



I OFICINA SOBRE POVOS INDÍGENAS E NECESSIDADES DECORRENTES DO USO DO ÁLCOOL: CUIDADO, DIREITOS E GESTÃO



RELATÓRIO EXECUTIVO

BRASÍLIA • 2018



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E CIDADANIA

MINISTÉRIO DA
SAÚDE





AGRADECIMENTOS:

Aos participantes, aos palestrantes,
aos povos indígenas e demais
atores envolvidos na luta
pelo Bem-Viver indígena.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO

Wallace Moreira Bastos

Diretoria de Promoção ao Desenvolvimento
Sustentável – DPDS

Rodrigo Paranhos Faleiro

Coordenação-Geral de Promoção
dos Direitos Sociais

Priscila Ribeiro da Cruz

Coordenação de Acompanhamento
de Saúde Indígena

Cecília Reigada Piva

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA

Marco Antônio Toccolini

Departamento de Atenção à Saúde Indígena

Flávio Gomes Júnior

Coordenação-Geral de Atenção Primária
à Saúde Indígena

Antônio da Silva Campos Júnior

Divisão de Ações de Saúde Indígena
/Área Técnica de Saúde Mental
e Medicinas Tradicionais Indígenas

Luana Silveira de Faria

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Francisco de Assis Figueiredo

Departamento de Ações Programáticas
e Estratégicas

Thereza de Lamare

Coordenação-Geral de Saúde Mental,
Álcool e Outras Drogas

Quirino Cordeiro Junior

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – BRASÍLIA

Gerência Regional de Brasília

Maria Fabiana Damásio Passos

Coordenação de Programas e Projetos/
Núcleo de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas

André Vinicius Pires Guerrero

Núcleo de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas

Barbara Coelho Vaz

Enrique Araújo Bessoni

Organização da Publicação e Revisão Técnica

(Grupo de Trabalho Intersetorial de Saúde Mental
e Povos Indígenas)

Andrea Bitencourt Prado

Andréa Borghi Moreira Jacinto

Barbara Coelho Vaz

Cecília Reigada Piva

Fernando Pessoa de Albuquerque

Lívia Dias Pinto Vitenti

Mariana Russo Voydeville Damasceno

Marina Rios Amorim

Priscila Ribeiro da Cruz

Colaboração

Mariana Vaz Tassi

Pedro de Lemos Macdowell

Silvia Angelise Souza de Almeida

Taia Duarte Mota

**Equipe Técnica responsável pela organização da Oficina
Sobre Povos Indígenas e Necessidades Decorrentes
do Uso do Álcool: Cuidado, Direitos e Gestão**

FUNAI/DPDS/CGPDS/COASI

Andrea Bitencourt Prado

Cecília Reigada Piva

Priscila Ribeiro da Cruz

CGMAD/DAPES/SAS/MS

Andrea Borghi Moreira Jacinto

Marina Rios Amorim

Pedro de Lemos Macdowell

Taia Duarte Mota

CGAPSI/DASI/SESAI

Mariana Vaz Tassi

Fernando Pessoa de Albuquerque

FIOCRUZ Brasília

André Vinicius Pires Guerrero

Barbara Coelho Vaz

Enrique Araújo Bessoni

Equipe Técnica colaboradora da Oficina

Viviane Matias Andrade Silva – Funai

Rut Rosenthal Robert – Funai

Janini Selva Ginani-Sesai

Lívia Custódio Puntel – Sesai

Maria Angélica Fontao – Sesai

Raysa Micaelle dos Santos Martins – Sesai

Cintya Azevedo Gonçalves – Fiocruz/Brasília

Cleide Zoraia Machado – Fiocruz/Brasília

Mariluce de Oliveira Conceição – Fiocruz/Brasília

Patricia Costa Santos – Fiocruz/Brasília

Romilson Bispo dos Santos – Fiocruz/Brasília

Marilia Vilela Gomes – Fiocruz/Brasília

Técnicos administrativos da Funai, Sesai e CGMAD

Biblioteca Curt Nimuendaju

FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO; MINISTÉRIO DA SAÚDE: SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA;
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – BRASÍLIA.

I Oficina sobre Povos Indígenas e Necessidades Decorrentes do Uso do Álcool:
cuidado, direitos e gestão – relatório executivo. – Brasília: Funai; MS; Sesai; SAS; Fiocruz, 2018.

48p.

ISBN: 978-85-7546-057-3 (suporte papel)

ISBN: 978-85-7546-056-6 (online)

1. Saúde Indígena 2. Saúde Mental 3. Alcoolização I. Autor II. Título

PALESTRANTES

ÁLVARO SAMPAIO TUKANO

Diretor do Memorial
dos Povos Indígenas

ANASTÁCIO PERALTA GUARANI KAIOWÁ

Aty Guasu/Terra Indígena
Panambizinho/Mato Grosso Do Sul

ARTUR NOBRE MENDES

Fundação Nacional do Índio

EDIANA FERREIRA CEREJA DE SOUZA

CAPS i infantojuvenil – Parelheiros/SP

CAMILA LATENEK

CAPS i infantojuvenil – Parelheiros/SP

CAROLINA AUGUSTA DE MENDONÇA RODRIGUE DOS SANTOS

Procuradora Federal
Coordenação de Assuntos Finalísticos
PFE-FUNAI SEDE

CÉLIO TERENA

Professor, Cacique da Aldeia Bananal,
Aquidauana/MS; e representante
do Centro-Oeste no Conselho Nacional
de Política Indigenista (CNPI)

EDINALDO DOS SANTOS RODRIGUES

DSEI Pernambuco

FERNANDO ANTÔNIO DE CARVALHO DANTAS

Jurista, Professor Titular da Faculdade
de Direito/Universidade Federal de Goiás

GUSTAVO KENNER ALCÂNTARA

Ministério Público Federal – 6ª Câmara

KEYLA KIKUSHI

Coordenação-geral de Saúde Mental,
Álcool e Outras Drogas
CGMAD/DAPES/SAS/MS

LUCIANA OURIQUES

Antropóloga, programa de Pós-graduação
de Antropologia Social da Universidade
Federal de Santa Catarina e pesquisadora
do INCT Brasil Plural

PATRÍCIA CHAGAS NEVES

Coordenadora-Geral de Promoção dos
Direitos Sociais da Funai

ROBERTA AGUIAR

Secretaria Especial
de Saúde indígena – Sesai/MS

ROBERTO TYKANORI KINOSHITA

Médico e Doutor em Saúde Coletiva,
professor UNIFESP campus
baixada santista

SAPAIM KAMAYURÁ

Pajé Xinguano

SEMIRAMIS DEVODATTO

Conselho Nacional de Saúde – CNS

SOFIA MENDONÇA

Médica sanitaria, antropóloga,
Coordenadora do Projeto Xingu –
UNIFESP

TERUCO HIGA

Caps Formosos do Araguaia/TO

THÉLIA MARIA PINHEIRO DE SANTANA

DSEI Cuiabá

VALCLER RANGEL

Vice-Presidente de Ambiente,
Atenção e Promoção da Saúde
da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz

VANDER APARECIDO NISHIJIMA

Coordenação Regional da FUNAI
de Dourados/MS

LISTA DE SIGLAS

- CAPS** • Centro de Atenção Psicossocial
- Coasi** • Coordenação de Acompanhamento de Saúde Indígena
- CGMAD** • Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas
- DAPES** • Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas
- DASI** • Departamento de Atenção à Saúde Indígena
- DPDS** • Diretoria de Promoção ao Desenvolvimento Sustentável
- DSEI** • Distrito Sanitário Especial Indígena
- Fiocruz Brasília** • Fundação Oswaldo Cruz – Brasília
- Funai** • Fundação Nacional do Índio
- MS** • Ministério da Saúde
- RAPS** • Rede de Atenção Psicossocial
- RT** • Referência Técnica
- SAS** • Secretaria de Atenção à Saúde
- Sesai** • Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai)



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

I • Fundamentos metodológicos, éticos e normativos

- Redes e intersectorialidade
- Bem-viver
- Legislação e normas relacionadas

II • Mesas de debates: referências, orientações e experiências territoriais

- Povos indígenas e necessidades decorrentes do uso do álcool:
Cuidado, Direitos e Gestão
- Referências e orientações ético-políticas para o cuidado e a atenção
- Experiências de Território: Cuidado e articulação intersectorial

III • Recomendações finais, rumos e acordos ético-políticos nos territórios

IV • Considerações finais

APRESENTAÇÃO

Dentre as necessidades de saúde mental dos povos indígenas no Brasil, as questões referentes ao uso de álcool e outras drogas estão entre as mais complexas, observando-se a necessidade de ampliação e aprofundamento do debate e de orientações para a ação. Nesse intuito, o Ministério da Saúde e a Fundação Nacional do Índio, por meio do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) Saúde Mental e Povos Indígenas,¹ em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz – Brasília, promoveu a “1ª Oficina sobre Povos Indígenas e Necessidades Decorrentes do Uso de Álcool: Cuidados, Direitos e Gestão”, realizada entre os dias 12 e 14 de dezembro de 2016. Nesta ocasião, reuniram-se, pela primeira vez em âmbito nacional, profissionais dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), das Coordenações Regionais e Técnicas Locais da Funai (CR e CTL), de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, representantes indígenas, pesquisadores(as), entre outros(as) convidados(as).

Com abertura no Memorial dos Povos Indígenas a oficina contou com mais de 170 participantes, entre Responsáveis Técnicos (RT) de Saúde Mental de 32 DSEIs; representantes das 37 Coordenações Regionais da FUNAI; 32 coordenadores de Saúde Mental de municípios e/ou estados com população indígena significativa; 2 representantes Indígenas da Câmara Técnica de Saúde do Conselho Nacional de Política Indigenista (CNPI); indígenas e convidados especialistas em saúde, direitos indígenas e atenção psicossocial, além de outros interessados.

Este documento é o resumo do ‘Relatório Final’ dessa 1ª Oficina e tem como objetivo expor, de maneira sintética, os três dias de debates e compartilhamento de experiências e conhecimentos.



Desta forma, busca-se apresentar as delicadas análises e discussões sobre princípios ético-políticos, prioridades e estratégias, e também as propostas e recomendações para qualificar a atenção às necessidades decorrentes do uso de álcool em povos indígenas, articulando as redes institucionais e as redes indígenas.

Na elaboração deste Resumo Executivo buscou-se realizar uma edição das exposições de forma a manter íntegras as principais informações e percepções dos palestrantes, assim como as recomendações que resultaram dos trabalhos em grupos territoriais/regionais.

1 • São partícipes do GTI, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/DAPES/CGMAD – Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas) e da Secretaria de Atenção à Saúde Indígena (SESAI/DASI/Área Técnica de Saúde Mental e Medicinas Tradicionais); Funai, através da Diretoria de Promoção ao Desenvolvimento Sustentável (DPDS/COASI – Coordenação de Acompanhamento de Saúde Indígena) – Brasília. A produção desta Oficina foi uma parceria entre Fundação Nacional do Índio (Funai) e Ministério da Saúde, e Fundação Oswaldo Cruz – Brasília (Fiocruz-Brasília).

Redes e intersectorialidade

As necessidades decorrentes do uso do álcool atingem uma variedade de dimensões da vida coletiva dos povos indígenas, exigindo das políticas sociais respostas complexas. Nessa perspectiva, a abordagem metodológica sugerida privilegia a construção e o fortalecimento de redes, incluindo as redes indígenas locais. Na base de todo esse processo está a garantia dos direitos indígenas.

Em vista disso, a proposta da I Oficina está fundamentada na importância das redes de atenção e na promoção de um diálogo intercultural que possa considerar a diversidade de povos indígenas nos territórios. Isso exige maior conhecimento tanto das diversas redes de atenção quanto das possíveis interações entre elas. Ou seja, é necessário que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e o Subsistema de Saúde Indígena (SESAI/DSEI) articulem-se entre si e dialoguem com a estrutura e funcionamento da Funai, em particular suas instâncias locais (CR e CTLs). Além disso as redes institucionais devem estar aptas a articularem-se às redes indígenas de cuidado. Esse entendimento recíproco dos campos de atuação e competência, e a interlocução entre as diferentes instituições, são condições para que se possa promover uma corresponsabilidade interinstitucional e interétnica.

Uma importante reflexão nesse sentido é proposta pela Lei 10.216/01, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que qualifica o cuidado de base comunitária e a importância da rede existencial dos indivíduos e de suas comunidades. Com isso, busca-se um modelo de atenção e cuidado que se contrapõe à ideia de exclusão, isolamento e centralidade em internações hospitalares; logo, o território e a singularidade do cuidado baseados no fortalecimento de laços sociais, inclusão e participação são primordiais.



É fundamental que as diferentes redes de atenção envolvidas – **de saúde indígena, de atenção psicossocial, da Funai e as próprias redes indígenas** – estejam preparadas para promover um diálogo intercultural efetivo, considerando a diversidade dos povos indígenas e seus territórios, seus diferentes contextos de vida e, principalmente, seus entendimentos próprios sobre a saúde e o cuidado. Em suma, adequar as estratégias de cuidado ao contexto sociocultural de cada povo e comunidade indígena.

“A saúde indígena começa na aldeia – isso é um privilégio! Começa no território mais rico, onde acontece a vida das pessoas. É ali que tem que acontecer a rede; a rede tem que ter fios até ela, que se entrelacem com os especialistas tradicionais”

(Sofia Mendonça, na Mesa 'Referências e Orientações Ético-Políticas para o Cuidado e a Atenção')

Redes de cuidado e atenção

Segue abaixo síntese da estrutura dos três setores envolvidos na I Oficina:

- Saúde mental

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – RAPS

- 1 • Atenção Básica em Saúde:** a) Unidade Básica de Saúde; b) Equipe de Atenção Básica para populações específicas: Equipe de Consultório na Rua; c) Centros de Convivência;
- 2 • Atenção Psicossocial Especializada:** Centros de Atenção Psicossocial – CAPS I, II, III, Álcool e outras Drogas e Infantojuvenil;
- 3 • Atenção de Urgência e Emergência** a) SAMU 192; b) UPA 24 horas; c) Portas Hospitalares de Atenção à Urgência/Pronto Socorro; d) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;
- 4 • Atenção Residencial de Caráter Transitório:** a) Unidade de Acolhimento; b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;

5 • Atenção Hospitalar, formada pelo Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

6 • Estratégia de Reabilitação Psicossocial: a) Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais; b) Protagonismo de Usuários e Familiares.

7 • Estratégias de desinstitucionalização: a) Programa de volta para Casa; b) Serviço residencial terapêutico; c) Programa de desinstitucionalização

- Saúde indígena

SESAI/DSEI

A Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) é a área do Ministério da Saúde responsável por coordenar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Tem como propósito “garantir aos povos indígenas o 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 (...), reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura” (PNASPI, 2002). A SESAI é responsável pela gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). É composto por 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas que executam ações de atenção primária à saúde das populações indígenas aldeadas por meio das equipes multidisciplinares de saúde indígena.

A rede de serviços de atenção primária à saúde indígena está organizada por meio de 34 Distritos Sanitários Especiais, que desenvolvem suas atividades pelos 354 Polos-Base, 751 Postos de Saúde e 66 Casas de Saúde Indígena (CASAI), que, por sua vez, servem de apoio às equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI). Essas prestam assistência à saúde a 305 etnias, distribuídas em 5.048 aldeias no país (SIASI, 2014).



- Fundação Nacional do Índio FUNAI

CRS E CTLs

A Fundação Nacional do Índio possui a missão institucional de coordenar a política indigenista do Estado brasileiro, bem como proteger e promover os direitos, em especial à terra, à preservação do meio ambiente e à promoção do desenvolvimento sustentável, que têm impacto determinante no processo de saúde-doença e na qualidade de vida desses povos.

Desenvolve suas atividades por meio de 37 Coordenações Regionais e 240 Coordenações Técnicas Locais em todo o Brasil.



No que diz respeito ao direito à atenção à saúde, essa Fundação tem a finalidade de monitorar as ações e serviços de atenção à saúde indígena. Esse monitoramento contribui no fortalecimento do Subsistema, na garantia do direito à atenção diferenciada, na valorização das medicinas tradicionais indígenas e na articulação de projetos e atividades para a promoção da saúde mental indígena.

Considerando o contexto intersetorial de promoção de saúde e bem-viver junto aos povos indígenas, acredita-se que as redes de atenção devem ser ampliadas e/ou adaptadas aos diferentes territórios, incluindo também serviços da assistência social (CRAS/CREAS, por exemplo), do Sistema de Garantia de Direitos (Conselhos Tutelares, Sistema de Justiça), Educação, organizações não-governamentais, em conjunto com as redes indígenas de cuidado.

Bem-viver

As ações institucionais envolvendo povos indígenas implicam um 'olhar diferenciado', um olhar que tenta se colocar no lugar do outro em busca da compreensão dos *modelos explicativos indígenas* para o mundo. Isso está relacionado com o entendimento da noção de 'Bem-Viver' e com a busca de uma tradução entre saúde mental e a noção do **Bem-Viver**: *"não tem como aqui a gente falar e trabalhar cuidados decorrentes do uso de álcool, e não falar de promoção do Bem-Viver"*, diz Roberta Aguiar, da SESAI.

É praticamente unânime a percepção de que, para o respeito e a convivência com sistemas indígenas de saúde e cuidado serem eficazes, é preciso entender esse conceito de 'Bem-Viver' como um conceito que amplia a discussão da saúde mental em contextos indígenas.

Desse modo, ao longo do seminário foram realizadas diversas discussões e análises sobre a promoção de uma política pública indigenista de saúde mental que tenha eficácia junto aos povos indígenas e, acima de tudo, respeite a diversidade cultural destes povos.



Diferentes sociedades e culturas possuem a noção de 'Bem-Viver' como premissa de suas vidas. Esse conceito está relacionado com à diversidade de concepções de corpo, saúde, cultura e conhecimento, e diferentes modos de viver e ser dos povos indígenas. A ideia de 'bem-viver' pode ser apresentada nas seguintes citações:

“Pensar no bem-viver é fugir do assistencialismo. É fugir da perspectiva apenas curativa na questão do álcool. É a gente falar que a gente precisa de um bem-estar físico sim – o bem-estar físico, ele traz integridade para o paciente, para todos nós; é preciso falar de bem-estar social, o bem-estar da comunidade – quando eu falo da terra, quando eu falo de aspectos materiais e imateriais da cultura, porque eu estou falando de pertencimento, de identidade. É preciso falar do bem-estar espiritual, ele traz confiança. E eu preciso falar do bem-estar da alma, o bem-estar mental, que ele traz clareza. Então isso tem que estar junto. Então a saúde indígena dentro da Sesai, a gente tem consciência que a gente não vai conseguir essa integração sozinhos.”

(Roberta Aguiar, Mesa de Abertura)

“Eu perguntei para Hilda Sanchez, uma indígena Saraiaco Quechua do Equador, o que era ‘bem-viver’, o que é ‘sumac causai’, o que é isso na cosmovisão indígena? (...) Disse a Hilda Sanchez:” ‘bem-viver é saber dançar, é saber trabalhar, saber sorrir, saber comer, é saber amar, é saber rezar’, tudo relacionado. Como lembrou o Anastácio antes, sem pinçar um – saber trabalhar e somente trabalhar, saber comer e somente comer; saber amar e somente amar – relacionados como é a forma de relação ecocêntrica ou biocêntrica de vida dos povos indígenas, em relação com a natureza, subjetiva a natureza. O que o Anastácio disse aqui – a minha mãe terra, meu irmão sol, a minha prima cotia – isso é vida harmoniosa e permite ter um ambiente de saúde, um ambiente de bem-viver, um ambiente que reúna as condições para satisfação objetiva, material, e a satisfação espiritual”

(Fernando Antonio de Carvalho Dantas, na Mesa ‘Referências e Orientações Ético-Políticas para o Cuidado e a Atenção’)

Legislação e normas relacionadas

Os princípios legais que balizam as abordagens e ações relacionadas às necessidades decorrentes do uso de álcool por populações indígenas estão na Constituição Brasileira de 1988, com a garantia do direito indígena ao reconhecimento de suas organizações, culturas, crenças e, por conseguinte, práticas de cuidado de si; e a defesa do tratamento em liberdade proposto pela Lei 10.216/2001 e pela reforma psiquiátrica. São esses dois pilares que referenciam toda a normatividade legal que rege a questão acerca dos cuidados relacionados à saúde mental dos povos indígenas, e que elencamos a seguir:

- **Lei nº 9.836, de 23/09/1999**, institui o *Subsistema de Atenção à Saúde Indígena*, integrado ao Sistema Único de Saúde;
- **Decreto nº 3.156, de 27/08/1999**, traz as condições para a prestação de *assistência à saúde dos povos indígenas*, antes executada pela Fundação Nacional de Saúde – Funasa e atualmente pela Secretaria Especial de Saúde Indígena – Sesai;
- **Lei nº 10.216, de 06/04/2001**, que dispõe sobre os *direitos e a proteção das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial* em saúde mental;
- **Decreto nº 7.747, de 05/06/2012**, que institui a Política Nacional de Gestão Territorial e Ambiental de Terras Indígenas (PNGATI);
- *Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas* – **Portaria de consolidação nº 2, de 28/09/2017, Anexo 3 do Anexo XIV** (Origem: Portaria MS/GM 2.759/2007);
- Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – **Portaria de Consolidação nº 3, de 28/09/17, Anexo V** (Origem: Portaria MS/GM nº 3.088, de 23.12.2011);
- **Decreto 9.010, de 23/03/2017**, que dispõe sobre o *Estatuto da Funai* e suas atribuições de monitoramento em relação às ações e serviços de atenção à saúde dos povos indígenas (Anexo I).

II • MESAS DE DEBATES: REFERÊNCIAS, ORIENTAÇÕES E EXPERIÊNCIAS TERRITORIAIS

ABERTURA

Povos indígenas e necessidades decorrentes do uso do álcool: cuidados, direitos e gestão

As exposições realizadas na mesa de abertura focaram-se em olhares e posições das diversas instituições sobre a relação entre Povos Indígenas e as necessidades decorrentes do uso de álcool, demonstrando tanto a complexidade e capilaridade do assunto quanto os desafios interétnicos no enfrentamento dessa situação. Além disso, de forma simbólica, seu papel geral foi o de reafirmação da função de todas as instituições no processo, tanto no cuidado, na gestão, como na garantia de direitos, a partir da perspectiva de trabalho em Rede.

CONVIDADOS • PALESTRANTES

Semiramis Devodatto

Conselho Nacional de Saúde – CNS

Comissão Intersectorial de Saúde Mental – CISM

“Em nome do Conselho Nacional de Saúde, da Comissão Intersectorial de Saúde Mental, da Comissão Intersectorial de Saúde Indígena, eu agradeço pelo convite, pelo prazer de estar aqui numa Oficina que discute um tema tão caro e rico para tantas pessoas. É um tema que necessita sim ser discutido, pela delicadeza, pela diversidade, pela singularidade. Visitando aqui esse espaço [Memorial dos Povos Indígenas], que tem a exposição de duas etnias, percebemos a necessidade e urgência dessa discussão. Somos parceiros nessa luta, desejando que se consiga construir consensos de um cuidado ético-político, como está aqui na programação para os povos indígenas. Desejo a todos um bom evento. Obrigada.”

...



Célio Terena

**Professor, Cacique da Aldeia Bananal, Aquidauana/MS;
Representante do Centro-Oeste no Conselho Nacional de Política Indigenista (CNPI)**

“Eu sou Célio Francelino Fialho, cacique da Aldeia Bananal, do município de Aquidauana, no Mato Grosso do Sul. Tenho 33 anos, sou formado em linguagem, sou professor, mas atualmente não exerço a função; uma vez que fui eleito no ano passado como cacique da minha comunidade, uma comunidade com mais de 2 mil pessoas. Comunidade essa composta por terenas e que necessita muito, realmente, de políticas públicas voltadas nessa questão.

Em 2013, as lideranças tradicionais da nossa comunidade avançaram na questão do território. Fizemos a primeira retomada da nossa terra. O resultado foi os jovens mais alegres, os jovens com ocupação, os jovens no plantio, junto com o pai e a mãe. Os jovens na criação dos animais... Então penso que devemos dar oportunidade para os nossos jovens. Os nossos jovens precisam ser valorizados; muitas vezes deixamos nossos jovens de lado. Tem vários programas na área da saúde: o programa do idoso, tem o programa das mulheres, tem programa das crianças. Mas e os jovens? Não temos visto nenhum programa para os jovens.

Precisamos realizar mais eventos desse porte dentro das comunidades indígenas. Porque os nossos jovens são dotados de vários tipos de talentos. Temos jovens instrumentistas, na minha comunidade, vários jovens músicos; tem atletas; tem jovens que são políticos, que sabem articular, e que sabem buscar. Então, apenas precisam de oportunidade.”

...

Valcler Rangel

Vice-Presidente de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde da Fiocruz

“As populações tradicionais nos ensinam a lutar pela vida, nos ensinam o que é o bem-viver, e que nos colocam, na dimensão da saúde, no olhar mais pleno do que a gente possa ter sobre o que é saúde.



Nós, profissionais de saúde, estamos acostumados a lidar com questões complexas. Nós, há uns dois meses atrás, organizamos na FIOCRUZ um seminário sobre o álcool. E discutimos lá pesadamente a estratégia da indústria e do capital envolvido na questão desse convívio com o álcool – que é um convívio absolutamente da humanidade, ele é um convívio que faz parte da existência humana, o convívio com substâncias psicoativas. No entanto, a indústria tem estratégias (...). Foi apresentado nesse seminário que a indústria encara o Brasil como um mercado em expansão, é assim que a gente é visto.

E que a juventude faz parte desse mercado em expansão. O idoso também faz parte desse mercado em expansão. Existe uma estratégia para nos colocar em uma situação de subserviência a interesses do mercado. O álcool faz parte dessa situação, é disso que nós estamos tratando. É assim como nós estamos tratando de várias outras questões como a das drogas, que também estão envolvidas em interesses de mercado, que muitos não querem enfrentar, quando a gente fala de descriminalização, por exemplo, das drogas. É enfrentar interesses de mercado. E no caso das populações indígenas isso se acirra. Se tirar a capacidade da autonomia das populações indígenas, faz com que esse problema seja muito mais grave nas populações indígenas.

Então, eu diria que para nós, profissionais da saúde, nós temos aqui um grande aprendizado e uma grande tarefa – porque eu acho que, nós, ali, no olho no olho, na hora em que estamos em contato com as pessoas, conversando com as pessoas, atendendo, fazendo promoção da saúde, fazendo prevenção, nós temos uma tarefa de muita responsabilidade. Eu acho que é isso que faz essa Oficina de Trabalho (...) e eu acho que é uma estratégia bastante, e muito consequente, para enfrentar esses problemas. Eu falo isso porque acho que esse problema deve ser enfrentado nessa dimensão – na sua dimensão política, na sua dimensão técnica, na sua dimensão individual no sentido desse desenvolvimento pleno.”

...

Artur Nobre Mendes

Fundação Nacional do Índio

“Eu queria fazer uma reflexão muito breve, que é um pouco da minha experiência como indigenista. Quando a gente vai para as terras indígenas, a gente sabe que, a experiência



nossa mostra que, a abordagem colocada no Estatuto do Índio – que é exclusivamente repressiva, no sentido de reprimir a venda –, ela não se mostrou eficaz. Ainda que em alguns momentos, em situações específicas, haja necessidade dessa atuação repressiva, na medida em que essa venda também pode ter um caráter criminoso, no sentido de fragilizar e até de dominar um povo, por meio desse tipo de ardil.

Mas quando a gente começa a frequentar e conhecer de perto os povos indígenas, a gente percebe que aquilo que se imaginava, de que o álcool estaria sendo introduzido nas comunidades indígenas, na verdade era algo já existente, e consumido por eles através de suas bebidas tradicionais. E essa bebida alcoólica, embora com teor alcoólico baixo, porque fruto de uma fermentação natural, é consumido e é assimilado culturalmente. Não representa nenhum fator de desestabilização, muito pelo contrário – ele está perfeitamente integrado na vida social e cultural dos índios. Então, não é a introdução do álcool que causa isso, nem tampouco de outras substâncias psicoativas. O que a gente percebe, que tanto o álcool como outras substâncias psicoativas, elas estão muito bem delimitadas no tempo-espço da comunidade, não acontecem de forma indiscriminada, e sempre associadas a rituais, ou a situações de festas. E também são consumidas de acordo com certas regras. O álcool, quando é introduzido por nós na comunidade, ele quebra essas regras, ele quebra esse controle social, muitas vezes, e acaba – aí sim –, se tornando um grande problema.

Outra percepção que eu tive é que também, muitas vezes, o álcool nos é apresentado como a causa de uma série de problemas sociais, quando, na verdade, a gente percebe que ele também é consequência de outros problemas. Então, o que eu percebi na minha experiência é isso, você tem a questão do uso abusivo do álcool, mas por trás disso tem uma série de outros problemas que se não forem atacados dificilmente vai se conseguir resolver de forma isolada a questão do consumo abusivo de álcool. Se não tivermos essa clareza e essa amplitude dificilmente também a gente vai conseguir abordar esse problema adequadamente, esse tema, e desenhar e definir políticas públicas para atacar a questão. (...) não temos mais o direito de ter aquela inocência de quem escreveu o estatuto do índio, e achar que reprimindo o comerciante nós vamos resolver o problema.”





Álvaro Sampaio Tukano

Liderança Histórica do Movimento Indígena Brasileiro

Diretor do Memorial dos Povos Indígenas

“Quero agradecer aos meus irmãos que estão aqui presentes, que fizeram esforços para chegar até aqui, e devem ter trazido boa bagagem de experiência de líderes, para combater a tristeza nas comunidades, que é o alcoolismo. Quero agradecer aqui a todos os representantes do Estado Brasileiro. Que entrem em ação para combater a violência que é o alcoolismo. Estamos aqui para analisar como o Estado Brasileiro tem tratado a questão indígena, principalmente de jovens, que não encontrando um apoio do estado para estudar e trabalhar. Isso tem gerado desafio para as autoridades tribais.

Eu sou do Rio Negro, São Gabriel da Cachoeira, na fronteira com Colômbia e Venezuela. Assim como em outras partes do Brasil, o estado tem derrubado nossas lideranças, nossos povos, com alcoolismo. Perdemos grandes lideranças, grandes pensadores, e nossos territórios ficaram vazios, sem comando, e continua desse jeito em muitos lugares. Conheci outros amigos ao longo desses anos, de oitenta, de setenta para cá, grandes lideranças, grandes parlamentares, que infelizmente foram derrotados pelo alcoolismo; muita gente que passou por esse caminho.

E hoje estou aqui no Memorial dos Povos Indígenas. Tem muita gente que não acredita no poder do índio. E por que não dá apoio a ele? Isso tem acontecido com muita gente. Então o alcoolismo é uma doença muito pesada, para muitos povos indígenas. Tenho certeza que os debates que vocês vão travar, por onde eu vou estar, nos dará uma nova luz para conversarmos com homens e mulheres jovens, para combater alcoolismo em nossas comunidades.

Está aqui comigo o Sapaim, que vai nos benzer daqui a pouco. Que vocês precisam de bênção do Sapaim. A bênção indígena não é como o SUS, mas também vale muito mais do que SUS, porque se trata de espírito, de curandeiros, de curandeiras que existem nesse país. Essas sabedorias devem ser tratadas com carinho e respeito pelos pesquisadores, porque quem não tem tradição não será valorizado diante dos seus inimigos. Como anfitrião, sou diretor do Memorial dos Povos Indígenas, quero dar um



abraço especial a todos vocês. Dizer aos governantes que nós faremos a nossa parte para dar ou devolver a paz às comunidades indígenas do Brasil.”

...

Gustavo Kenner Alcântara

Ministério Público Federal – 6ª Câmara

“A questão do alcoolismo está diretamente associada à demarcação de terras. Está diretamente relacionada a benefícios assistenciais. Está diretamente relacionada à qualidade de vida. E está diretamente associada à segurança. O Artur adiantou aqui uma situação que aconteceu em vários casos, em que bares eram instalados em lugares estratégicos com a finalidade de desagregar a sociedade, e fazer com que o movimento pela demarcação se enfraquecesse. Então o álcool é utilizado como instrumento de desagregação que acaba interferindo diretamente na demarcação.

Por outro lado, tem relação direta com violência, segurança. Quantos crimes são cometidos contra os indígenas por conta de álcool, e também pelos indígenas por conta de álcool? Como lidar com isso? O que um procurador tem hoje para lidar em face de uma situação de álcool? A gente tem o ‘Estatuto do Índio’, que não resolve nada, na verdade. Que é aquela criminalização do indígena, ainda fazendo aquela distinção do ‘indígena integrado’ ou não integrado, e a gente se depara com uma situação em que a lei não funciona para nada.

Uma das formas de resolver é isso que está sendo feito hoje, aqui. É dialogando, envolvendo Ministério da Saúde, a Sesai de forma mais específica, a Funai, os órgãos de controle social, a Fiocruz, e principalmente os povos indígenas.”

...

Roberta Aguiar

Secretaria Especial de Saúde indígena – Sesai/MS

“A gente não está trabalhando aqui no âmbito de coibir, proibir ou de fazer apenas programas de educação em saúde. Só mostrando apenas os malefícios do abuso de



bebidas alcoólicas. Mas a gente também trabalha o que decorre desse uso dentro das aldeias. Que necessidades são essas? Seja em relação à desnutrição das crianças, seja em relação à violência contra a mulher.

Nesses cinco anos, a gente teve muitos avanços, dentro da Sesai, especificamente, nos dados epidemiológicos, a gente consegue organizar isso dentro dos Distritos. Em relação ao programa de saúde mental, nós conseguimos ter um avanço para ter profissionais, psicólogos, atuando e matriciando as equipes de atenção básica. E a gente tem um desafio pela frente, que é tecer essas linhas junto com os indígenas. Espero que num próximo encontro a gente tenha mais participantes indígenas presentes. Muito mais jovens, que eles têm muito a dizer. A gente precisa trazer esse protagonismo indígena, trazer novas abordagens, e para isso, quem tem a solução, eu acredito e muitos de nós acreditamos, que são as próprias comunidades, os próprios indígenas.

E a gente precisa falar de bem-estar, e fugir da perspectiva apenas curativa na questão do álcool. É a gente falar que precisa de um bem-estar físico sim – o bem-estar físico, ele traz integridade para o paciente, para todos nós. É preciso falar de bem-estar social, o bem-estar da comunidade – quando eu falo da terra, quando eu falo de aspectos materiais e imateriais da cultura, porque eu estou falando de pertencimento, de identidade. É preciso falar do bem-estar espiritual, que traz confiança. Então isso tem que estar junto, e a saúde indígena dentro da SESAI tem consciência que a gente não vai conseguir essa integração sozinhos.”

...

Keyla Antunes Kikushi

**Coordenação-geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
CGMAD/DAPES/SAS/MS**

“Então, estou hoje representando a Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, e vou falar representando o Ministério da Saúde e a SAS. Esse ano foi um ano bastante difícil para Coordenação, acho que todos acompanharam que a equipe tentou, e ainda está tentando, sustentar algumas pautas. E a pauta indígena foi uma pauta que teve início com Roberto Tykanori quando ele concebeu a necessidade de compor um grupo de trabalho intersetorial e a CGMAD passa a compor com a Funai e a Sesai o grupo de trabalho para discutir



questões relacionadas à população indígena. Em parceria com a Fiocruz definimos que a pauta indígena ficaria entre as prioridades. A equipe está sustentando e tentando manter algumas pautas caras para a política nacional de saúde mental, e hoje eu me sinto privilegiada por estar aqui (...). Precisamos assegurar, sustentar e manter o SUS e garantir espaços como esse, para que a gente continue falando, para que essa voz chegue e tenha alcance de alguma forma.”

...

Sapaim Kamayrá

Aldeia Kamayrá – Terra Indígena Parque do Xingu

“Boa noite para vocês. Eu sou pajé, sou o maior curandeiro da tribo, sou o médico da tribo. Como eu cheguei hoje, agora, eu estou recebendo todos vocês, estou recebendo a energia de vocês. Muito pesada, muito carregada, então, quando eu estou dizendo isso, eu estava ali sentado, eu recebo a energia de vocês. Então eu estou carregado, pesado, porque vocês estão muito pesados, carregados. Como estou dizendo para vocês isso, a energia pesada, energia má, tem cura. Então estou explicando para vocês, a preocupação de vocês... então tudo isso ataca a energia de vocês, não é bom. [Mas] isso tem cura. (...) no Xingu não usa essas coisas ruins, meu povo não usa bebida, droga. Por quê? Isso para nós, o que eu digo, droga é veneno.

Pajé já viajou muito, já vi o Brasil inteiro. Já vi no Rio, São Paulo, pessoa morre em cima da mesa no banco, por quê? Pessoa fica cheirando, fica bebendo, de repente a pessoa que usa isso, caiu na minha frente.

Pajé já viajou muito. E todo lugar tem. Não tem nenhuma pessoa que não usa. Todo mundo, qualquer lugar, qualquer cidade. Eu viajo muito, eu estou vendo. Já vi muito isso. Para mim é triste. Não sei se vocês entenderam isso. Deus passou para vocês usar isso. Nosso Deus não passou para nós. Por isso a gente não usa. A gente não usa bebida, a gente não usa droga, não. Para nós é veneno. Não sei se vocês entendem a minha explicação. Eu gostaria que vocês vivam bem, trabalhem bem, eu gostaria que toda a energia de vocês funcione bem.

Agora eu vou soltar, vou acender agora o meu charuto, eu vou tentar jogar a fumaça do charuto para tentar acalmar essas coisas que vocês estão dizendo, para vocês acalmarem, não ficar nervoso, não ficar nervosa, não ficar triste...”



MESA DE TRABALHO

Referências e orientações ético-políticas para o cuidado e a atenção

A primeira mesa de trabalho da oficina teve o objetivo de *compartilhar os diversos elementos e discussões que se apresentam nos campos de trabalho em saúde mental e contribuem para a construção de consensos mínimos*. Junto a isso, também o de apresentar colaborações para a construção de referenciais ético-políticos para o cuidado e a atenção em relação às necessidades decorrentes de uso de álcool e outras drogas no contexto indígena. Nesse sentido, a mesa – formada por uma diversidade de pessoas e campos de atuação – apresentou falas de Anastácio Peralta, que explanou sobre o ‘bem-viver’ indígena a partir de seu olhar Guarani-Kaiowá e sobre a importância dessa noção na questão da saúde; de Fernando Antonio de Carvalho Dantas, que expôs posição sobre a importância do pluralismo no direito e da inserção do direito indígena de forma simétrica nas discussões; em seguida, Roberto Tykanori enfocou a importância das questões sociais frente às questões biomédicas na abordagem do tema; Sofia Mendonça apontou a necessidade de conhecimento sobre o contexto para se fazer uma boa tradução e, por fim, Luciana Ouriques discorreu sobre a necessidade de considerar e se articular efetivamente com os conhecimentos indígenas, no sentido de que é necessário trabalhar com uma ética interétnica e intercultural.



CONVIDADOS • PALESTRANTES

O BEM-VIVER INDÍGENA Anastácio Peralta Guarani Kaiowá

Aty Guasu/Terra Indígena Panambizinho/Mato Grosso Do Sul

“Nós temos uma guerra contra nós. Temos a bebida, as drogas e a retirada das leis que a gente tem. Então o indígena enfrenta um problema muito grave no Brasil. Além dele não ter respeitado os seus direitos, ainda tem a bebida alcoólica, as drogas, a violência. Nós, Guarani Kaiowá, somos flores da terra que viemos embelezar a natureza. Nós fazemos parte da natureza; por isso que nós chamamos a terra de mãe. Mãe é uma coisa muito



preciosa, muito amorosa, que precisamos dar muito valor, principalmente a nossa mãe terra, porque ela que nos amamenta, ela que dá vida para nós.

Dela que tiramos nosso alimento, e nossa moradia. No passado, nós não dependíamos de nada de fora porque a natureza oferecia todos os bens materiais: materiais para construção de casa, a água saudável, peixe. Hoje não temos mais. Não tiraram apenas nossa cultura – arrancaram de nós nossa mãe terra, e a mãe terra também está muito triste. A mãe terra é um bem divino também.

Porque a gente tem uma regra, da geração à morte. Então a gente veio aqui na terra para admirar a obra que Deus fez. Então precisamos mudar essa mentalidade de que a terra tem que ser explorada, que a terra é negócio, que a terra tem que ser envenenada. Terra é para ser cuidada. Sempre dizia um poeta: ‘água corre em cima da terra como sangue em nossa veia. A água é um bem precioso. A água evapora no ar se transformando em nuvem de amor, para cair a chuva, e molhar os brotos, e criar os frutos e alimentar os animais, principalmente as abelhas para fazer o doce mel’. E às vezes a gente estuda tanto na academia, que a gente não consegue pensar que a natureza é isso; que a natureza por si própria, ela mostra caminho.

A gente aprende muito com a natureza. O trabalho, principalmente na roça, antes da chegada da colonização, era lazer, onde você produzia seu alimento – milho, a mandioca, a batata, toda a alimentação – você levava seu filho, sua filha desde pequeno já para roça, para produzir alimento. Então, ali, roça é um lugar de lazer, não de sofrimento. Mas com a chegada da colonização você trabalha vinte e quatro horas na roça para produzir para alguém ganhar dinheiro. Aí virou sofrimento.

O lazer está na sua alimentação. Na boa qualidade de alimentação. Uma boa alimentação, e com muito amor e carinho, você cura qualquer doença. Eu vejo que o projeto ante a bebida alcoólica precisa desse amor, precisa de uma qualidade de alimentação. Precisamos voltar a pôr o pé no chão. Quando você tira o pé do chão, você está desgovernado, você está desequilibrado.

E o Bem-Viver é tudo isso e mais um pouco. E a planta é o mais importante na vida da gente. Alimentação. Por que aconteceu da gente cair na bebida alcoólica, cair



nas drogas? Porque tiraram, saquearam nossas terras. Tentaram mudar nosso jeito. Porque um povo quando perde sua língua, seu espaço, sua cultura, sua religião, você perde a vontade de viver. Então nós precisamos fazer um povo viver. O povo Guarani Kaiowá viver. O povo indígena brasileiro viver.”

...

OS DIREITOS INDÍGENAS

Fernando Antonio De Carvalho Dantas

Jurista, Professor Titular da Faculdade de Direito/Universidade Federal de Goiás

“Vou falar a partir do direito. Aqui vamos aplicar a mesma racionalidade do direito para o direito indígena. Vamos procurar conhecimento não somente onde está o conhecimento científico, conhecimento legitimado pelas instituições que construíram esse conhecimento e o hegemonizaram e colocaram esse conhecimento num lugar de poder. Vamos procurar conhecimento em outros lugares, em outras normatividades, em outras leis que não foram escritas, mas que estão e que são igualmente válidas. Buscar esses direitos, e efetivar esses direitos.

Estou me referindo ao conjunto dos direitos humanos e ao conjunto dos direitos indígenas na Constituição Brasileira de 1988 e em outras constituições anteriores. Mas principalmente nos saberes e nas práticas sociais, culturais e étnicas dos povos indígenas e comunidades tradicionais – que são direitos que não estão escritos na constituição ou nos tratados internacionais, mas que estão inscritos na possibilidade de gerar aquilo que no direito a gente busca: gerar felicidade, gerar relações harmoniosas, gerar distribuição de bens, de riquezas humanas, materiais, espirituais. Gerar espaços de coexistência harmônica que possibilitam a não exclusão e o não sofrimento cotidiano.

Então, vamos trazer conhecimentos dos povos indígenas e comunidades tradicionais. De outras dimensões, sejam materiais ou espirituais, para atribuir sentido ao direito que falamos. Luiza Garnelo (médica e antropóloga) me disse: ‘olha, eu fui aprender o que era saúde coletiva, quando eu comecei a pesquisar os índios e a vida cotidiana dos índios no Alto Rio Negro, e como os pajés tratavam a questão da saúde e da doença’. Ela disse:



‘Vou falar uma coisa que as pessoas não gostam: os pajés quando se deparam com um problema de saúde coletiva e de saúde pública, eles tratam do público e do coletivo primeiro, porque a preocupação é tratar do coletivo, é não permitir que aquele coletivo se acabe por conta de uma enfermidade’.

O que acontece com nossa racionalidade? A gente se preocupa mais com o indivíduo doente, e menos com a possibilidade dessa doença contaminar toda a coletividade. Evidentemente que isso é algo difícil de trabalhar, mas eu acredito que é algo que vem da sabedoria dos pajés, da sabedoria dos povos indígenas, e que hoje pode integrar o conjunto de direitos numa perspectiva não mais de que o direito seja uma produção de alguns iluminados; e sim o direito como uma construção histórica e permanente. Porque o reconhecimento e a positivação escrita do direito nas leis e na constituição, por si só não bastam. É preciso que aquele direito que a gente lutou para que fosse reconhecido, se efetive.

Do ponto de vista jurídico, e da filosofia política isso significa o reconhecimento dos chamados direitos poliétnicos, ou seja, direitos à identidade, direitos territoriais, direitos culturais e direitos de autodeterminação relacionados, um não existe sem o outro. Em todos esses direitos a principal característica é o reconhecimento de direitos de participação dos povos indígenas, ou seja, direitos de autonomia e autodeterminação. Isso traduzido para o campo do exercício dos direitos é a formulação de uma política pública de saúde indígena levando em consideração os saberes dos pajés, os saberes dos povos indígenas, em todas as suas dimensões.”



POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Roberto Tykanori Kinoshita

Médico e Doutor em Saúde Coletiva Coordenação de Saúde Mental
– Professor da UNIFESP, campus baixada santista

“Não vamos resolver o problema de álcool tratando o alcoolismo, focando estritamente na ideia ou no conceito de alcoolismo. Não estou dizendo que alcoolismo não



existe. Ele existe e é um problema que causa uma série de questões. Mas eu diria que a medicina não tem uma boa solução para isso. Talvez porque não seja um fenômeno estritamente da ordem biomédica. Existem questões que são biomédicas, que a gente reconhece, alterações hepáticas, alterações no metabolismo, que são extremamente bem documentadas, e ninguém está colocando isso em dúvida. O que eu estou questionando é que esse tipo de conhecimento não dá fundamentos para a organização de uma política que tenha efetividade.

O que historicamente há de efetividade em termos de política pública não é na esfera do tratamento. O que o mundo ocidental tem de política pública de álcool e que tem efetividade, são políticas de restrição de consumo. Essas têm efetivamente resultados. Restrição de consumo é literalmente diminuir a oferta nas suas mais variadas formas: tempo de oferta, idade de consumo, acesso à compra, acesso ao bem. Isso faz diferença. Isso tem impacto populacional, em termos de redução dos problemas no uso de substâncias, e especificamente em álcool, isso é bem documentado. E o que é que se mede? Que as pessoas estão melhor? Se mede, na verdade, os agravos: se tem menos acidentes, menos violência, menos acidente de trânsito. Essa é uma das coisas que choca na elaboração da política. As ações de restrição são mais eficazes que de tratamento.

Eu estou colocando isso porque, primeiro, para os gestores, para os técnicos, para os profissionais da Funai, Sesai – nós não temos, e não devemos acreditar que temos uma boa solução do ponto de vista biomédico. O cara está com o fígado ruim; claro, então vamos cuidar; está desidratado; está malnutrido; temos que cuidar disso, com certeza. Agora, isso não resolve o problema do álcool, resolve o problema do fígado, da desnutrição, da desidratação. Mas álcool, nesse sentido, não é a substância – nós estamos falando de uma conduta, de um comportamento, nós estamos falando de um modo de operar. Isso não é uma determinação genética, não é uma determinação que vem do fundo do cérebro. Isso é uma coisa que nós constituímos enquanto grupo social. E esse é um ponto que a gente precisa ter como foco de atenção e de análise.

Comportamento de consumo é um comportamento coletivo, é um comportamento gerado numa certa coletividade. Isso é uma questão de produção de necessidades.



Então essa é uma das questões que nos confunde, é que vivemos sob a produção de necessidades. Essa é uma direção do capital, produzir o desejo.

Essa forma de operar o mundo se choca com o 'Bem-Viver'. São formas de conceber o mundo completamente distintas. Isso eu estou colocando por quê? Aqui na Coordenação-Geral de saúde mental, nós tínhamos uma tarefa: tínhamos que pensar, nós tínhamos várias pressões – 'é preciso levar remédio para dentro da aldeia, é preciso construir um CAPS na aldeia, é preciso levar psiquiatras à aldeia, é preciso medicalizar os índios que usam drogas e que abusam de álcool, porque são alcoolistas, porque são drogados', porque isso e aquilo outro. A gente teve um enorme desgaste para poder resistir a esse tipo de pressão, e construir o GT, construir bases para começar a discutir um outro modo de interação, outra possibilidade de intervenção a partir do Ministério da Saúde, a partir do Estado.

A partir de então, a gente começou a trabalhar com a ideia de que, uma proposta interessante para lidar com saúde mental e problemas de álcool e drogas, no fundo, indicava a necessidade de uma recomposição inteira de uma comunidade, na sua história, na sua cultura, na sua língua, na sua forma de funcionar.”



CUIDADO EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS **Sofia Mendonça**

Médica sanitarista, antropóloga, Coordenadora do Projeto Xingu – UNIFESP

“Nesse momento, eu queria conversar sobre a palavra cuidado. A origem da palavra cuidado é *cogitare*, do latim, que é refletir, prestar atenção, pensar, dar atenção, levar em consideração. Ela tem vários sentidos, dependendo do contexto que se usa. Nesse caso, a atenção para a questão da saúde mental, álcool e outras drogas, é tomar cuidado para a gente não carregar a nossa forma de ver o mundo, não ser etnocêntrico, ou ver com nossos olhos aquilo que pode ser uma outra composição, outro modo de enxergar o uso da bebida. O uso do cuidado, com este significado, é o que eu acho importante nesta fala.



Um outro jeito de olhar o cuidado, é o do esmero. Eu acho que a gente tem que fazer este trabalho com os povos indígenas com muito esmero, com muito cuidado, com muita responsabilidade, com muito compromisso.

Quem é que cuida lá nas aldeias? Que redes existem já nas aldeias, quem é que cuida? Depois de pensar sobre isso, de tomar esse cuidado, eu preciso entender qual é o contexto. Em que lugar que está acontecendo este problema? Será que é dentro da aldeia? Será que é no limite com a cidade? Em que lugar isto está acontecendo? Quem é esta pessoa que chegou e está demonstrando um problema, ou que fez uma crise de violência? Ou um surto psicótico? Enfim, de onde ela é? Quem ela é? Quem eles são? Que povos são esses? Como está essa relação dentro da aldeia? Ou ela é deslocada, ou ela é afastada? Esta aldeia tem uma relação boa, harmoniosa com outros grupos étnicos, naquela mesma área indígena – pensando no Distrito Sanitário – na área de abrangência? Tem relações boas, saudáveis? Como é a relação destes povos com a sociedade do entorno? É muito preconceituosa, muito conflituosa? Eu preciso entender este contexto. Eu preciso entender qual a história de contato desse povo. Eu preciso entender que mudanças aconteceram no modo de viver.

Preciso saber como se configura, por exemplo, a rede de atenção psicossocial naquela área. Como ela se constitui? Como ela se relaciona com este Distrito Sanitário? Ela sabe por que tem atenção diferenciada? Ela conhece a questão indígena? Ela sabe de como os indígenas percebem seu corpo, seu ciclo da vida, sua relação com a terra? Esta rede está preparada, este Distrito está preparado, ou ele também só joga para o psicólogo? Como essas relações acontecem?

Em geral, este desequilíbrio, que aparece com sinais de violência, de agressividade, violência sexual, doméstica, uso abusivo de drogas, a dependência, e mesmo alguns transtornos mentais, está relacionado com esta questão do ‘entre mundos’. Estar lá ou aqui... Já vimos muitos casos em que, por exemplo, aparece o abuso da bebida ou o uso de outras drogas porque o jovem quer ser aceito. Então, se ele está morando lá, e ele não se sente indígena quando está na aldeia, ele não é visto como indígena porque os outros da aldeia falam ‘você já é branco, você já não é indígena’ – então ele se sente mal porque as pessoas o rejeitam. E quando ele está na cidade, dizem: ‘você é um indígena, volta lá para sua aldeia’ – onde ele está? Ele fica em um *não lugar*,



entre dois mundos. Então, a equipe precisa identificar este risco, esta exposição, estes jovens ou estes casos, em que lugar eles estão.

Pensar neste cuidado de saúde mental, álcool e outras drogas. É preciso entender como é que os próprios indígenas percebem este problema: para eles é um problema? E como eles lidavam com isso? Quem tratava?

Então, a saúde mental, ela tem também essa coisa, trabalhar essas traduções, trabalhar estas questões. Reconhecer que existem atores que desenvolvem diferentes papéis que estão relacionados ao adoecimento e ao processo de cura. Tudo tem um sentido, uma localização, e nem só no indivíduo.

Então o que aconteceu? Quem fez este diagnóstico? Quem está acompanhando? Então vemos que por aí afora; é um descontrole geral, há uma medicalização absurda, uma psicologização, um monte de diagnósticos que são feitos com nosso olhar. Isso acaba tirando energia das pessoas para ver o que, de fato, é problema – como suicídios, depressão, ou outras questões com o abuso de drogas. Se a gente fica atrás dessa coisa da medicalização, a gente não vê o que de fato está acontecendo.

Então, são políticas públicas que precisam ser reavaliadas. A saúde indígena começa na aldeia – isso é um privilégio! Começa no território mais rico, onde acontece a vida das pessoas.”

...

SAÚDE INDÍGENA E O PROCESSO DE ALCOOLIZAÇÃO **Luciana Ouriques**

Antropóloga/Programa de Pós-graduação de Antropologia Social
da Universidade Federal de Santa Catarina e pesquisadora do INCT Brasil Plural

“Estou aqui para falar de uma experiência que foi realizada entre os anos de 2000 e 2004, no Rio Grande do Sul, junto aos povos M’bya guarani. Naquela época, o Ministério Público Federal de Passo Fundo oficiou a Funasa – a gestora federal para a saúde indígena –, para erradicar o alcoolismo do Rio Grande do Sul nas áreas indígenas, em



seis meses, diante de uma situação em que uma mãe Kaingang matara o filho. A Funasa fez um grupo intersetorial na época para discutir a questão, envolvendo o Ministério Público e as organizações que trabalhavam a questão indígena na época. Então nos chamaram para fazer um diagnóstico antropológico da situação.

É um tema muito delicado de se tratar com as comunidades. Então, eu propus uma metodologia participativa. Primeiro, consultar os líderes se eles estavam interessados no diagnóstico. A gente fez uma primeira reunião em que perguntávamos se eles queriam. De cara, eles disseram que queriam, mas nos alertaram que, para eles, o que interessava era a raiz do problema, e não saber nem quem, nem quantos – mas sim, aquilo que fazia com que os guaranis vivessem o *tekuat'í* – sem há o *teko porã*, o Bem-Viver de um lado, há o *tekuati* do outro, que é a vida doente, a vida imperfeita da qual o álcool faz parte. E o problema fundamental então era a terra.

Nesse momento, eles já nos davam uma aula de determinantes sociais de saúde, e já nos falavam sobre as limitações e os impasses que teria um diagnóstico epidemiológico, por exemplo. Saímos então fazendo o diagnóstico com três perguntas, que eram: É um problema? O uso de bebidas alcoólicas é um problema para os M'bya guarani? Se é um problema, que tipo de problema é? (Porque não necessariamente é um problema como eu o considero, como nosso sistema considera). E o que que os M'bya Guarani já estão fazendo para resolver, e o que deve ser feito?

O interessante é que fomos percebendo que nem todas as comunidades tinham problemas. A bebida alcoólica perpassava por todas, mas nem em todas a bebida alcoólica era um problema. Quais os lugares em que ela era um problema? Lugares onde não tinha casa de reza, que é uma instituição central e da atualização do mundo, da vida guarani, e da proteção espiritual – então, também, nós precisamos levar a sério os conhecimentos indígenas, no sentido de que é isso mesmo: protege contra os espíritos perversos que se achegam com as bebidas alcoólicas, e aí ela dá o tom do cotidiano daquela comunidade.

Então os rezadores, os cuidadores, teriam que cuidar não apenas da pessoa que bebe, muitas vezes, teriam que tratar as pessoas que estão sofrendo por terem dentro da sua família alguém que bebe. Porque essas pessoas precisam ter força para poder lidar com



seu parente, precisam ter a inspiração necessária para conduzir a situação dentro da sua casa. Ou seja, quando temos situações de uso abusivo de álcool, é uma comunidade que adocece, muitas vezes, não é um bebedor que está doente.

A partir dessa experiência, o que eu vejo? Um trabalho de intervenção com os povos indígenas, num princípio ético, instaurando uma ética interétnica, uma ética intercultural, seria justamente se instituir espaços criativos para reverter e restituir essa condição de cidadania, de sujeito pleno, dono de sua vida, que pode, a partir de uma condição de autonomia e emancipação, construir os seus projetos de decidir qual é o futuro que quer para si. Nesse sentido, nós antropólogos, psicólogos, profissionais de saúde somos um parceiro dessa intervenção, somos mediadores nessas intervenções.”



MESA DE TRABALHO

Experiências de Território: Cuidado e articulação intersetorial

Os casos foram apresentados por representantes de serviços públicos – CAPS, CRs/ Funai e DSEIs – que contavam com experiências e práticas no trabalho com povos indígenas e questões ligadas ao álcool. Nesse sentido, foram apresentadas experiências a partir do trabalho do CAPS Infanto-juvenil de Parelheiros em uma aldeia guarani no município de São Paulo. Vander Aparecido Nishijima abordou o caso da violação de direitos indígenas na região de Dourados, e o Mutirão intersetorial para a Efetivação do Direito à Convivência Familiar e Comunitária das Crianças e Jovens Indígenas do Cone Sul do Mato Grosso do Sul; Teruko Higa abordou importância dos vínculos sociais e locais para a diminuição das tentativas de suicídio no contexto do CAPS Formoso do Araguaia; Edinaldo Rodrigues Xukuru abordou a importância das políticas conjuntas e do cuidado integral da saúde, tendo como referência, a experiência do DSEI Pernambuco; e, fechando a mesa, Thélia Santana relacionou a questão da saúde mental a partir da importância das ações ‘positivas’, como a elaboração de um plano de gestão ambiental e ‘redes de cuidados internos’, na região do DSEI Cuiabá.

CONVIDADOS • PALESTRANTES

CAPS INFANTO JUVENIL – PARELHEIROS/SP **Ediana Ferreira de Souza & Camila Latenek**

“Eu [Camila Latenek] cheguei ao CAPS em março de 2016, e quando soube que tinha um trabalho na aldeia, que até então era o atendimento de um menino autista, eu quis estar na aldeia [Tenondé Porã, sul de São Paulo]. Eu trabalho com música, dança, cultura popular e manifestações tradicionais, então me interessei muito em fazer um trabalho na aldeia, achei que poderia dialogar por meio desses dispositivos.

Ao perceber na equipe as enormes dificuldades de entender a cultura, a língua, e com dificuldades de dialogar com a Unidade Básica de Saúde (UBS) que está lá dentro da aldeia, e com outros atores como com a própria comunidade, eu pensei em um projeto que pudesse nos aproximar dessa comunidade e desse universo tão distante.

Então eu fiz algumas visitas na aldeia, me aproximei do CECI – Centro de Educação e Cultura Indígena – e do Adriano, que é liderança lá, e propus uma troca que seria: eu dou algumas oficinas para as crianças: de danças, brincadeiras e ritmos tradicionais do Brasil, e também acompanho um pouco do trabalho dos educadores, que é todo voltado para a cultura indígena. Dessa forma eu pude estar presente na aldeia, conhecendo, convivendo, acompanhando as crianças nas atividades e criando vínculos

[Ediana Ferreira de Souza]: A Camila falou um pouco de como o CAPS entrou na aldeia para fazer os atendimentos (...). Eu sou enfermeira, mas o meu trabalho na aldeia não é de enfermeira, não é um trabalho higienista, não é um trabalho para se falar do que está certo ou do que está errado em termos de cuidados e de higiene. Meu trabalho na aldeia é para estar com a família de um jovem que tem necessidades de contato ampliado – é assim que vejo meu trabalho lá.

Gostaríamos de compartilhar essa experiência com vocês. É uma experiência que talvez não tenha diretamente ligação com o uso de álcool, mas ao mesmo tempo tem, porque



a gente teve recentemente um episódio que demandou muito de nós, como equipe, para estar na aldeia, que foi a morte de uma criança indígena pelo uso de drogas e que foi assassinada por outras duas crianças também indígenas. A gente chega nesse dia para o atendimento do Karaí e da família dele, e se depara com essa situação (...) Isso, de certa forma, influenciou nosso atendimento junto ao Karaí.

Fomos percebendo que tínhamos de entrar no universo dele, que era o brinquedo com areia, que a gente pegava ali mesmo no terreiro, era o peão, que os próprios irmão tinham e acabaram trazendo pro atendimento conosco, e fomos então partindo disso.

Ele vivia numa condição muito difícil. Desde os 13 anos, não habita com a família dentro da casa. Ele morava num anexo da casa, num compartimento muito pequeno, em que cabiam duas pessoas, no máximo. Nesse compartimento tinha uma televisão, que ficava o tempo inteiro ligada passando desenhos, de manhã cedo. Ele não tem contato com a casa, tem contato só com o terreiro; a porta dele é fechada por dentro. É o Karaí mesmo que controla quem ele quer receber e com quem ele quer interagir.

E a gente foi tentar entender como isso aconteceu. Hoje ele está com 20 anos, é um jovem. Isso acontece desde os 13 anos dele. Realizamos um trabalho de aproximação e interação com a família, e o pai nos conta que aos poucos, ele mesmo, foi saindo de casa e optando por aquele espaço. E eles entendem que aquele espaço é o espaço dele. E eles então construíram uma casa, um quarto para o Karaí, anexo a casa. Só então fomos entendendo a história de Karaí. O pai do Karaí é o pajé da aldeia, e permite que possamos manter os atendimentos, e apoia o nosso trabalho.

Há duas semanas chegamos para fazer o atendimento, e o Karaí não estava mais naquela ‘casinha’, naquele anexo onde cabiam apenas duas pessoas. Eles reformaram as duas últimas cozinhas e o Karaí, hoje em dia, está lá. Tem duas semanas que ele está habitando esse novo espaço – a integração dele para a casa agora é feita a partir de uma porta; então ele não está efetivamente dentro da casa e convivendo com a família, mas ele, de alguma forma, está dentro da casa, em contato com sua família, em condições melhores, possibilitando o trabalho de um outro jeito.”





COORDENAÇÃO REGIONAL DA FUNAI DE DOURADOS/MS Vander Aparecido Nishijima

“Estamos lidando com populações indígenas de várias etnias, de línguas diferentes, de conhecimentos tradicionais diferentes. Então esse é um primeiro desafio. Experiência localizada do ‘Mutirão para efetivação da convivência familiar e comunitária das crianças e jovens indígenas junto a seu povo no Cone Sul do Mato Grosso do Sul’, em 2015. Tivemos denúncias de órgãos internacionais sobre a mortalidade por desnutrição de crianças Guarani-kaiowá. 65% dos casos de perda de direito à convivência familiar e comunitária de crianças e jovens indígenas, no Brasil, estão localizados no Mato Grosso do Sul. Isso dá uma dimensão de como estava essa situação de violação de um direito constitucional, que é a convivência familiar e comunitária de crianças e jovens indígenas.

Entre os anos de 2005 a 2007, nós tivemos registro de 17 casos de morte de crianças indígenas decorrentes da desnutrição. Houve várias denúncias, deu repercussão internacional, e o governo, como medida, acabou criando o chamado Comitê Gestor de Políticas Indigenistas Integradas da Grande Dourados. E é ali que começa a aparecer a situação de crianças que foram retiradas de seu direito à convivência familiar e comunitária.

Mais ou menos pelo ano de 2010, entre maio e junho, começou a ser organizada uma força tarefa com assistentes sociais e psicólogos. A gente começa a levantar então essa situação de violação de direito dessas crianças, que é a retirada [de forma] compulsória, sem respeitar o Estatuto da Criança e Adolescente – ECA. Sem respeitar a Constituição Federal, colocadas para adoção, à revelia do próprio ECA, e à revelia do próprio povo indígena.

Então começa um movimento de articulação, puxado pela Funai. A Coordenação de Dourados, com parceiros e com a Universidade Federal de Grande Dourados (UFGD), realizaram o I *Colóquio Regional Crianças Indígenas e a rede de proteção à infância, à adolescência e à juventude entre os Kaiowá, Guarani e Terena: modos de ser, viver e a rede de garantia de direitos*. Em 2012, já dentro do programa conjunto de segurança alimentar e nutricional, e junto à Unicef, é realizado um segundo colóquio com o mesmo tema, dessa vez para apresentar as diretrizes básicas de elaboração do fluxo de atenção integral para as ‘redes municipais de proteção e garantias dos direitos de crianças da juventude Guarani, Kaiowá e Terena na região de Dourados’.



Nos dois eventos foi discutida situação da rede de atendimento e a construção de um protocolo de atendimento. Em 2014, a Coordenação Regional da Funai de Ponta-Porã formaliza uma denúncia ao Ministério Público Federal de Ponta Porã/MS contra essa violação de direitos e dos casos de adoções irregulares. A partir de uma discussão entre Funai, Ministério Público e outros agentes, é elaborada a primeira 'instrução interna' da FUNAI sobre a forma de intervenção e de participação da FUNAI nessa temática.

Mas antes de tudo era necessário que pensássemos a criação da rede e como se dá esse fluxo a partir da ótica do povo Guarani Kaiowá. A título de demonstração, quando se pensou em se criar essa rede de maneira mais articulada, a primeira pauta era exatamente uma reunião com as lideranças indígenas – entendidas não só como o cacique da terra indígena, mas o pajé, o professor, o agente de saúde, enfim, as pessoas que vivem dentro daquele território – para tentar entender como é que eles percebem essa situação e se há mecanismos internos de resolução dessa situação de acolhimento compulsório de crianças e adolescentes.

Inclusive, é importante dizer aqui: o Conselho Tutelar tem agido, principalmente de uma forma muito policalesca. Simplesmente retirando essas crianças (não respeitando o ECA), de procurar dentro da família nuclear, da parentela extensa ou dentro da comunidade, dentro do próprio povo, alguém que pudesse ficar com aquela criança momentaneamente até que se pudesse verificar a situação da família como um todo. Então, duas violações: retirada compulsória da criança e o não atendimento da família. Nós tivemos um embate muito grande com o Ministério Público Estadual, e com a Justiça, com a Vara da Infância e da Juventude de Dourados e Região (...). O esforço conjunto da Funai, Sesai, MDS e outros parceiros, como a UFGD, foi promover o diálogo, oficinas, e culminou em um Plano de Ação – na elaboração de diretrizes de ação, em um plano de ação.

Algumas ações, a partir daí, começam a dar resultados, e a gente avalia, pelo menos ali na ponta, que o grande ganho foi conseguir dialogar com a rede. Primeiro ouvir a comunidade, entender como funciona a dinâmica interna, dialogar com os atores da rede, e minimamente tentar fazer uma intervenção mais qualificada.

Conseguimos trazer à luz um debate; esse é um grande avanço, demonstrando naquele momento então a fraqueza de atuação da rede – porque havia uma dificuldade de se



trabalhar em rede, de maneira conjunta, e inclusive o papel de cada agente da rede, qual seu papel nessa demanda.”



CAPS DE FORMOSO DO ARAGUAIA/TO

Teruko Higa

“Em 2013, devido aos suicídios, foi preciso a gente fazer uma força tarefa, com a cooperação entre Ministério da Saúde, governo estadual e governo municipal. Foi aí que começou essa articulação do DSEI com o Polo-base para unirmos forças para poder traçar estratégias de intervenção.

Então nos perguntamos: o que faremos, quando estão acontecendo mortes? A gente tem que trabalhar a vida. E foi então que nós pensamos no que fazer. Aí, junto com o CAPS de Formoso do Araguaia (TO), e o CAPS de Gurupi (TO) organizamos as oficinas e conseguimos levar para as aldeias.

Algumas das meninas que tentaram suicídio foram na oficina. Nós as conhecemos. Foram incluídas nas oficinas de miçanga; nas rodas de conversa; danças culturais, que eles também fizeram. E tudo isso a gente fez para poder entrar na aldeia: ‘você autorizam? Permitem?’. Foi tudo negociado para poder fazer esse trabalho.

E durante essas ações, a gente não foi pegar paciente e falar sobre o acontecido. A gente, primeiro, trabalhou essas oficinas para depois perguntar se realmente eles aceitavam ir para a Unidade Básica de Saúde, para o Posto de Saúde. A maioria não precisou. E o que a gente percebeu? Que esses pacientes tinham alguma coisa na família relacionada ao uso exagerado de álcool, que repercutia de alguma forma nas relações familiares, como violências, brigas.

Foi durante esse período de intervenção que a gente descobriu, e conseguiu fazer esse trabalho; não só lá na aldeia, mas também que eles criassem confiança, para poder fazer as consultas no CAPS. Mas os grupos, lá no CAPS, não deram certo. Estavam fora do seu território. O que a gente descobriu a partir daí? Que a gente tem que ir para a



aldeia. Não adianta trazer eles para o CAPS. Não é um local familiar. E lá na aldeia eles se sentem mais acolhidos e seguros.

Os resultados que a gente obteve na época foram as reduções de tentativa de suicídio, redução de consumo de bebida alcoólica – não zeramos, mas reduzimos –, e melhora da convivência familiar.

O vínculo é muito importante; o Agente Indígena de Saúde (AIS) tem um papel fundamental no elo de ligação; o técnico de enfermagem da área; o técnico de referência para os indígenas. Então, é fundamental para o conhecimento de área. Atividades comunitárias no território são importantíssimas, atendimento domiciliar, oficina domiciliar que faça sentido. Respeito à cultura – está em letras garrafais, porque a gente precisa entender, para depois atender.”



DSEI PERNAMBUCO

Edinaldo Rodrigues Xukuru

“Para mim, o desafio é duas vezes maior, por ser indígena, por trabalhar nas comunidades indígenas de onde eu venho, Xukuru e os demais povos indígenas do estado de Pernambuco. E aí, esse trânsito entre os dois mundos, principalmente em um mundo que se debruça a estudar pessoas e suas formas de organizações, que é o caso da psicologia. E também, ter o compromisso de respeitar e de trazer para o diálogo os sábios da comunidade, que são os pajés e os outros detentores, para fazer uma reflexão inclusive sobre os problemas que atualmente afetam a vida da comunidade. Então, isso é um desafio imenso.

Tudo gira em função do território, da terra, da mãe-terra, para nós indígenas tudo gira em torno disso. Se não tem a terra, vai ter todas as mazelas que nós atualmente encontramos nas aldeias. Mas enfim, eu venho de uma região que os povos indígenas foram praticamente dizimados. Até a década de 1970 e início de 1980, não se reconheciam mais esses povos embora eles existissem lá, fortemente escondidos em áreas do sertão do estado de Pernambuco, e ainda mantendo as nossas culturas e tradições. Então, esse processo colonizador que destruiu as



comunidades indígenas do Nordeste é motivo, hoje, do que nós chamamos de adoecimento mental ou sofrimento mental.

Falando especificamente da minha atuação junto com o DSEI Pernambuco. Não adianta trabalharmos programas e programas de saúde, investir em saúde, apenas nessa parte curativa. Porque nunca vamos atingir os objetivos que temos interesse; só vamos conseguir isso com políticas conjuntas. E, a partir disso, a gente inicia um programa que converse com outros setores, que converse com outras políticas públicas que tenham a responsabilidade de atuarem junto às comunidades indígenas.

Quando cheguei para atuar no programa havia um programa de atendimento, que se chamava de ‘paciente de saúde mental’, ou a pessoa indígena que tinha um transtorno mental. O foco era só esse, e a gente precisou quebrar com esse velho conceito de atendimento de saúde mental, dentro de uma lógica ultrapassada, uma lógica que não visava trabalhar os contextos sociais. Então a gente passa do atendimento de saúde mental, para o atendimento psicossocial dentro da lógica de um cuidado integral.

Tem uma experiência interessante, que foi um dos colegiados microrregionais de saúde mental, que aconteceu em uma comunidade indígena, que foi em Pankará, no Sertão. Porque fez uma discussão diretamente com a comunidade, e eles foram lá com abertura de conhecer como os pajés produzem saúde – isso foi o mais importante para gente. Ter esse olhar de não ir lá para se dizer como se faz saúde indígena, saúde mental, mas aprender com eles. Em relação aos CAPS, enfrenta-se a dificuldade de trabalhar com a população indígena por conta da distância.

O principal fator são as vulnerabilidades psicossociais que a gente tem discutido, e que são geradas pela falta de um território livre; livre da destruição, livre da ganância do poder. Como se dá o cuidado no território? Com planejamento, atendimento, educação permanente, atividades coletivas, e fomento aos saberes, que é importante para gente sentar com os detentores de saberes tradicionais, para discutir com eles, inclusive a questão do alcoolismo.”





DSEI CUIABÁ

Thélia Maria Pinheiro de Santana

“Na época em que os garimpeiros desceram lá nos Yanomami, Surucucu, ficaram todos ali na região das Serras. Então eu perguntava para o cacique, como é que a gente faz, como é que a gente trabalha essa situação aqui, nessa maloca? E ele respondeu: ‘Thélia, a gente precisa distrair os macuxi, distrair das doenças e dos vícios dos brancos’. Aí eu perguntei: ‘de que jeito?’. E ele disse: ‘olhando para o que a gente tem de bom, olhando para o que é nosso. É preciso enxergar a saúde, para a gente poder expulsar a doença’. A gente precisa, segundo o Tuxáua Damásio, se é que eu consigo interpretar assim, entrar em um território, [ao invés de] enxergar tudo o que tem de ruim num território para ver se a gente vai salvar; a gente precisa desconstruir esse olhar e construir um olhar para a vida. Observar o que tem de vida naquele território, o que tem de saúde o que tem de potencial. É preciso a gente aprender a enxergar a saúde, a enxergar o que tem de bom para a gente ver de que jeito a gente consegue potencializar.

Eu juntei algumas ações que a gente está fazendo em Cuiabá. A rede Bem-Viver de apoio ao plano de vida sócio cultural das etnias do DSEI Cuiabá. E a OPAN, junto com a Funai e com a TNC foram convidadas para fazer o Plano de Gestão Territorial e Ambiental da terra indígena Paresi. Então os Halit, como eles se autodenominam, convidaram a equipe de saúde ambiental para a gente trabalhar a saúde dentro do plano de gestão. Ou seja, trabalhar em parceria com a OPAN, com a Funai e a TNC. Seu Jaime falou uma coisa muito interessante: ‘O homem também é a natureza, e não dá de pensar a saúde para os Halit sem pensar a natureza.’

O Plano de Gestão Territorial e Ambiental da Terra Pareci – para eles esse plano significa isso aí: resgatar na memória histórica seu povo, todo espaço geográfico e dizer no plano quem é o povo Paresi, como se organiza, falar de sua cultura, sua economia, como é, o que faz hoje nas atuais aldeias. Então a partir desse levantamento é que a gente vai pensar todas essas questões internas, inclusive do pedágio, a saúde, educação, a parceria agrícola que eles têm com o plantio de soja.

Vamos falar agora da Rede Tadarimana. O que a gente faz lá? A gente vai para cada aldeia e traça junto com eles a rede local. Primeiro a interna, a aldeia Tadarimana que fica



no município de Rondonópolis. A gente veio para o centro dessa aldeia para conversar com a comunidade sobre a rede interna de cuidado deles. Então eles foram elencando: família, cacique, população local, conselheiro locais de saúde, PAI – que é um ‘grupo Bem-Viver’. Os cuidadores tradicionais, AIS, a escola e a equipe multidisciplinar indígena. Então a gente conversou muito sobre essa rede de cuidados internos, em quem eles podiam se apoiar. Quando esgotamos aqui, aí nós fomos para a rede de cuidado externa e aí eles elencaram: EMPAER, SES, Secretaria de agricultura, Funai, Polo. Ali naquela rede da aldeia Tadarimana nós construímos uma situação bem legal.”

...



III • RECOMENDAÇÕES, RUMOS E ACORDOS ÉTICO-POLÍTICOS NOS TERRITÓRIOS

A seguir serão apresentados os *consensus* elaborados durante a I Oficina, no que concernem a recomendações, rumos e acordos ético-políticos nos territórios, produzidas mediante metodologia da divisão dos participantes em grupos por regiões do país² após as exposições e debates. Essas conclusões tiveram como base de discussão as seguintes ‘questões disparadoras’:

- ♦ *Como é possível operacionalizar os princípios e práticas trazidos pelas mesas, experiências apresentadas e diretrizes nacionais, tendo a intersetorialidade como base das ações?*
- ♦ *Que reflexões podem-se fazer sobre a Gestão, os Cuidados ofertados, e a garantia e efetivação dos direitos?*

A partir desses parâmetros foram realizadas importantes diretrizes e recomendações para a abordagem das necessidades decorrentes do uso de álcool e para a atuação das Redes de Atenção:

1

Para a **garantia de direitos**, apontou-se a necessidade de se respeitarem as normas constitucionais e infraconstitucionais – em especial a Constituição Federal de 1988, a Resolução 169/OIT, e a Lei 10.216/2001 – assim como as normas, os saberes e as práticas tradicionais dos povos indígenas, construindo-se estratégias de fomento à autodeterminação e ao protagonismo indígena;

2

O princípio da **intersetorialidade** para organizar a gestão dos cuidados relacionados às necessidades decorrentes do uso de álcool é uma condição necessária das ações, havendo a compreensão de que as ações e a gestão devem ser coletivizadas;

3

Fortalecimento das estratégias para desenvolvimento da **integralidade do cuidado**, pelas atividades de escuta e acolhimento, com foco sobre a construção de vínculo e atenção centrada na perspectiva dos sujeitos e de suas comunidades;

- 
- 4** **Corresponsabilidade interinstitucional e interétnica.** Corresponsabilização e cuidado compartilhado entre os atores da rede, buscando-se a ampliação do número de instituições envolvidas na promoção de saúde e cuidado às necessidades decorrentes do uso de álcool;
 - 5** **Primar pela institucionalização dos canais de articulação e comunicação,** estabelecendo fluxos, níveis de responsabilidade e competências com segurança e sigilo a partir das necessidades das comunidades;
 - 6** **O campo intersetorial necessita fortalecer a incorporação de estratégias de ‘redução de danos’** em detrimento de uma lógica proibicionista para o cuidado às necessidades decorrentes do uso de álcool;
 - 7** **Atuar para o aumento da qualificação da gestão das políticas públicas** para o desenvolvimento de processos éticos, **que fortaleçam o protagonismo e autonomia indígena,** assim como aprimorar a efetividade das políticas indigenistas;
 - 8** **Criação de espaços de gestão compartilhada em nível local** – como grupos de trabalho, comitês, fóruns, grupos condutores – com a participação de indígenas e suas organizações/associações; de atores governamentais de diversas políticas públicas, em especial, a assistência social e o desenvolvimento agrário;
 - 9** **Os espaços de gestão compartilhada** podem e devem desenvolver **ações de sensibilização dos gestores municipais, dos DSEIs e da Funai** acerca da importância do trabalho dos CAPS, RAPS e a necessidade de atuarem com as populações indígenas;
 - 10** **Discutir a qualificação da atenção diferenciada aos povos indígenas,** considerando aspectos culturais, epidemiológicos e logísticos;
 - 11** **Traçar projetos terapêuticos singulares (PTS) intersetorialmente** que devem ser construídos conjuntamente com a pessoa interessada e revistos sempre que necessário;



12

Implementação da tecnologia do matriciamento entre os pontos de atenção da rede e desenvolvimento de metodologias participativas para a articulação e consulta à população indígena, visando ampliar as possibilidades de cuidado, a promoção do protagonismo e autonomia dos povos indígenas e a sustentabilidade das ações e de seus resultados;

13

Desenvolvimento de ações conjuntas para o levantamento de demandas relativas ao uso prejudicial de álcool nas aldeias e a discussão de seus determinantes e condicionantes sociais.

Para operacionalização das ações nos territórios, e da articulação concreta, sugere-se uma metodologia que incorpore as seguintes ações: a) **alinhamento conceitual** entre setores; b) **estreitamento das relações** interinstitucionais; c) **facilitação de fluxos** de atenção e matriciamento.

2 • Cada subgrupo era composto por membros de DSEIs, RAPS e CRs, divididos conforme as seguintes regiões: 1) Nordeste; 2) Sul, Sudeste e Mato Grosso do Sul; 3) Mato Grosso e Tocantins; 4) Acre, Rondônia e Oeste do Amazonas; 5) Roraima e Amazonas; 6) Pará e Amapá.



IV • CONSIDERAÇÕES FINAIS



Esse resumo executivo é a síntese do relatório detalhado com os diálogos e resultados desenvolvidos durante a *I Oficina Povos Indígenas e necessidades decorrentes do uso de álcool*, realizada em dezembro de 2016. Assim como no relatório integral, esse resumo replica os esforços em variadas escalas e grupos para a construção de respostas e caminhos no campo do cuidado e da atenção em saúde mental, da efetividade dos direitos indígenas, da articulação e compromisso da gestão institucional nesses processos.

As apresentações das experiências práticas dos territórios expuseram as dificuldades encontradas e as mudanças que ainda não podem ser expressas em resultados, mas que representam transformações subjetivas na vida dos sujeitos e das comunidades indígenas. Logo, são operacionalizações dos princípios éticos manifestados na primeira mesa, tendo como eixo principal o protagonismo dos indígenas na promoção do Bem-Viver de suas comunidades.

Tal ênfase sobre o protagonismo é também uma resposta ao processo histórico de tutela vivenciado pelos povos indígenas, além de também ser um princípio da reforma psiquiátrica brasileira. A tutela pode coibir a autodeterminação e a vontade dos indivíduos em relação, inclusive, às formas de cuidado e tratamento nas ações de saúde. Por isso, a atenção psicossocial para indígenas deve buscar um projeto terapêutico integral, que fortaleça os sujeitos, suas comunidades e povos, em suas diversas matizes, reconhecendo os recursos disponíveis no seu território.



Aprofundar o conhecimento sobre os povos, sua história, cosmologia e tradições é uma das formas de se caminhar conjuntamente na direção do protagonismo indígena, sem que se exerça a tutela. Essas ações são possíveis apenas por meio da prática de um olhar diferenciado, um olhar que tenta se colocar no lugar do outro, em busca da compreensão dos modelos explicativos indígenas para o mundo, conforme revelam os próprios indígenas.

A atenção psicossocial oferece uma oportunidade de se ampliar o olhar sobre a saúde das populações indígenas, já que ao se abordar os processos de alcoolização acaba-se por tocar em questões relativas à violência, à discriminação, ao racismo, ao direito à terra e à reprodução cultural e material das formas tradicionais de vida dos povos originários. Compreende-se que tanto o relatório final quanto o resumo executivo são convites para que as políticas públicas possam se aproximar dos territórios indígenas, trabalhar de forma intersetorial e em rede, e promover cuidados e ações que transformem os determinantes sociais e ambientais de saúde, visando o Bem-Viver dos povos indígenas.

