militar, principalmente sobre o sistema nacional de assistência psiquiátrica, que inclui práticas de tortura, fraudes e corrupção. As

¹ Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf.

reivindicações giram em torno de aumento salarial, redução de número excessivo de consultas por turno de trabalho, críticas à cronificação do manicômio e ao uso do eletrochoque, melhores condições de assistência à população e pela humanização dos serviços. Este movimento dá início a uma greve (durante oito meses no ano de 1978) que alcança importante repercussão na imprensa (LÜCHMANN; RODRIGUES, p. 402).

O movimento antimanicomial no Brasil foi fundamental para dar visibilidade às pessoas que pode se dizer eram descartadas pela sociedade, marginalizadas e lançadas ao esquecimento dentro de instituições de se valiam da violência e maus tratos como métodos de tratamento. A preocupação de parte dos profissionais com a situação e luta por melhorias de condições de trabalho, assim como dos familiares das pessoas submetidas a tais tratamentos foram marcantes nesse movimento para dar visibilidade em busca de ações políticas. Cabe salientar que assim como historicamente no país, nas ações de saúde adotadas na área da saúde não havia especificidades para indígenas e tão pouco a discussão de atendimentos diferenciados.

A tensão mundial em decorrência do aumento significativo de doenças, e a necessária intervenção na questão saúde gerou cenário para aprofundamento das discussões das ações e de conceitos de saúde, ou seja, a atenção primária com o objetivo de promover a prevenção e cuidados mostrou-se fundamental. Dessa forma, a atenção primária como elementos de política se refletiu posteriormente na Constituição Federal de 1988 e passou a compor o ordenamento jurídico brasileiro como direito humano e social, que se afirmou no,

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988)

Com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil em 1988, fez-se necessária a regulamentação da saúde tendo sido, portanto, editadas normas jurídicas infraconstitucionais e operacionais, e outros atos administrativos. Um desses instrumentos infralegais trata-se da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” (BRASIL, 1990).

Conhecida como Constituição Cidadã, além de instituir o Sistema Único de Saúde - SUS, coloca a saúde como dever do Estado e direito dos cidadãos. Além disso, essa garantia da saúde abre o leque para as inúmeras áreas que compõem a

política de saúde, dentre elas a saúde mental, e a regulamentação através da Lei nº 8.080/1990, na direção do que já havia proposto a Declaração de Alma, porém com mais amplitude e aprofundamento, evidenciou a relação da saúde com os fenômenos sociais, como pode se observar:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990).

Na lei supracitada, o bem estar mental é enfatizado como elemento da saúde que se traduz atualmente na saúde mental. Porém, a política que se estruturava ainda começa a moldar a saúde mental e não apresentava a saúde indígena como pauta específica. Nesse processo de implementação do Sistema Único de Saúde houve atores que foram essenciais para difundir a ideia e para a construção do sistema, dentre eles os agentes comunitários de saúde,

Eles levam ações e paixões coletivas, solidárias, e tecem fio a fio redes microssociais de alto poder terapêutico. Eles e elas estão articulados com a clínica praticada pelos médicos e enfermeiros, que busca defender a vida e, pela clínica de saúde mental, que busca reduzir internações psiquiátricas, o suicídio e o homicídio, e gerar uma subjetividade cidadã e livre. (LANCETTI, 2008 p. 94).

Esses ações nos interiores do país contribuíram para a criação e implantação da rede de saúde. Nesse mesmo cenário de transformação e discussão da política da saúde, a movimentação de pessoas adentrando e ocupando os territórios no país se expandia continuamente pressionando e expulsando os povos indígenas, a forçada integração para tentar sobreviver – no caso dos conhecidos hoje como indígenas da cidade.

O direito a saúde voltada aos povos indígenas, que conhecemos atualmente, decorre de longas histórias de lutas por atendimento e que só passaram de fato a poder ser cobradas com mais ênfase e embasamento a partir da Constituição Federal de 1988, considerando as diferenças culturais, o que nos ainda hoje, mesmo com a criação da Subsecretaria de Saúde Indígena – SESAI, é um desafio para o processo de implementação da atenção básica e para os atendimentos de média complexidade, isto porque não se pode simplesmente executar um (sub) sistema padrão, há as diferenças étnicas e regionais. Das políticas existentes na SESAI,

destace-se neste relatório o serviço para o atendimento à saúde mental das populações indígenas.

METODOLOGIA

Com o objetivo de conhecer a realidade da aplicação e prática da saúde mental voltada para o atendimento aos povos indígenas, a proposta metodológica utilizada é de natureza qualitativa para assim buscar entender e contextualizar a política e a prática da saúde mental no DSEI Leste de Roraima.

Na delimitação de um caminho teórico-metodológico, compartilho do entendimento de Minayo (1999), de que o conhecimento é construído na relação de aproximação entre sujeitos e objetos/realidade social, que estão em contínua, complexa e contraditória dinâmica.

A relação dialética entre esforço lógico e os compromissos sociais desde a definição do problema de pesquisa até o produto provisório gerado no processo de conhecimento e sua adequação às práticas de saúde é o parâmetro principal de objetivação. Porém, nenhum momento de objetividade exclui o sujeito e sua historicidade, sua formação, seus interesses e suas questões. Incluí-lo como condição do conhecimento, faz parte da visão mais totalizante do processo científico. (Minayo, 1999, p. 251).

Com o objetivo de obter informações e conhecimentos acerca do fato social e da essência do objeto deste estudo, foram definidos como abordagem a pesquisa de natureza qualitativa, do tipo descritiva e adotadas as técnicas de pesquisa bibliográfica e documental, e a observação-participante. As informações coletadas se baseiam principalmente na técnica observação-participante, vivenciando os debates a nível de Conselho Distrital de Saúde Indígena – CONDISI, participando da Conferência Local de Saúde (que ocorre nas regiões), e os registros resultantes das discussões do CONDISI - atas das reuniões disponibilizadas ao público.

POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO DSEI LESTE

Quando se fala em saúde indígena em Roraima, o DSEI Leste é uma referência de informações sobre atendimentos, epidemiologia, censo populacional das comunidades e pólos base, e a prestação de serviços através

das empresas terceirizadas.

A criação do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Leste Roraima ocorreu dentro de uma configuração (Elias, 2008) surgida na década de 1990, que incluiu a reforma do Estado apoiada na terceirização das políticas públicas voltadas para a área social, a Reforma Sanitária, que conduziu à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, e os esforços de atores indígenas e indigenistas voltados para a construção de um “novo indigenismo”, preocupado em colocar em prática as perspectivas sobre os povos indígenas sancionadas pela Constituição Federal de 1988 (CF 88). Tais perspectivas desmontaram, ao menos teoricamente, os supostos, vigentes até então, tutelares e integracionistas em relação a esses povos, reconhecendo aos índios o direito de se manterem como povos etnicamente diferenciados dentro da sociedade brasileira (BARROSO, 2021).

Os povos indígenas de Roraima foram atuantes no processo movimento pela garantia constitucional da saúde e reconhecimento e direito às diferenças, fazendo valer a pluralidade, assim como foram atores importantes para a regulamentação, implantação e implementação das garantias postas na Constituição Federal de 1988.

Como resultado de lutas e conquistas sociais coletiva dos povos indígenas e seus parceiros históricos, criou-se o DSEI Leste com a sua rede de serviços de saúde dentro dos territórios, e em 2010 foi criada pela Lei nº 12.314, de 19 de agosto, a Subsecretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI que tem a competência de coordenar e executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e gerir o subsistema, ambos funcionando e se articulando com a rede de serviços de saúde do SUS.

Na estrutura organizacional do DSEI Leste (**Figura 1**), de acordo com a Nota Técnica nº 17, de 2018 – DIASI/CGPSI/DIASI/SESAI/MS, que é o documento orientador da organização dos processos de trabalho da atenção primária à saúde nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, faz parte de sua estrutura no âmbito da promoção da saúde (núcleo 4) a saúde mental.

Ao observar mais detidamente a referida nota, observamos que o profissional psicólogo compõe a equipe do Núcleo Ampliado de Saúde Indígena – NASI, que trata-se de uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar composta por diferentes categorias de profissionais da saúde que não compõe as Equipes Multidisciplinares da Saúde Indígena – EMSI.

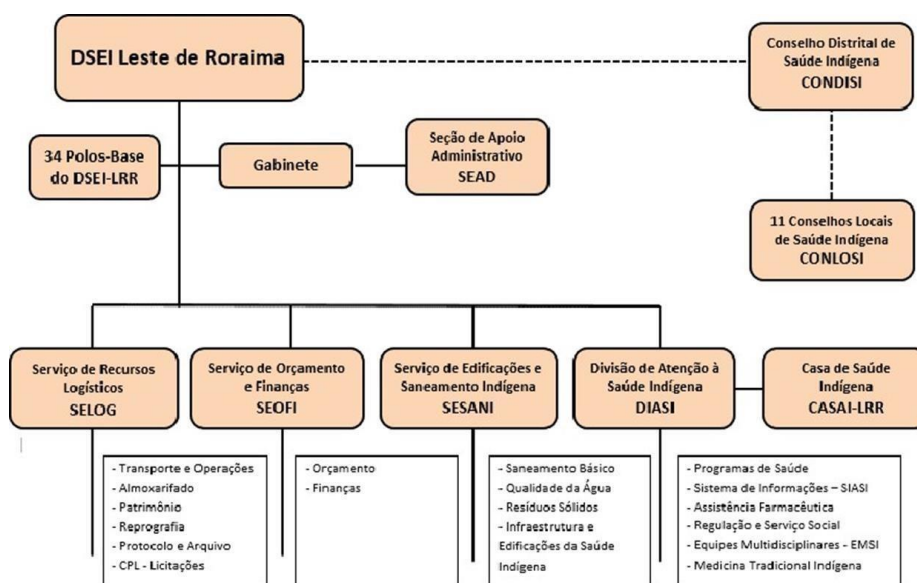
O NASI pelo que podemos observar tem uma função complementar, e as contratações dos profissionais estão condicionadas a realidade do território, ou seja, há flexibilidade para organização e gestão podendo o NASI desenvolver

importantes ações que estão além das competências das EMSI's.

Entretanto, ainda na Nota Técnica que no quadro de núcleos da atenção primária à saúde nas Divisões de Atenção a Saúde Indígena -DIASI e DSEI há a previsão no núcleo 4 (promoção da saúde a saúde mental), porém na descrição dos núcleos o NASI aparece separadamente (páginas 04 e 11 da nota, respectivamente), na qual tecnicamente, o seu funcionamento tem relação direta com as EMSI no que tange a resolução de problemas, demandas e necessidade de saúde da população assistida, o que exige diálogo e compartilhamento de informações e ações com as EMSI e a Rede de Atenção a Saúde (com os municípios e estado).

Ao trazermos para a prática a estrutura organizacional proposta pela Nota Técnica nº 17, de 2018 – DIASI/CGPSI/DIASI/SESAI/MS, no DSEI Leste observa-se que nem no DIASI aparece a saúde mental, possivelmente por estar incluída e subjetiva nos programas de saúde, assim como não há a presença no organograma do NASI (**Figura 1**) e tão pouco das suas subdivisões.

Figura 1- ORGANOGRAMA DSEI-LRR



Fonte: DSEIL, 2022

A partir do ponto de vista da saúde, sabendo da realidade e demanda relacionada ao bem viver dos povos indígenas de Roraima, a subjetividade do programa de atenção a saúde mental, assim como a ausência do NASI na estrutura é uma decisão política que deve ser entendida.

Neste ponto, considerando a dimensão territorial e a diversidade étnica, cultural e social para prestação dos serviços de saúde pelo DSEI Leste, deixar subjetivo ou inexistente o programa de saúde mental e o NASI é contraditório a especificidade e todo o contexto histórico de pressão sobre os povos indígenas de Roraima. E ainda há que se levar em conta que o território atendido pelo DSEI Leste é composto por 11 etnoregiões (Ingarikó, Serras, Baixo Cotingo, Raposa, Serra da Lua, Wai Wai, Tabaio, Amajari, Murupu, Surumu, São Marcos), 33 pólos base, 342 comunidades, 11.759 famílias e um total de pessoas de 57.550 de acordo com informações do censo populacional do SIASI / DSEI LESTE-RR / SESAI / MS, de 30 de junho de 2022.

Em toda essa dimensão descrita em números, e considerando que nesse contexto são atendidos 7 povos indígenas (Ingarikó, Patamona, Macuxi, Wapichana, Taurepang, saporá, Wai Wai), a diversidade, as formas de contatos e pressões pela sociedade não indígena diferem, assim como as formas de ver e interpretar o mundo, o entendimento saúde-doença.

Pensar a Política Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas, ou programa e ações de saúde para povos indígenas, de acordo com a previsão trazida pela Portaria nº 2.759, de 25 de outubro de 2007, requer além do conhecimento terapêutico, de cuidados e acolhimento, conhecimento antropológico e compromisso da gestão. É válido salientar na implantação e implementação de políticas públicas que já estão garantidas e que contam com recursos destinados, dependem muito do entendimento da importância, da vontade política das gestões envolvidas e tomadoras de decisão.

O Art. 1º da supracitada portaria “Estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas e cria o Comitê Gestor”, contem em seus incisos as diretrizes da política para as quais chamo a atenção especificamente:

IV - garantir ações integradas, através da articulação institucional entre as diferentes esferas de governo (União, Estado e Municípios); (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007)

Em Roraima é de conhecimento público, assim como é discutido nas reuniões do Conselho Distrital de Saúde Indígena do DSEI Leste, as dificuldades em articular ações com os municípios, principalmente no tocante ao distanciamento de diálogos entre as gestões do DSEI e municípios, e com o próprio Estado, desde remoções a

competências no atendimento prático diário nas regiões.

Com relação a garantia da acessibilidade, vemos no inciso:

V - garantir acessibilidade, sobretudo através da potencialização das ações de construção coletiva de soluções para os problemas de saúde mental no nível da atenção básica, e da potencialização dos CAPS na construção coletiva de ações em seu território, sobretudo em regiões com grande concentração de comunidades indígenas; (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007)

A atenção aos indígenas com algum tipo de transtorno mental ou com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas precisa que a intervenção seja pensada, analisada e planejada de acordo com a realidade de cada povo e comunidade. Principalmente, porque a Rede de Atenção Psicossocial não possui em Roraima o alcance desejável e tão pouco o ideal.

Dos 15 municípios de Roraima, apenas Boa Vista possui uma rede com estrutura básica de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, para atendimento e tratamento de pacientes que sofrem com algum tipo de transtorno, ou seja, mesmo que o parente ou sua família em algum momento decida que precisa e que quer buscar ajuda, a própria organização da rede é insuficiente, porque está fora do alcance.

Além disso, cabe destacar outros fatores que mesmo parecendo insignificantes ou fáceis de resolver, não é tão simples, por exemplo, para ser atendido é necessário que se apresente cópia de RG, CPF, cartão do SUS e comprovante de residência. Há de se considerar que em Roraima, principalmente nas comunidades de difícil acesso existem pessoas que não possuem RG, CPF, título, cartão do SUS e muito menos comprovante de residência. Mesmo com o trabalho da Justiça Itinerante de tirar a documentação, a falta de documentos ainda é uma realidade presente, ou seja, há pessoas que estão muito mais à margem.

Estas são algumas das situações práticas e políticas que são questionadas pelas lideranças nas suas reuniões quando o tema se refere a saúde, sendo o uso abusivo do álcool e a violência decorrente, uma das pautas bastante discutidas, no entanto sem propostas de resolução exequíveis.

O combate a bebida alcoólica é uma das bandeiras do Movimento de Mulheres indígena de Roraima – OMIRR, com o lema “não a bebida alcoólica”, tendo inclusive o caxirí e o pajuarú - tradicionais bebidas alcoólicas indígenas – proibidas em algumas comunidades. Todas essas informações são colocadas nas reuniões de comunidade e assembleias quando há o tema saúde.

E através dessas cobranças e da exposição de situações internas das comunidades que se observa que a política não alcança os objetivos a que se propõe e tampouco a sua efetividade e eficiência.

A DISCUSSÃO DE SAÚDE MENTAL NO CONDISI

O tema saúde mental das populações indígenas no âmbito do Conselho Distrital de Saúde Indígena – CONDISI, do DSEI Leste é um espaço deliberativo e de composição paritária, que em seu regimento garante a participação dos usuários de saúde, profissionais indígenas e não indígenas, parceiros e gestão (explicando de forma bastante simplificada). E nesse contexto de deliberação e decisões das políticas e das ações de saúde, que a pauta saúde mental tem conseguido ter um avanço diferenciado da gestão, visto que os membros, principalmente os indígenas que vivem a realidade das suas comunidades, identificam muito claramente as problemáticas decorrentes de transtornos mentais, com ênfase no uso de substâncias psicoativas, e mais ainda a ausência e carência de efetivação da política de saúde mental das populações indígenas.

Estes posicionamentos podem ser observados na Resolução do CONDISI, aprovada na 93ª Reunião Ordinária do CONDISI DSEI LRR, que aconteceu de 19 a 21 de fevereiro de 2019, que em seu item 13. *A plenária do CONDISI LRR aprova o projeto para a criação do Centro de Reabilitação de Dependentes Químicos Indígenas.*

O CONDISI vem pensando não apenas as ações de atendimento como vem ocorrendo, mas de tratamento e cuidados com as pessoas. A definição de construção de um centro é essencial para o princípio da efetivação real.

Este posicionamento é colocado também na Resolução aprovada na 95ª Reunião Ordinária do CONDISI DSEI LRR, entre os dias 16 a 18 de julho de 2019, no item 3. *A plenária do CONDISI, aprova a criação da comissão para a acompanhar a implementação do Centro de Reabilitação para dependentes químicos indígenas.*

Como notado até aqui, o CONDISI vem se posicionando acerca do tema, porém ao analisarmos detidamente, mesmo sendo uma pauta de alta relevância, cuja realidade impacta rotineiramente as comunidades, não é prioridade a não ser que algum membro proponha a alternativa. Identificando-se que isto decorre da falta de entendimento do tema.

DESAFIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA E O TRATAMENTO ADEQUADO

Mesmo havendo a demanda por parte das comunidades, a preocupação tanto da gestão como do próprio CONDISI está focada principalmente na contratação e presença de profissionais das Equipes Multidisciplinares, medicamento e material médico-hospitalar, e transporte, por exemplo, isto é observável nas atas das reuniões. Grande parte das discussões se voltam as atividades práticas do dia a dia.

O NASI não está em funcionamento, o que existe é a composição dos núcleos que compõem a DIASI, tendo como foco as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena – EMSI.

Quanto a equipe da saúde mental, é pequena que e composta por apenas três profissionais psicológas, das quais uma delas é quem é responsável pela gestão, enquanto para toda a dimensão territorial, diversidade étnica e regional são apenas duas psicólogas de campo. O núcleo não dispõe de condições básicas como transporte próprio para a realização das ações planejadas, acompanhamentos e demais competências do NASI de acordo com a Nota Técnica nº 17 de 2018 – DIASI/CGPSI/DIASI/SESAI/MS. Dentre as categorias voltadas ao atendimento no âmbito do DSEI Leste a de saúde mental é a menor, sem infraestrutura e logística para atuação.

Assim, o objeto do Bem Viver dos Povos Indígenas através da promoção da prática dos cuidados e autocuidado, especialmente no que tange a enfrentamentos a situações e demandas muito presentes nas comunidades indígenas como o uso abusivo de álcool e outras drogas, violências de diversos tipos, suicídios... sofre prejuízos significativos na sua implementação e nas suas metas, em decorrência do vazio da política e pela ausência de profissionais, infraestrutura e referência de apoio.

Desse modo além dos desafios corriqueiros como a negação, a vergonha, a falta de recursos financeiros para a busca de um tratamento adequado, já que o parente teria que sair da sua comunidade para acessar a rede de atenção psicossocial na capital, ainda há o desafio para o DSEI Leste que necessita redefinir suas prioridades de ações, oferecendo estrutura para que o NASI

funcione e realize as ações de sua competência.

PONTUANDO ALTERNATIVAS

Diante das observações realizadas e identificados desafios para a implantação da saúde mental para populações indígenas no DSEI Leste, e considerando a importância e o impacto que é invisibilizado pela negação na organização do próprio DSEI, apresento alternativas iniciais que podem corroborar com o processo de implantação de fato do NASI e seu efetivo funcionamento.

1. Promover cursos voltados aos conselheiros do CONDISI, pois este é um espaço de importantes deliberações, fiscalização e apresentação de demandas, o que requer que seus membros tenham compreensão do tema.;
2. Realizar oficinas que tratem da saúde mental indígenas com os profissionais das do DIASI, com destaque para as EMSI e aqueles que compõem setores da gestão.
3. Implantação e implementação efetiva do NASI.
4. Firmar parcerias para a realização das oficinas e cursos, assim como para a realização do Seminário de Saúde Mental das Populações indígenas.
5. Criação de um Centro de Atenção Psicossocial Indígena – CAPSI.

O foco das propostas estão primeiramente em fazer entender o tema para que assim se construa um espaço para debates e diálogos com embasamento e conhecimento do tema e culminar na implantação de Centro de Ressocialização de Dependentes Químicos Indígenas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relatório não se trata de uma denúncia e sim, de apresentar a realidade do processo de (des) efetivação política de saúde mental das populações indígenas e a necessidade de que haja vontade política na gestão, em todos os níveis.

O DSEI Leste, pelo que pude observar, ainda está implantando, sem ter como prioridade, a saúde mental de forma solta, pois o programa aparece no DIASI, e o NASI não aparece como NASI e tem apenas três profissionais que, logicamente, são insuficientes para atender a toda a demanda, o que com certeza deixa as metas defasadas.

E obviamente, enquanto gestora em saúde devo salientar, considerando a Nota Técnica nº 17 de 2018, a flexibilidade que ela dá para a composição das equipes do NASI, que a efetivação e estruturação deste depende quase que exclusivamente da vontade política da gestão. Assim como, é fundamental que seja investido em eventos para esclarecimentos e entendimento por parte do CONDISI da importância da política de saúde mental para as populações indígenas.

Identifico aqui que falta esclarecimento para os conselheiros sobre o que é a saúde mental e como deve funcionar a rede de atenção psicossocial, pois além de uma estrutura física para direcionar e acolher os parentes que necessitam desses cuidados e atenção, é necessário que as comunidades e as lideranças, assim como também as equipes de saúde compreendam toda a dinâmica e diversidade que envolve o bem viver indígena.

REFERÊNCIAS

BARROSO, M. M. Dos organismos às organizações: a estruturação do DSEI Leste Roraima e as mobilizações em torno da saúde indígena. In: PONTES, A. L. M., MACHADO, F. R. S., and SANTOS, R. V., eds. Políticas Antes da Política de Saúde Indígena [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2021, pp. 309-333. Saúde dos povos indígenas collection. ISBN: 978-65-5708-122-8.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 1988, com as alterações anotadas pelas emendas constitucionais nº 1/92 a 44/2004... Brasília, DF: Senado Federal, 2004. 507 p.

_____. Lei n.º 9.836/99, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 23 de setembro de 1999.

_____. Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, seção 1, 20 set. 1990, p. 18055.

CEBRAP. SESC/São Paulo. Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais – Bloco Qualitativo. São Paulo: SESC/São Paulo, 2016.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2ª Ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2002.

Lígia Helena Hahn Lüchmann, L. H. H.; Rodrigues, J. O movimento antimanicomial no Brasil. In: Ciência & Saúde Coletiva, 12(2):399-407, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200016>>. Acesso em: 10 nov. 2022.

Minayo, M. C. S. (1999) O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. (6. ed.) São Paulo: Hucitec.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. Portaria nº 2.759 (2007, 25 outubro). Estabelece diretrizes gerais para a política de atenção integral à saúde mental das populações indígenas e cria o comitê gestor. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/qm/2007/prt2759_25_10_2007.html>. Acesso em: 10 nov. 2022.

UNICEF/BRASIL. Cuidados Primários. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata. OMS: URSS, 6 – 12 set, 1978.