

# Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas de Porto Velho/RO: a voz das lideranças<sup>1</sup>

*Policy for Integral Attention to Mental Health of Indigenous Peoples of Porto Velho / RO: the voice of leadership*

*Política de Atención Integral a la Salud Mental de los Pueblos Indígenas de Porto Velho / RO: la voz de liderazgo*

Priscilla Perez da Silva Pereira<sup>2</sup>  
Arneide Bandeira Cemin<sup>3</sup>  
José Juliano Cedaro<sup>4</sup>  
Ari Miguel Teixeira Ott<sup>5</sup>

1 O Seminário sobre a Política de Atenção Integral à Saúde Mental à Saúde Mental da População Indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena de Porto Velho/RO foi promovido pela Universidade Federal de Rondônia por meio do Centro de Estudos do Índio de Rondônia (CESIR), com apoio da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI)/Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Porto Velho e financiado pelo Ministério da Saúde/Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT).

2 Enfermeira. Mestre em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente pela Universidade Federal de Rondônia. Professora do departamento de Enfermagem. Pesquisadora do Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia.

3 Historiadora. Doutora em Antropologia pela USP. Professora do departamento de Ciências Sociais e Programa de Pós Graduação em Desenvolvimento Regional de Meio Ambiente, pesquisadora do Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia.

4 Psicólogo. Pós-doutorado em Psicologia pela Universidade de São Paulo. Docente da graduação e do mestrado em Psicologia da Universidade Federal de Rondônia.

5 Médico psiquiatra. Doutor em Ciências Humanas pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professor do departamento de Ciências Sociais e Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente. Pesquisador do Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia.

## RESUMO

Este artigo é fruto de reflexões desenvolvidas a partir de um Seminário sobre a Política de Atenção Integral à Saúde Mental da População Indígena realizado pela Universidade Federal de Rondônia (UFRO) e o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Porto Velho/RO. Apresenta conclusões e recomendações, tendo como base as discussões desenvolvidas a partir de questões, organizadas em quatro eixos, propostas aos Grupos de Trabalhos (GT). O primeiro eixo foi a respeito da concepção de normalidade/anormalidade; o segundo se referia ao Itinerário Terapêutico, enfatizando os tratamentos tradicionais; o terceiro eixo apontou a função das lideranças, controle social e das instituições de assistência e apoio à população indígena no que se refere às ações de saúde mental; e o quarto eixo consistiu a discussão sobre a avaliação dos serviços de saúde sobre as quais recaíram as queixas pelas dificuldades em implantar políticas de atenção integral de saúde às populações indígenas, pois

estas ainda estariam sustentadas no modelo psiquiátrico que defende uma concepção universal das doenças e não considera os aspectos culturais relacionados ao adoecimento psíquico.

**Palavras-chave:** População indígena; Atenção à saúde; Saúde mental.

### ABSTRACT

This article is the result of reflections developed in a Seminar on the Politics of Integral Indigenous Population Mental Health and conducted by UFRO and DSEI Porto Velho / RO. Presents conclusions and recommendations, based on discussions with the leaders and other participants of the event, developed from questions, organized into four main proposals to the Working Groups (WG). The first axis was about the conception of normality / abnormality and the second referred to the Therapeutic Itinerary, emphasizing traditional treatments, the third axis pointed to the role of leadership, social control and institutional assistance and support to the indigenous population as refers to the mental health services, and the fourth axis consisted discussion on the evaluation of health services on which the complaints fell by difficulties in implementing policies of comprehensive health care to indigenous populations, as these would still be held in psychiatric model that advocates universal design diseases and does not consider cultural aspects related to mental illness.

**Keywords:** Indigenous population; Healthcare; Mental Health.

### RESUMEN

Este artículo es el resultado de las reflexiones desarrolladas en un seminario sobre la política de la población indígena de la Salud Mental Integral y realizado por UFRO y DSEI Porto Velho / RO. Presenta conclusiones y recomendaciones, con base en las discusiones con los líderes y otros participantes del evento, desarrollado a partir de preguntas, organizadas en cuatro grandes propuestas a los Grupos de Trabajo (WG). El primer eje es sobre la concepción de normalidad / anormalidad y la segunda se refiere al itinerario terapéutico, haciendo hincapié en los tratamientos tradicionales, el tercer eje se refirió a la función de liderazgo, control social y la ayuda institucional y apoyo a la población indígena como se refiere a los servicios de salud mental, y el cuarto eje consistió en la discusión sobre la evaluación de los servicios de salud en el que las quejas cayeron por las dificultades en la implementación de políticas de atención integral de salud a las poblaciones indígenas, ya que todavía se llevan a cabo en modelo psiquiátrico que aboga enfermedades del diseño universal y no considera los aspectos culturales relacionados con la enfermedad mental.

**Palabras clave:** población indígena, Salud, Salud Mental.

### INTRODUÇÃO

No âmbito nacional, as discussões sobre a execução de ações assistenciais no campo da saúde mental para populações indígenas se iniciaram a partir da III Conferencia Nacional de Saúde Indígena em 2001 com propostas de intervenções focadas nos problemas do

consumo de bebidas alcoólicas em terras indígenas<sup>1</sup>.

No plano de metas do Departamento de Saúde Indígena (DESAI) para 2006, foi estabelecida a formulação de programas de prevenção e intervenção em saúde mental com sua implantação para aquele ano em até 80% dos DSEI de todo território brasileiro<sup>2</sup>. E, para regulamentar a implantação desses programas, a Portaria nº 2.759/07, do Ministério da Saúde, traz diretrizes gerais para a política de atenção integral à saúde mental da população indígena<sup>3</sup>. Entretanto, as diretrizes descritas nesse documento não representam o fim em si mesmo e sim o início de uma longa jornada de discussões sobre o papel da psiquiatria, dos profissionais de saúde e da própria comunidade indígena nesse processo.

Este artigo foi elaborado a partir dos relatórios dos Grupos de Trabalhos (GT) do Seminário sobre a Política de Atenção Integral à Saúde Mental da População Indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena de Porto Velho/RO realizado no mês de maio de 2013. A proposta da realização do seminário ocorreu a partir das constantes denúncias das lideranças indígenas e profissionais de saúde sobre o aumento de problemas de saúde mental entre os indígenas e a necessidade de implantação do programa de saúde mental para as populações indígenas do DSEI Porto Velho.

Outro fator motivador para promover um ambiente de discussão sobre a temática indígena foi o aumento dos casos de violência, isolamento social e o relato de sentimentos como medo e tristeza que tem sido atribuído pela liderança indígena, bem como pelos profissionais de saúde, como resultado do uso

abusivo de bebidas alcoólicas, intensificação do contato com não-indígenas e a ocorrência de projetos de desenvolvimento nas proximidades ou dentro das terras indígenas, como, por exemplo, hidrelétricas, extração de recursos naturais e construção de estradas.

A pergunta norteadora do Seminário e, portanto deste artigo, foi: como implantar a política de atenção integral à saúde mental no DSEI Porto Velho? O resultado dessas discussões será apresentado neste artigo, focalizando as queixas e demandas elencadas pelas lideranças a respeito das ações a serem implementadas no campo da saúde mental entre os indígenas do DSEI Porto Velho.

## **MATERIAIS E MÉTODO**

O território do DSEI Porto Velho está organizado em cinco Polos Base: Alta Floresta D'Oeste (RO), Guajará-Mirim (RO), Humaitá (AM), Ji-Paraná (RO) e Porto Velho (RO). São 15 municípios com áreas indígenas abrangendo os estados de Rondônia, Amazonas e do Mato Grosso, conforme os registros do DSEI Porto Velho/RO, são mais de 11 mil indígenas, 60 etnias, distribuídos em 154 aldeias.

O Seminário contou com a participação aproximada de cem pessoas entre acadêmicos, pesquisadores, profissionais da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), da Secretaria Estadual de Saúde de Rondônia (SESAU), da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho (SEMUSA) e representantes dos seguintes povos indígenas: Gavião; Arara; Zoró; Oro Não (Wari); Oro Mon (Wari); Jabuti; Tupari; Aruá; Tenharim,; Parintintin; Jiahui; Uru Eu Wau Wau; Amondawa; Aruá; e

Karitiana.

Os participantes dos Grupos de Trabalho (GT) foram divididos por polos-base e as discussões ocorreram em dois dias pautadas a partir de perguntas disparadoras elaboradas com base na Portaria nº 2.759, de 25 de outubro de 2007 e organizadas em quatro eixos temáticos: O primeiro foi a respeito da concepção de normalidade/anormalidade, peculiar de cada etnia. O segundo eixo se referia ao Itinerário terapêutico, ou seja, como cada comunidade emprega a “auto-atenção” em casos de transtornos mentais e quando recorrem à ajuda externa. O terceiro eixo sobre o papel das lideranças, controle social, das instituições assistenciais e de apoio nesse processo de saúde/doença. E, por fim, o quarto eixo consistia na discussão sobre o a avaliação das ações de saúde.

As perguntas referentes à concepção de normalidade/anormalidade foram: Como a aldeia define que a pessoa não está no seu comportamento normal? O que é não estar no seu comportamento normal? Optou-se por não usar termos como – “doente” e “não doente”, devido ao interesse de discutirmos o processo em que ocorre o diagnóstico coletivo de problemas de saúde mental entre indígenas, não apenas o resultado final de uma classificação como transtorno mental.

Em relação ao Itinerário Terapêutico as perguntas foram: O que as outras pessoas da aldeia fazem com quem não está no seu comportamento normal? Em que situações a aldeia consegue resolver os problemas da pessoa que não está no seu comportamento normal? Em que situação é necessário que a pessoa que não está no seu comportamento

normal saia da aldeia? O que acontece quando é necessário que a pessoa que não está no seu comportamento normal saia da aldeia?

Sobre o papel das lideranças indígenas, do controle social e das instituições assistenciais e de apoio às populações indígenas foram propostas as seguintes questões: Qual o papel das lideranças indígenas na condução para resolver os problemas das pessoas que não estão no seu comportamento normal? Do mesmo modo, qual o papel do Conselho de saúde, do DSEI, do Município (Unidades Básicas de Saúde, CAPS e hospitais) e da universidade?

E, por fim, o item avaliação dos serviços foi discutido por meio das perguntas: Como deve ser feito o acompanhamento e a avaliação das ações de saúde mental indígena realizada pelas instituições envolvidas na assistência?

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

### **A concepção de normalidade/anormalidade**

Os sinais e sintomas que definem o diagnóstico das doenças mentais não são universais e tem intrínseca relação com a cultura dos indivíduos, com o sistema de símbolos que fornece modelos para cada grupo em um determinado tempo. Portanto, quando se pensa nos sinais e sintomas definidos pelos indígenas para os transtornos mentais, compreende-se que esses significados emergem de situações concretas e em constante transformação<sup>5</sup>.

Para os representantes indígenas do DSEI Porto Velho, o padrão de normalidade no campo da saúde mental foi definido como o cumprimento de normas de condutas

consideradas pela própria comunidade como de acordo com a sua cultura. A forma de ser do indígena é definida pela sua herança cultural e por um código de condutas em constante modificação que representa um consenso coletivo mediado pela liderança. Uma das falas foi a seguinte: *“A liderança compartilha os problemas com a comunidade, antes o cacique que definia o normal, mas hoje o cacique é eleito através da comunidade, e ele não define sozinho” Tupari.*

Compreende-se como anormalidade, apresentar-se com um comportamento fora dos padrões de conduta da comunidade, como bem exemplifica a seguinte fala: *“sair das tradições da própria cultura é considerado como louco” Karitiana.*

No campo individual os sinais e sintomas descritos foram: isolamento da convivência social; sentimento de medo frente a situações que normalmente não seriam consideradas como ameaçadoras para a comunidade; ouvir vozes; criança que não presta atenção, não obedece, não fica quieta e tem problemas de aprendizado; uso excessivo do tabaco e álcool; a quebra de normas de conduta, como por exemplo, a escolha de um indivíduo para casar que não segue as normas culturais.

No campo coletivo foram apontados problemas de ordem social, político e cultural como causas de mudanças nos padrões de normalidade dos indígenas de uma aldeia. Os representantes dos Polos base de Humaitá e Guajará-Mirim apontaram o sentimento de impotência frente a questões que a comunidade não consegue resolver como, por exemplo, conflitos por terra devido a invasões; mudanças ambientais, sociais e econômicas advindas

de projetos de desenvolvimento como a construção de hidrelétricas. Questões políticas também podem gerar mudanças nos padrões de normalidade, como opiniões divergentes entre uma liderança política e uma liderança tradicional, que venham gerar tensões na comunidade.

Os fatores sociais como causadores de transtornos mentais são classificados como determinantes sociais e econômicos da saúde mental e esses fatores são: condições de trabalho e desemprego; educação; pobreza; condições de habitação; nível de urbanização; discriminação e violência sexual, de raça ou de gênero; experiências precoces; interação familiar; exclusão social; estigma; cultura e acontecimentos de vida estressantes<sup>4-5</sup>.

O indivíduo que demonstra um padrão de anormalidade não é, necessariamente, considerado pela aldeia como doente. Esse padrão de comportamento pode estar relacionado à tentativa de ajustamento, adaptação ou mecanismo de alívio das tensões e das ansiedades<sup>12</sup>. A definição do padrão de anormalidade como uma doença, transtorno mental, ocorre após um diagnóstico conjunto feito pela família, liderança e comunidade e a causa dessa doença define o itinerário terapêutico.

Entretanto, não se trata de um simples consenso, mas uma sequência de decisões e negociações entre várias pessoas e grupos com interpretações divergentes a respeito da identificação da doença e da escolha da terapia adequada. *“Quando um indígena é considerado pela comunidade como com problemas do campo da saúde mental, essa comunidade se reúne quantas vezes acharem necessário para*

*discutir o problema enfrentado pela família e pela aldeia e tentam definir soluções” Tupari.* Esse processo de decisões quanto o diagnóstico e a terapêutica é uma experiência organizativa, social e também de conhecimento, pois permite a incorporação de novos materiais e métodos de construção e desconstrução da saúde/doença num processo contínuo de negociação e intercâmbio<sup>7</sup>.

A alcoolização foi apontada como a principal causa para o comportamento anormal de um indivíduo e diagnóstico de bebedor doente. Portanto, é uma demanda importante para o campo da saúde mental no DSEI Porto Velho.

O consumo de bebidas alcoólicas possui um conjunto de consequências positivas e negativas que se desloca do campo individual para o coletivo, podendo ser considerado pelos indígenas como um beber problemático ou não, dependendo do comportamento assumido pelo alcoolista<sup>9-11</sup>.

Os modelos teóricos utilizados para essa definição de beber problemático são os de Menendez (1982)<sup>9</sup> e Langdon (2005)<sup>10</sup>, no qual não interessa se o indivíduo é dependente físico do álcool, mas importam quais os impactos negativos que esse ato desencadeia em sua vida, incluindo família e comunidade. Logo, é um fenômeno social e não individual, numa ótica distinta do modelo biomédico dominante em nossa literatura.

Para os representantes dos povos Tupari, Aruá, Gavião e Karitiana o estado de anormalidade ocorre a partir da substituição da bebida artesanal, que tem como característica fermentação de baixo teor alcoólico, pelo hábito de se ingerir bebidas industrializadas,

associando ou não com os rituais tradicionais:

*Sem bebida alcoólica a pessoa é normal, depois que bebe fica nervosa e ameaça. Isso é muito chocante para nós e isso não é normal (Tupari).*

*A partir do momento que a pessoa bebe...bebe, consome bebida não controlável, chega determinado momento na própria casa e acontece agressão física, até verbais, quando falo isso não é apenas Gavião é geral (Gavião).*

*Quando bebe e para de beber não está no seu sentido normal, causando tremedeira, se beber de novo fica melhor (ZORÓ).*

*Com Álcool a pessoa não vai pescar, não vai trabalhar e gasta o dinheiro dos velhos com bebida. Ocorre desvio de recurso (Aruá)*

A cachaça é a bebida alcoólica mais consumida devido ao seu valor acessível e não ser necessário refrigeração. Ela pode ser consumida pura ou misturada às bebidas artesanais como o cauim/chicha. A reprovação do consumo de bebidas alcoólicas não está ligada a quantidade que se consome e nem a intensidade do consumo, mas sim ao comportamento inadequado de quem o utiliza<sup>13-14</sup> “*tem parente que toma a bebida e fica quietinho, mas tem parente que toma e que bate, que agredi, como a professora falou na palestra*”(Jiahui) “*As vezes a bebida faz bem pra mim, as vezes faz mal pra outro*” (Tupari).

A utilização da bebida em dias de festa, em grupos, e sem comportamentos de violência,

é permitido. O que torna o uso de álcool um problema é o consumo nos dias de trabalho, a ponto de levar a comportamentos agressivos e provocar brigas dentro da aldeia ou na cidade, bem como o uso do dinheiro para compra de bebidas deixando assim de prover à família o necessário para a subsistência<sup>11</sup>.

O consumo de bebidas alcoólicas de modo abusivo pelos jovens foi apontado como um problema importante. O consumo ocorre em grupos durante os campeonatos de futebol nas aldeias; à noite, enquanto ouvem músicas; ou durante a permanência dos jovens nas cidades. Os relatos são de que os jovens indígenas consomem as bebidas alcoólicas nas cidades de modo descontrolado e sem possibilidade de intervenção das lideranças.

Os problemas de saúde mental devido ao uso abusivo do álcool estão relacionadas a moral. Estudos realizados com os Tenharim<sup>11</sup> e indígenas do Vale do Guaporé<sup>15</sup> foram corroborados por falas dos GT do Seminário que apontaram o estigma vivido pelos indígenas considerados doentes devido ao uso de bebidas alcoólicas - *“Em relação ao alcoolismo, e mais ainda o uso de drogas ilícitas, a comunidade não aceita. Vê como safadeza, fraqueza, que a pessoa não vale nada. Dificuldade de admitir que há problema com alcoolismo. Não se fala; não se aceita”* (Karitiana).

Em relação ao consumo problemático de bebidas alcoólicas, os representantes indígenas demonstraram grande preocupação principalmente com os jovens, temendo que eles se tornem doente. Neste caso, quando passam a consumir a bebida alcoólica de modo rotineiro, não conseguindo ficar sem o consumo durante alguns dias, ingerindo sozinho e não

mais em grupos.

Assim, a expectativa das comunidades indígenas do DSEI Porto Velho é que sejam realizadas ações de prevenção, mas também atendimento adequado aos casos que a comunidade classifica como doentes: *“Precisa da intervenção de equipes de saúde/educação para orientar sobre como proceder. Para esses casos, as aldeias se veem impotentes para resolver”* (Tenharim).

### **O Itinerário Terapêutico**

Após o reconhecimento dos sinais, sintomas e causas de uma doença, o processo de diagnóstico se institui e as pessoas envolvidas podem decidir as práticas de saúde a serem executadas. O caminho percorrido pelo doente em busca de tratamento é chamado de itinerário terapêutico, ou seja, um percurso que envolve um conjunto de planos, projetos e estratégias voltados para um objeto preconcebido, portanto é uma ação intencional<sup>16</sup>. A prática de definir o diagnóstico e o itinerário terapêutico entre os indígenas são partes de um sistema lógico-conceitual e não apenas fragmentos de ações intempestivas e sem planejamento<sup>5</sup>.

O tratamento pode ser executado na própria aldeia ou podem ser acionados outros órgãos para atuarem no processo terapêutico junto à comunidade. A sociedade gesta o saber no qual repousa a maior parte de suas intervenções (família e comunidade) e os conhecimentos especializados (pajés, parteiras, médicos)<sup>7</sup>.

A quebra de normas tradicionais pode ser causa para os problemas de saúde mental, ou seja, fatores que interferem na relação equilibrada entre o espírito, o corpo,

psicológico e a natureza. Assim, nestes casos o tratamento indicado deve ser o embasado em práticas tradicionais da cultura indígena.

*Tradicionalmente, a pessoa nesta situação, ou seus pais, precisavam participar de um ritual de purificação para direcionar seu coração, seus sentimentos por exemplo: uso de folhas da floresta, banho quente, ficar sem sexo. Tradicionalmente se entende como um castigo ou um feitiço (Karitiana).*

*Observando a pessoa, o que está acontecendo com ele, conversa com ele, conversa com a família para saber o que está acontecendo com ele, então convida pai, cacique ou pajé para resolver o problema dele. O pajé verifica se o espírito está bem ou mal, se o pajé resolver não precisa levar ele nos órgãos aí resolve na aldeia mesmo, o pajé faz reza verifica o espírito até curar (Arara).*

Apesar de os pajés serem citados como essenciais para a manutenção do equilíbrio dos membros de uma aldeia, são poucas as comunidades que ainda possuem pajé: “*Já fui tratado por pajé. Hoje a nossa comunidade tá mais envolvida com medicamento da farmácia, a gente tá deixando a desejar com o nosso pajé. O pajé tira feitiço que coloca na gente, nós sentimos muita falta*” (Tupari). Foram apontados três causas para que a formação dos pajés e a execução das práticas tradicionais não estejam ocorrendo nessas aldeias: 1) ensinamentos das igrejas cristãs; 2) rompimento das tradições que levavam ao processo de formação de um novo pajé; 3) opção dessas comunidades por atividades que impliquem em menos tempo dispendido, como

bem exemplifica a seguinte fala: “*Casos como epilepsia que, tradicionalmente, há tratamento e cura, mas preferem remédio, tratamento vindo de fora, pois no tratamento indígena há muita exigência. Com remédio é mais fácil*” (Karitiana).

A fala dos representantes dos povos Gavião e Zoró exemplifica a interferência da igreja cristã na execução de práticas tradicionais como a pajelança:

*Tenho até vergonha de falar; mas por mais que exista o pajé, não é mais realizado práticas. Se não há prática hoje, nesse sentido, é por causa da igreja (GAVIÃO).*

*Tinha pajé agora não tem mais pajé. Agora é a igreja, se acontecer algo ruim com alguém, pede na oração para pegar ele de volta. No passado tinha pajé aí pedia conselho. Hoje não tá tendo nenhum problema na aldeia acabou tudo (ZORÓ).*

Em relação à dificuldade de formação dos novos pajés, o processo de aprendizado foi apontado como longo e dificultoso. Por isso, não atrai os jovens. Também foi referido como causa para o declínio da atuação e formação dos pajés a valorização do modelo biomédico que se sobrepõe ao saber tradicional:

*Na sociedade indígena antigamente tiveram muitos pajés bons, mais hoje para nos formar pajés ou formar nossos filhos fica difícil. Ele vai ficar em jejum muito tempo; O pajé fuma muito. Não estou desrespeitando o nosso antepassado, mais isso vai direto para o pulmão dele.*

*Por isso que hoje o Tupari não tem pajé formado. Hoje nós estamos no meio de vocês, no meio do SUS. Temos três pajés, mas não curam. Na minha visão não quero ser pajé e não quero formar meus filhos para ser pajé. Então pensei que os nossos antepassados morreram intoxicados do fumo (Tupari).*

Apesar da significativa diminuição ou ausência do tratamento mediado pelos pajés em algumas aldeias, percebe-se que entre as ações executadas pela própria comunidade, com objetivo de tratar os indivíduos acometidos por problemas do campo da saúde mental, estão as práticas tradicionais de auto-atenção: anteriormente, exclusivas dos rituais xamânicos e atualmente, vivenciadas no ato de aconselhar<sup>9</sup>.

A auto-atenção é um conceito formulado por Menendez (1982) e aborda os fenômenos culturais que uma sociedade lança mão para prevenir, controlar, medicar e enfrentar os episódios de doença e garantir a manutenção à saúde<sup>9</sup>.

O ato de aconselhar é uma das formas de auto-atenção de grande importância na terapêutica dos problemas de saúde mental. *“Tradicionalmente há conversa, procura-se dar conselho, obedecer aos mais velhos” (Tenharim)*. O ato de falar boas palavras é realizado pelos mais velhos e lideranças e envolve não apenas o indivíduo com problemas, mas toda a sua família incluído as crianças que participam de todo processo de diálogo entre indivíduo, família e comunidade.

Outras ações foram citadas como parte do processo terapêutico: o regate cultural por

meio de festas e jogos; as ações educativas; monitorar o comportamento do indivíduo com problemas; e em alguns casos a mudança do indivíduo e/ou sua família para outra aldeia. Ou ainda a exclusão do indivíduo ou da sua família da aldeia e da liderança. A decisão de afastar o indivíduo ou sua família pode ser devido ao estado de saúde ou devido a questões sociais.

O afastamento de um indígena da aldeia devido ao seu estado de saúde ocorre nos casos em que a comunidade define que este está doente e precisa de intervenção de medicamentos e acompanhamento dos profissionais de saúde como, por exemplo, alcoolismo e problemas neurológicos. A exclusão por questões sociais, ocorre nos casos de não cumprimento das regras da etnia que é considerada a dona do território (tanto nos casos de visitas, quanto se várias etnias moram em uma mesma terra indígena); se o comportamento do indivíduo é considerado como negativo para a imagem da etnia frente a outras comunidades; bem como, em alguns casos de dependência de álcool e outras drogas principalmente quando envolve violência (homicídio, agressão, estupro).

Quando a liderança da aldeia entende que a auto-atenção não é suficiente para resolver os problemas de uma pessoa ou de várias delas, as instituições que prestam serviços como a Secretaria de Saúde Indígena (SESAI)/DSEI, Fundação Nacional do Índio (FUNAI), Ministério Público podem ser acionadas. *“A gente observa aquela pessoa, a gente conversa com cacique para conversar com aquela pessoa, pede para cacique falar se não resolver procura outra pessoa” (Arara)*.

Um dos motivos apontados para que os

problemas dos indivíduos das aldeias sejam comunicados as instituições de apoio apenas quando os mecanismos de auto-atenção não são suficiente foi o estigma relacionado aos transtornos mentais: *“Não há necessidade de expor para fora devido ao preconceito. Ninguém melhor para resolver que a própria comunidade (Tupari).*

### **O papel das lideranças, do Controle Social e das instituições assistenciais e de apoio**

A criação do SUS foi pautada nas doutrinas de universalidade, equidade, integralidade e entre os seus princípios de organização está a descentralização e o controle social. O processo de descentralização demandou uma maior participação das esferas municipal e estadual na gestão da saúde e implantação do controle social permitiu aos usuários acesso ao processo de tomada de decisões e avaliação das ações de saúde. Assim, no subsistema do SUS voltado para a Saúde Indígena, novos espaços para a participação dos indígenas em todos os momentos de decisão e de planejamento das ações de saúde foram cada vez mais fortalecidos. Esse fortalecimento representa um esforço para a inclusão de uma população tradicionalmente excluída dos debates sobre as ações governamentais<sup>17</sup>.

A atuação do Controle Social está organizada nas esferas nacional, distrital e local. No âmbito nacional, é viabilizado pela Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI), órgão assessor do Conselho Nacional de Saúde. A CISI é composta por diversos atores governamentais e não-governamentais que trabalham em prol da inclusão dos povos indígenas nas políticas públicas.

No âmbito dos DSEIs o controle social se configurou por meio da criação de conselhos locais e distritais de saúde indígena. Os Conselhos Locais de Saúde Indígena são instâncias consultivas constituídas apenas por indígenas que se organizam por aldeia. O Conselho Distrital de Saúde Indígena é o espaço destinado ao estabelecimento de uma relação intercultural e/ou interétnica para a construção de entendimentos comuns sobre o sistema de saúde e para a adequação das ações e dos serviços de saúde destinados aos povos indígenas<sup>17</sup>.

A liderança de uma etnia ou grupo étnico é composta pelos caciques, professores, AIS, AISAN, conselheiros idosos e membros do controle social.

*O mesmo papel do conselho é o da liderança, nós é tudo lá. Nós temos liderança que é o professor; o agente indígena, como a gente é tudo, nós somos porta vozes da comunidade. Então a gente busca conhecimento e levamos para comunidade” (Tupari).*

*Pelo que nós entendemos lideranças indígenas são formadores de opiniões e facilitadores para poderem amenizar os problemas existentes na comunidade indígena. O dever deles é resolver as coisas que venham prejudicar a comunidade indígena. Seu papel é facilitar mobilizando a comunidade mediante os problemas (Gavião)*

O cargo de liderança demanda do indígena uma postura adequada no que refere a seguir os padrões de normalidade definidos pela comunidade. A exclusão de uma liderança

em casos de comportamentos considerados como anormais deve-se ao fato de que para os indígenas os membros que compõe a liderança são referências quanto ao cumprimento de normas de conduta culturais.

Se o líder indígena com comportamento anormal foi escolhido pela comunidade, para ser professor, AIS, AISAN, ou cacique essa mesma comunidade poderá afastá-lo do seu cargo se entenderem necessário, *“isso é um problema, pois no caso de AIS, AISAN ou professores a substituição demanda ter outro profissional preparado” (profissional de saúde não-indígena)*. No caso de uma liderança que ocupa este cargo devido a hereditariedade, não será afastado, *“Quando o líder está nesta função por hereditariedade, é uma liderança tradicionais/natas é mais complicado, pois como se pode tirar uma pessoa que ninguém colocou, que veio de forma hereditária” (profissional de saúde não-indígena)*.

As ações referidas como próprias das lideranças focaram as responsabilidades de quem ocupa tal lugar destacando os papéis de: aconselhamento, mediação e fiscalização. Como foi abordado no item Itinerário Terapêutico, os líderes indígenas e conselheiros foram apontados como essenciais para a prevenção dos agravos à saúde mental. O ato de aconselhar, realizado como medida de auto-atenção, pode amenizar situações de tensões coletivas como, por exemplo, os problemas relacionados ao uso abusivo do álcool.

A função de mediação de diálogos, principalmente quando estes são conflituosos, é feita entre os próprios membros da comunidade e/ou entre os indígenas e profissionais das instituições prestadoras de serviços. Esse

diálogo é essencial no processo de diagnóstico do transtorno mental, na definição do itinerário terapêutico e na avaliação das ações executadas como bem exemplificado na seguinte fala: *“Sim primeiro passo é colher informação da família, a gente com esse diálogo colhe mais informação com o paciente, depois que identificar leva o problema para equipe de saúde” (Tupari)*.

O ato de fiscalizar é a principal ferramenta utilizada pela liderança e membros do controle social para avaliar as ações de saúde. As ações prestadas nas aldeias são acompanhadas principalmente pela liderança local e a fiscalização do uso de recursos financeiros e do atendimento prestado ao indígena no âmbito do SUS é atribuição dos membros do controle social.

As funções atribuídas especificamente aos membros do controle social foram: facilitar, informar e articular. O ato de facilitar foi definido pelos indígenas como a ação de mediar os diálogos principalmente fora do âmbito da aldeia - nos espaços municipais e do DSEI. As decisões tomadas nesse processo de diálogos são repassadas às comunidades por meio do ato de informar. E, por fim, a atribuição de articular é referente ao envolvimento de várias lideranças em prol de um bem comum às comunidades.

Foram definidas como instituições assistenciais e apoiadoras às populações indígenas a SESAI (DSEI Porto Velho), executivos estadual, municipal e Universidade. Entre as funções do DSEI, no campo da saúde mental, está a de intervir em casos de diagnósticos de transtornos mentais definidos em conjunto com a comunidade; medidas

de prevenção, como por exemplo, ações educativas sobre o uso das bebidas alcoólicas; e formação de multiplicadores de informações de saúde mental. E, ao Município e Estado cabe o atendimento à saúde diferenciado no subsistema do SUS, atendimento este descrito no próximo item: Avaliação.

A intervenção dos profissionais de saúde não-indígenas com ações curativas e de prevenção é permitida somente quando solicitada pelas lideranças indígenas – *“em situações de anormalidade a questão é complexa e por isso é melhor que a equipe não intervenha, mas apenas as lideranças e os AIS, porque conhecem a cultura e é o primeiro doutor que a comunidade reconhece” (Tenharim).*

E por fim, a Universidade que tem como papel contribuir no processo de formação de profissionais de saúde indígenas e não-indígenas visando a aproximação entre os saberes acadêmico-científicos e os saberes populares possibilitando a criação de novos conhecimentos. Essa formação pode ocorrer por meio da inserção da temática saúde indígena nos currículos de formação de profissionais de saúde e a possibilidade de execução de ações práticas nas CASAI e aldeias por meio de convênios para estágios curriculares, extracurriculares e projetos de extensão.

A importância das pesquisas envolvendo os profissionais de saúde e os indígenas envolvidos no processo saúde/doença também foi apontada como uma das funções da universidade. Para os participantes do seminário as pesquisas apontam demandas das comunidades indígenas e podem contribuir para a reflexão sobre como implementar ações de saúde.

## **Avaliação dos serviços**

De acordo com os decretos nº 7.225/2010 e nº 7.336/2010 que modificaram as estruturas da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e do Ministério da Saúde criando assim a SESAI, entre as atribuições desta última está a avaliação das ações de atenção à saúde executadas às populações indígenas.

Além da SESAI, segundo o Decreto nº 3.156/1999, reiterado pela Portaria nº 70/GM/2004, aos membros do CONDISI também compete a avaliação das ações de saúde por meio da aprovação e acompanhamento da execução do Plano Distrital de Saúde Indígena.

Para os participantes do seminário, todos os membros da comunidade são capazes e devem estar envolvidos no processo de avaliação das ações de saúde:

*Deve envolver toda a comunidade, são os conselheiros, cacique (Tupari)*

*... a equipe de saúde e professores (Oro Mon)*

*...associações indígenas, as mulheres e suas associações (Jiahui).*

As discussões no seminário sobre o papel das Secretarias de Saúde Municipais foram referentes à avaliação do atendimento diferenciado ao indígena nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), hospitais e no Centro de Apoio Psicossocial (CAPS). O princípio da atenção diferenciada envolve direitos constitucionais de acesso ao SUS. Deve ser garantida em todas as esferas do governo e contempla adequações nas formas de abordagem pelas equipes considerando os saberes das medicinas

indígenas. O atendimento diferenciado deve considerar «as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos. Assim, dever-se-á desenvolver e fazer uso de tecnologias apropriadas por meio da adequação das formas ocidentais convencionais de organização de serviços»<sup>18:6</sup>.

As seguintes falas exemplificam a insatisfação dos indígenas do DSEI Porto Velho em relação ao atendimento diferenciado realizados nos municípios:

*Não existe esse atendimento diferenciado no município, essa que é a realidade, é um sistema único, teria que ter a contribuição do Sesai para tentar fazer com que o município execute essas parcerias (Gavião).*

*As vezes o profissional de saúde do município diz que o nosso atendimento é no SUS e não diferente (Gavião).*

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maior dificuldade apontada pelos profissionais de saúde participantes dos GT foi a detecção precoce de sinais e sintomas de transtornos mentais. “Às vezes os indígenas podem estar com essas doenças novas como transtornos bipolares, depressão, mas no contato do dia a dia é difícil detectar” (profissional de saúde não-indígena).

Um dos possíveis caminhos para a detecção precoce dos problemas de saúde mental nas aldeias é o preparo dos AIS e dos profissionais das Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena para identificar os padrões de normalidade e anormalidade, bem como

os sinais e sintomas de transtornos mentais definidos pelas comunidades indígenas. Esse processo de formação deve ocorrer a partir de um diálogo entre os indígenas e não-indígenas considerando o conhecimento tradicional e biomédico.

Outro ponto importante a ser destacado é sobre a terapêutica. Esta deve ser pautada na narração do doente e não em um conjunto de sinais e sintomas previamente definidos a partir de uma classificação universal como é utilizado no modelo psiquiátrico atual. Os profissionais de saúde devem buscar investigar os significados culturais atribuídos aos eventos de quem informa, a sua experiência e o quê, no contexto comunitário em que o indivíduo vive, pode estar contribuindo para a irrupção do problema<sup>8</sup>. Enxergar as pessoas doentes é reter informações importantes sobre suas aflições. Para isso, o uso dos recursos antropológicos pode ser útil aos profissionais da área da saúde no processo de atendimento dos indígenas. O uso desses recursos significa uma postura de respeito e reflexão no ato de conhecer o outro, ouvir, permitir que ele fale de suas experiências e os seus significados – a experiência subjetiva do mal-estar<sup>19</sup>.

O segundo ponto a ser considerado sobre a terapêutica no campo da saúde mental é referente à articulação com outros setores além da saúde. Como as causas para os transtornos mentais são advindas do campo físico, mental, social e espiritual, compreende-se que o plano de tratamento não deve transcorrer apenas no campo da saúde, mas sim por meio de ações articuladas com outros setores: economia, política e religião. A discussão desse plano terapêutico deve ocorrer em todo seu processo em conjunto com as comunidades indígenas

considerando as peculiaridades culturais de cada etnia.

A principal demanda das comunidades indígenas no campo da saúde mental se refere ao uso problemático das bebidas alcoólicas. As ações sugeridas nos GT para o seu controle envolve principalmente ações de resgate à cultura e fortalecimento social. As ações propostas apontam para o resgate de práticas culturais, incluindo estimular os rituais em torno das bebidas tradicionais. Além dessa, destacam-se entre as propostas:

1. fortalecer a prática de ações coletivas como a caça e a pesca;
2. acompanhamento dos indígenas jovens quando forem para as cidades estudar ou comprar; produção de artesanato para fins de uso próprio e para a venda;
3. o uso da “boa palavra” por meio de ações educativas nas escolas e valorização do ato de aconselhamento pelos mais velhos;
4. fortalecimento do indivíduo por meio de práticas espirituais;
5. controle da venda de bebidas alcoólicas nas aldeias pelas lideranças e FUNAI.

A saúde mental é compreendida como o produto de múltiplas e complexas interações que incluem fatores biológicos, psicológicos e sociais<sup>4</sup>. E, o processo de saúde/doença antes de ser elaborado mentalmente, é concebido em primeiro lugar como um processo vivido, cujo significado é construído por meio dos contextos culturais e sociais<sup>5</sup>. O mal-estar produzido a partir de algumas experiências e seus significados, as dimensões psicológicas

dos indígenas e a sobreposição do coletivo ao individual formam um arcabouço de particularidades, ainda pouco compreendido pelos pesquisadores e profissionais da área da saúde<sup>6</sup>. Os problemas de saúde mental se realizam a partir de uma multiplicidade de causas que se encontram associadas entre si por razões cosmológicas que estruturam todo o processo de saúde e transtornos mentais: causas, modo de adoecer e as intervenções da sociedade nestes eventos<sup>7</sup>. Portanto, o primeiro desafio ao se pensar o processo saúde/doença psíquica é compreender a interpretação de cada comunidade e até mesmo cada sujeito, acerca dos transtornos mentais.

Para os indígenas participantes do seminário, o transtorno mental é produto das modificações na estrutura social e política, na forma de subsistência, na relação do indígena com a natureza e com a sociedade nacional e reflete uma mudança no processo saúde/doença. “*Antes do contato com não índios não tinha loucura ou outros tipos de alterações de comportamento que hoje se denomina doença mental. O envolvimento com pessoas brancas traz doenças*” (Karitiana).

O fenômeno saúde/doença possui dois elementos essenciais: espiritual e corporal. Esses dois elementos estão em constante contato com outros seres (plantas, animais, homens, rios etc) e outros espíritos. Baseado nestes dois elementos, as relações de causa e intervenção são materializadas ou explicadas de múltiplas formas – simbolicamente (espíritos do bem ou do mal) ou concreta (cura por meio das plantas, animais etc)<sup>7</sup>.

Portanto, para os participantes do seminário, o maior desafio ao pensar em saúde

mental indígena é: encontrar o papel de um novo elemento no processo saúde/doença - a concepção de fenômeno psíquico, isto é, o conceito de “psicológico” para o indígena, pois esse elemento parece ser compreendido como um elemento de interação entre o corpo e o espírito, cujo desequilíbrio poderia causar alterações na saúde, assim como seria suscetível a sofrer alterações a partir de contatos com outros espíritos e outros seres (natureza, outras pessoas etc). Ao mesmo tempo, a relação espírito/corpo, é também fundamental para o processo terapêutico.

Entretanto, os indígenas que necessitam de atendimento no campo da saúde mental, assim como qualquer pessoa no território brasileiro, são inseridos na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) e, nesses casos, costuma ser referenciado para um ambulatório, uma Unidade Básica de Saúde (UBS) ou um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais são embasados pelo modelo ocidental de psiquiatria e orientados por documentos universalizantes como a Classificação Internacional de Doenças (CID) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Doença Mental, para o qual se usa a sigla em inglês “DSM”.

Compreende-se que este modelo tende a classificar os sintomas mentais em diagnósticos previamente definidos como universais, não considerando os contextos culturais e as especificidades dos indivíduos, sendo uma ótica dissonante ao que se defende neste trabalho, pois “não se pode reduzir a diversidade dos fenômenos a uma explicação de causa e efeito, baseada na suposição biomédica da universalidade biológica das psicopatologias”

8:252

Não é o sintoma ou a ocorrência de um evento que o classifica como doença, mas sim o valor atribuído pelos indivíduos que o vivenciam. É a própria comunidade quem define os comportamentos considerados anormais, inúteis, não produtivos e não construtivos, ou seja: doente<sup>6, 9-11</sup>

Neste artigo, o conceito de saúde mental envolvendo comunidades indígenas pauta-se nas concepções da nova psiquiatria transcultural, apresentada por Lirrlwood em 1990, a qual considera as psicopatologias como doenças que articulam as esferas pessoais, interpessoais e culturais, não se preocupando com a classificação universal das doenças<sup>8</sup>.

Os profissionais de saúde envolvidos no atendimento dos indígenas devem considerar que o ambiente cultural contribui para a configuração dos transtornos mentais, assim, deve-se conhecer o contexto cultural do indivíduo que é o ponto de partida para a construção dos planos de ação. O foco dessas ações não é meramente classificar as doenças, mas conhecer as particularidades socioculturais e as experiências que determinam os significados dos sintomas<sup>8-10</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Indígena – Relatório Final. Luiziânia: Ministério da Saúde, 2001. 31 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/3cnsi.pdf>. Acesso em: 24/10/2012.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Projeto Vigisus II : manual operativo. Brasília: Ministério da