



UFRR

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
INSTITUTO DE ANTROPOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL**

EDILAISE SANTOS VIEIRA

**NEM INJEÇÃO E NEM XABORI: REFLEXÃO SOBRE TRABALHOS DE SAÚDE
MENTAL EM CONTEXTOS INDÍGENAS DE RORAIMA**

Boa Vista/RR
2018

EDILAISE SANTOS VIEIRA

**NEM INJEÇÃO E NEM XABORI: REFLEXÃO SOBRE TRABALHOS
DE SAÚDE MENTAL EM CONTEXTOS INDÍGENAS DE RORAIMA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Roraima, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Antropologia Social, na área de concentração: Processos Identitários e Direitos Diferenciados.

Orientadora: Profa. Dra. Elaine Moreira.

Boa Vista/RR
2018

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

V658n Vieira, Edilaise Santos.

Nem injeção e nem *xabori*: reflexão sobre trabalhos de saúde mental em contextos indígenas de Roraima / Edilaise Santos Vieira. – Boa Vista, 2018.

88f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Elaine Moreira.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Roraima, Programa de Pós-graduação em Antropologia Social.

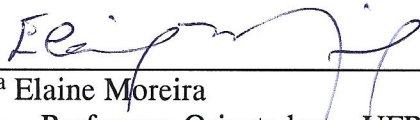
1 – Saúde Mental. 2 – Política de saúde. 3 – Indígenas de Roraima. 4 – Antropologia da Saúde. 5 – Atenção Psicossocial. I – Título. II – Moreira, Elaine (orientadora).

CDU – 397:159.9

EDILAISE SANTOS VIEIRA

NEM INJEÇÃO E NEM XABORI: REFLEXÃO SOBRE TRABALHOS DE SAÚDE
MENTAL EM CONTEXTOS INDÍGENAS DE RORAIMA

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Elaine Moreira
Presidente – Professora Orientadora - UFRR



Prof. Dr. Marcos Antonio Pellegrini
Membro Interno - UFRR



Profa. Dra. Eliane Silvia Costa
Membro Externo - UFRR

Aprovada em 21 de setembro de 2018.

*Aos “Meus parentes”, que me conferem um
pertencimento que me orienta no mundo.*

AGRADECIMENTOS

Quando, tudo eu que posso fazer é agradecer:

Agradecer essencialmente a **Tupã** e aos meus **mestres encantados** por ter me enviado espíritos de luz para enfrentar a jornada...

À minha filha **Amana Serena**, cuja sua existência me melhora dia a dia. Aproveito para lhe pedir desculpas por minhas ausências, pelo fechar de portas do quarto, evitando que você pudesse me incomodar quando eu estava “cuidando” de compreender a antropologia e não cuidando de você.

Ao meu **esposo Silvio**, meu baré companheiro, aquele que me apoia, me auxilia, e aguentou as minhas tensões durante esse mestrado. Obrigada “homem lindo”.

Aos meus **familiares, pais, irmãos e primos** que de longe me enviavam alento e espiritualidade. E aos meus **amigos**, grandes incentivadores.

À minha orientadora **Elaine Moreira**, uma escolha de orientação que perpassou por afetos. Além da sua competência, o que me levou a Elaine foi a sua “maternidade”. Uma mulher amável, solícita e atuante. A mesma topou seguir essa aventura comigo e se fez companheira...

Agradecer aos meus **colegas de turma**, pela parceria do início ao fim. Ter feito o mestrado com essa turma fez toda a diferença, pois cada um, em sua singularidade promovia a sinergia grupal e aflorava laços de estima, agradeço:

À **Sandra** por seu companheirismo e presença espirituosa - uma irmã pra vida;

À **Leonice**, por sua amizade e por ser tão articulada e potente.

À **Natascha** por sua intelectualidade e solicitude.

À **Gilmara** por ser a minha parenta, pessoa cuja vivência a legitima como uma referência local;

À **Karolayne**, uma jovem pulsante, negra, linda e culta.

Ao **Fabio**, um verdadeiro *Gentiman*, com uma presença adorável, carregada de sabedoria para o falar e se calar. Sua genialidade de oratória é inexplicável.

Agradeço **aos professores**, afinal aprender e apreender a Antropologia não é tão simples, cada professor com suas experiências e viés antropológico contribuíram com esse ciclo de aprendizado e claro, me auxiliaram para a elaboração deste trabalho, destaco:

O **Marcos Pellegrini** por suas colaborações sempre pertinentes e por deter a minha admiração. Sua intelectualidade e sensibilidade muito me encanta;

A **Indira** por sua antropologia jovial e carregada de novas possibilidades;

A **Manu** (Manoela), por uma docência sensível e motivadora;

Ao **Cirino** por sua parceria, por suas aulas leves e bem contextualizadas;

A **Olendina** por sua postura firme e precisa com riqueza de experiências;

A **Marisa** por sua desenvoltura acadêmica e atuante;

Agradecer aos **interlocutores** da minha pesquisa, pela disponibilidade e confiança. Reconheço o desafio de se trabalhar com saúde indígena e por isso os admiro pela entrega e dedicação.

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

RESUMO

Desde mobilizações indígenas e a criação da Política de Atenção à Saúde Mental Indígena (portaria nº 2.759 MS/2007) desdobramentos de cuidados de cunho psicossocial são pensados para as populações indígenas do Brasil. Em Roraima essas ações estão sendo executadas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), Leste e Yanomami, refletidas no Programa de Saúde Mental Indígena e na sua articulação com a Rede de Atenção Psicossocial do Estado. Esta pesquisa visa conhecer quais os agentes envolvidos e suas práticas de atuação nos cuidados de saúde mental em contexto indígena, por meio de suas narrativas da experiência. O trabalho está dividido em quatro capítulos: no primeiro explico o meu eu-narrativo, expondo minha vivência como uma psicóloga indígena que atuou com a temática; no segundo, busco refletir a aproximação da psicologia com as questões indígenas que tem se tornando uma referência no trato das questões de saúde mental, apresentando os profissionais psicólogos, e os outros profissionais da saúde indígena que atuam nos distritos Leste e Yanomami; no terceiro explico a política de saúde mental para povos indígenas e, por meio de narrativas dos envolvidos, levanto os desafios de se fazer tratativas na “implementação” da saúde mental indígena no Estado; por fim, no quarto capítulo reflito o Bem Viver Indígena como algo legítimo para reconhecimento e valorização do “modo de ser indígena”.

Palavras-chave: Saúde Mental; Política de saúde; Indígenas de Roraima; Antropologia da Saúde; Atenção Psicossocial; Narrativas autobiográficas; Bem Viver.

ABSTRACT

Following indigenous peoples' mobilizations and the creation of the Indigenous Mental Health Care Policy (Ministry of Health decree nº 2.759 of 2007) the developments of psycho-social care for indigenous populations in Brazil are the object of thought and debate. In the State of Roraima these actions are being carried out by Special Indigenous Health Districts (SIHD), East and Yanomami, reflected in the Indigenous Mental Health Programme and its articulation with the State Psycho-Social Care Network. This research aims to know actors involved and describe their practices carried out in mental health care within the indigenous context, through their own experiences' narratives. The work is divided in four chapters: in the first one I express my own self-narrative, by exposing my living experience as an indigenous psychologist in action on the theme; in the second one, I seek to analyse the approach of psychology to indigenous issues, which has become a reference in dealing with mental health issues, and introduce the psychology professionals working in the East and Yanomamy districts; in the third one I explain the mental health policy for indigenous peoples and, through the narratives of those involved, I point out the negotiations' challenges in implementing the mental health policy in this State; finally, in the fourth chapter I discuss the Indigenous Well Living as something legitimate to recognise and value the "indigenous way of being".

Keywords: Mental Health; Health Policies; Indigenous Peoples; Indigenous Peoples of Roraima; Health Anthropology; Psycho-Social Care; Autobiographical Narratives; Well Living.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS – Agente Indígena de Saúde

AISAM – Agente Indígena de Saneamento

ANAI – Associação Nacional de Ação Indigenista

BA – Bahia

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CASAI – Cada de Saúde Indígena

CIMI – Conselho Indigenista Missionário

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CHESF – Companhia Hidrelétrica do São Francisco

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CONDISI – Conselho Distrital de Saúde Indígena

CRP – Conselho Regional de Psicologia

DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena

DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mental

FUNAI – Fundação Nacional do Índio

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

HGR – Hospital Geral de Roraima

MG – Minas Gerais

MSMCBJ – Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim

PE – Pernambuco

PROUNI – Programa Universidade Para Todos

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SESAI – Secretária Especial de Saúde Indígena

SP – São Paulo

SUS – Sistema Único de Saúde

TFD – Tratamento Fora de Domicilio

UISAM – Unidade Integrada de Saúde Mental

UNIVALE – Universidade Vale do Rio Doce

VMT – Verba de Manutenção Temporária

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa Político do Estado de Roraima	13
Figura 2 - Mapa das terras indígenas demarcadas do Estado de Roraima	14
Figura 3 - Foto Atual da Comunidade Tuxá	18
Figura 4 - Mapa da Localização de São Gabriel da Cachoeira no Amazonas	24
Figura 5 - Mapa da Região de Auaris	25
Figura 6 - Esquema da Agência dos Agente	40
Figura 7 - Gráfico de ocorrência de óbitos por suicídio do Dsei Yanomami	51
Figura 8 - Gráfico de ocorrência de óbitos por suicídio do Dsei Leste	51
Figura 9- Tabela ocorrência de suicídios nos DSEI's entre 2013-2016 com referência de implantação de ações do Programa de Saúde Mental Indígena	53

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1 - O “MEU EU NARRATIVO”	18
1.1 Quando encontrei a Psicologia	22
1.2 As experiências profissionais: com e para os parentes	23
1.3 O Encontro com a Antropologia	28
1.4 Narrativas” que entrelaçam a pesquisa	31
CAPÍTULO 2 – O PSICÓLOGO CHEGOU! – O QUE ELE VEM FAZER AQUI?	33
2.1 O perfil dos profissionais psicólogos dos DSEI’s de Roraima	34
2.2 A caminhada	36
2.3 O que encontram no caminho	38
CAPÍTULO 3 – A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL PARA POVOS INDÍGENAS E SEUS REFLEXOS EM RORAIMA	45
3.1 As narrativas da parceria: Psicologia e Serviço Social	55
3.2 “ Armar a Rede”	57
CAPÍTULO 4: PARA O BEM VIVER INDÍGENA: RECONHECIMENTO, PROTEÇÃO E VALORIZAÇÃO	68
3.3 A Subjetividade Indígena	73
CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS	79
ANEXOS	84
Anexo 1	84
Anexo 2	85
Anexo 3	86
Anexo 4	87
Anexo 5	88

INTRODUÇÃO

O Estado de Roraima se divide politicamente em 15 municípios (Boa Vista, Caracaraí, Mucajaí, Rorainópolis, Bonfim, Alto Alegre, Amajari, São João da Baliza, Caroebe, São Luiz do Anauá, Normandia, Pacaraima, Cantá, Iracema e Uiramutã) e, em todos esses municípios, há presenças de etnias indígenas, com maior ou menor incidência. No levantamento do censo de 2010, 49.637mil pessoas se declararam indígenas, para uma população geral de 450.479 mil habitantes. Portanto, por questões proporcionais, Roraima é considerado o estado do país com o maior número de populações indígenas, sendo possível encontrar do indígena “isolado” geograficamente ao indígena residindo na cidade.



Figura 1 – Mapa Político do Estado de Roraima, 2010.

Os povos indígenas que habitam o estado são: Yanomami, Makuxi, Taurepang, Ingarikó, Wai-wai, Patamona, Wapixana, Waimiri-atroari, Sapará e Ye'kuana, povos falantes de famílias linguísticas como Karib, Yanomama e Aruak. O estado dispõe de 32 terras indígenas entre homologadas e registradas, sendo a terra Yanomami com maior número populacional, cerca de 25,7 mil indígenas, e em seguida esta a Terra Raposa Serra do Sol com 17 mil indígenas. Roraima é reconhecido como o Estado brasileiro que detém o maior percentual de indígenas em terras demarcadas, o equivalente a 83,2% (IBGE, 2010).

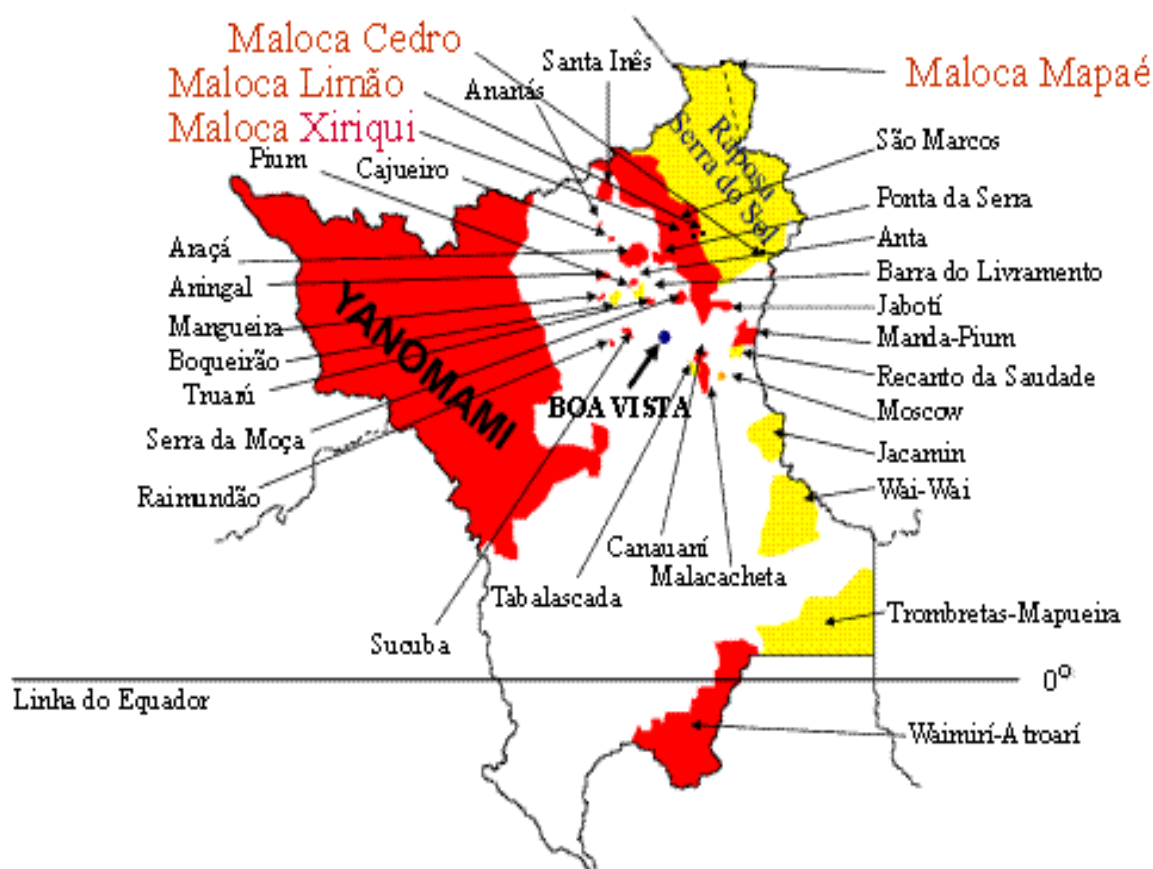


Figura 2 - Mapa das terras indígenas demarcadas do Estado de Roraima. Fonte: Folha Web/2016

Este estado plural de povos indígenas conta com dois Distritos Sanitários Especiais Indígenas– DSEI's, Leste e o Yanomami. No qual, o DSEI Leste presta assistência a uma população 53.213 mil indígenas, sendo oito grupos étnicos, 323 comunidades e 34 polos-bases, abrangência de dez municípios do estado; enquanto o DSEI- Y assiste 25.486 mil indígenas, sendo dois grupos étnicos (Yanomami e Ye'kuana), com 323 comunidade, 37 polos-bases e abrangência de dois estados: Roraima e Amazonas (SESAI/ MS, 2017).

Os dois distritos são mecanismos da Secretária Especial de Saúde Indígena (SESAI), esta responsável pela execução do subsistema de Atenção a Saúde Indígena articulado com o SUS, vinculada ao Ministério da Saúde (MS). Cada DSEI esta encarregado de organizar *uma rede de serviços de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas, integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com a rede do Sistema Único de Saúde*” (FUNASA, 2002).

Os distritos locais dispões de uma sede administrativa na cidade, Pólos-base (postos de saúde) em território indígena, duas Casas de Saúde Indígena (CASAI) localizada na cidade de Boa Vista para referenciamento (onde casos mais complexos de saúde devem ser referenciados para os equipamentos regionais). Contam com uma Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena – EMSI (composta por enfermeiros, Técnico de Enfermagem, médicos, Agente Indígena de Saúde (AIS), agentes de endemias; profissional psicólogo, dentistas, nutricionistas).

Há literaturas que falam sobre “Saúde Indígena” de modo generalizado. Há pouquíssimas que fale sobre Saúde Mental Indígena e, não há nenhum registro de literatura que reflita as ações de saúde mental indígena no estado de Roraima, local rico em pluralismo indígena de culturas, línguas e cosmologias.

Deste modo, a presente pesquisa visa refletir as contingências que perpassam o desenvolvimento da Política de Atenção a Saúde Mental Indígena (portaria de nº 2.759 MS/2007) refletida no Programa de Saúde Mental Indígena nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas- DSEI’s e na Rede de Atenção Psicossocial, na busca por compreender, por meio de alguns atores que a desempenham, quais são os avanços e desafios para a efetividade da mesma no estado.

A proposta metodológica é de natureza qualitativa e se destina a utilizar narrativas biográficas e autobiográficas como técnica de coleta de informações da experiência. Partindo da concepção de um “sujeito-narrativo”, que venha falar no lugar do particular com sua experiência e interpretação subjetiva, e no lugar do coletivo (Representante institucional). Tomando como inspiração as perspectivas de autores como HARTMAN, 2007; KOFES, 2015; SÁEZ, 2006; e PELEGRINI, 2008 que potencializam a vertente das narrativas autobiográficas em uma pesquisa antropológica. Ainda, utilizando da categoria de “agência” como ação e experiência (ORTNER, 2006).

Para tanto, foram entrevistados dez profissionais elegidos por serem referências de atuações e envolvimento na perspectiva da saúde mental indígena, sendo eles: psicólogos,

gestores e assistentes sociais. A busca ativa se deu por meio de quatro passos: 1) na elaboração de uma carta de apresentação para os gestores dos distritos, solicitando autorização para pesquisa; 2) elaboração de um roteiro para as entrevistas; 3) aproximação com os profissionais que foram contatados por telefone e de modo presencial; 4) realização da entrevista de modo presencial em diferentes contextos.

As entrevistas no distrito leste ocorreram de modo coletivo, um movimento das próprias profissionais psicólogas e assistentes sociais, sendo realizadas na sede da própria instituição na sala do Serviço Social. Registro que desde o contato inicial, toda a equipe se colocou receptível para a pesquisa dispondo de pessoal e documentações. Por sua vez, as aproximações com os profissionais do DSEI Yanomami ocorreram de modo individualizado, na qual, uma ocorreu em minha residência e a outra no próprio distrito. O diálogo com a ex-gestora da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) aconteceu em seu ambiente de trabalho (um hospital).

Os recursos utilizados para a coleta das informações foram um roteiro com perguntas norteadoras (anexo) e uso de gravador. Enfatizo que, embora todos os interlocutores tenham colaborado com a pesquisa sem questionarem sobre sua exposição, os seus nomes serão resguardados por questões éticas, sendo utilizado nomes fictícios para diferencia-los (Yara, Mayara, Iracema, Dakota, Jurema, Janaina, Tayná, Ayra e Ubiraci) apenas um interlocutor é identificado, Rino Bovini.

Englobo também na proposta o meu “eu narrativo” subjetivação da minha experiência, como uma indígena e psicóloga, que atuou na execução da referida política no plano operacional do programa de “ Saúde Mental Indígena” no distrito Yanomami. Uma experiência que marca a rede de significados deste estudo. Pois, na minha atuação, encontrei alguns desafios, havendo dois que se destacaram: o primeiro, a nomenclatura do programa, uma vez que o nome “Saúde Mental” carrega estigmas do modelo da sociedade dominante e não é uma expressão compreendida e utilizada pelos indígenas; Segundo, o campo da Psicologia enquanto ciência, uma área que teve a sua *práxis* distante das questões indígenas. Observei que mesmo sendo indígena, vivenciei a tríade de um choque interétnico: teórico, profissional e pessoal. Igualmente pensei na equipe multidisciplinar de saúde indígena e como eles estavam gerindo a atuação no campo do cuidado, da fala, do acolhimento e do encaminhamento, haja vista a complexidade que a Saúde mental impõe, e o grande desafio, que é: pensar ações de saúde mental em contexto indígena.

Chamo atenção para o termo “Saúde Mental”, onde mesmo não sendo, o mais adequado e tão pouco compreendido pelos indígenas, ainda assim, será utilizado neste trabalho devido a sua terminologia explícita na política que ora se estuda.

Esta pesquisa se encontra dividida em quatro capítulos, cujo primeiro “O meu eu narrativo” refere-se a um esboço que se apresenta como um recorte autobiográfico, um preparo subjetivo para as interlocuções que irão compor a discussão do trabalho. O mesmo foi escrito no intuito de falar sobre o que me compõe e explicitar as minhas motivações e aspirações para este estudo, compartilhando assim, o meu pertencimento indígena, a minha (breve) trajetória profissional, os passos para o encontro com a Psicologia e a Antropologia; e utilizo autores que refletem “narrativas” como campo metodológico para justificar o esqueleto desta pesquisa.

O Segundo capítulo “o psicólogo chegou! – O que ele vem fazer aqui?” corresponde a um recorte que sugere investigar perspectivas sobre a Psicologia (enquanto uma área de conhecimento), conhecer quem são os agentes psicólogos, qual “espaço” ocupam no campo da saúde indígena e quais são as práticas de cuidado realizadas nos DSEI’s Leste e Yanomami.

No terceiro capítulo, “A política Nacional de Saúde Mental para povos Indígenas e seus Reflexos em Roraima” busco expor a Política de Atenção a Saúde Mental Indígena, que vem sendo desempenhada pelos Programas de Saúde Mental Indígena nos distritos Leste e Yanomami; e reconhecer os mecanismos de apoio da Rede de Atenção Psicossocial do estado, tomando como corpo reflexivo, as narrativas experienciais de alguns atores que a executam. O mesmo tem maior destaque, sendo mais extenso que os demais capítulos, por retratar o cenário da pesquisa.

Enquanto no quarto capítulo “Para o Bem viver indígena: reconhecimento, proteção e valorização” vislumbro refletir a perspectiva do Bem viver indígena reconhecendo as fragilidades nos contextos indígenas, mas evidenciando as potencialidades que se encontram na cosmovisão e o modo de ser destas populações.

CAPITULO 1 - O “MEU EU NARRATIVO”

“Eu sou Nita¹, índia da tribo Tuxá², da nação Procá, do Bragaga de arco e flecha e Maracá...”. Nós, os Tuxá, também somos conhecidos como índios³ Rodeleiros, grande parte da nossa população (quantitativo que ultrapassa 2.000 indígenas) reside na chamada Aldeia Mãe (Nova Aldeia)⁴, localizada na cidade de Rodelas, estado da Bahia, nas proximidades do Rio São Francisco. Tendo ainda representatividade étnica na cidade de Ibotirama-BA, e em Inajá-PE.



Figura 3: Foto Atual da Comunidade. Fonte: Blog de Edinho, indígena Tuxá

Atualmente a nossa comunidade se estrutura com uma grande oca central (para reuniões e rodas de conversas), um Posto de Saúde, uma escola (Escola Estadual Capitão

¹ Nome dado a mim, em crescimento no meu contexto indígena.

² O meu povo Tuxá, também conhecidos como índios rodeleiros, tem sua representatividade na Aldeia Mãe, localizada na cidade de Rodelas, estado da Bahia, nas proximidades do Rio São Francisco. Tendo ainda representatividade étnica na cidade de Ibotirama-BA, e em Inajá-PE.

³ Neste trabalho serão utilizadas terminologias como: índios, indígenas, ameríndios. Sem discussão do campo teórico.

⁴ Por Aldeia Mãe ou Nova Aldeia se compreende a área destinada para os Tuxá pela Companhia Hidrelétrica do São Francisco (CHESF) que abrigou o quantitativo maior destes indígenas, após a construção da barragem de Itaparica.

Francisco Rodelas) e um Centro Comunitário (exposições de artesanatos e artefatos antigos). A Organização Social é composta por alguns agentes sociais posicionados, como a pessoa do Pajé (liderança de aconselhamento e “religiosidade”), Caciques (articuladores de questões políticas), Conselheiros (frente para tomada de decisões coletivas).

As nossas cosmologias e práticas culturais se motivam com o Toré, uma dança coletiva com cânticos que falam sobre a cultura, as conquistas, a resistência – no mesmo, são usados artefatos como: vestimentas de caroá (indumentária chamada Cataioba), cocar de pena, colares de sementes e/ou feitos de coco, uso do Maracá (chocalho). Trata-se de um ritual aberto para toda a comunidade e para possíveis visitantes. Contudo, em outra perspectiva, o Toré torna-se sagrado e restrito, seus cânticos são letras em convite para os “seres encantados”, nesta ocasião, é feito o uso de cachimbo (de barro ou madeira), usa-se um apito de madeira (uso específico durante o ritual) e, é consumida a Jurema⁵ como bebida – O toré é o ápice da comunhão dos Tuxá com seus ancestrais, momento para obtenção de cura de enfermidades, aconselhamento e fortalecimento étnico.

Quanto a língua do meu povo Tuxá, falamos português, nossa língua caiu em desuso, resultado de um genocídio, também linguístico do processo colonialista. Há discordâncias sobre a nossa origem linguística, pois não estamos vinculados aos troncos principais (Tupi, Aruak, Karibe, Jê e Tukano), o que conjectura a existência de uma língua isolada Cogita-se que os Tuxá falavam o Trocá ou Truká, os próprios indígenas estão realizando estudos para o levantamento linguístico, tendo avançado com a aquisição e reconhecimento de algumas palavras.

Sobre a origem dos Tuxá, alguns estudos apontam que:

(...) os Tuxá parecem constituir uma das últimas das diversas etnias reunidas a partir do século XVII nas várias missões que se estabeleceram ao longo do curso do Baixo-médio São Francisco. A memória Tuxá registra particularmente episódios ligados à ocupação holandesa, destacando a figura de Francisco Rodelas, considerado seu primeiro cacique, e que teria lutado ao lado de Felipe Camarão. (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE AÇÃO INDIGENISTA - ANAI, 1981).

⁵ Segundo definições de Andrade (2002): “(...) Jurema é um arbusto de porte médio, espinhoso ou não, bastante comum no sertão do Nordeste de cuja entrecasca se produz uma bebida amarga e de cor avermelhada, com propriedades enteógenas”. (ANDRADE, 2002, p. 80)

Traçando uma margem temporal de três décadas atrás, os Tuxá viviam em um conjunto de trinta ilhas, a subsistência do grupo estava na agricultura, na caça e na pesca; estabeleciam uma relação de grande vínculo com o Rio São Francisco, sendo “índios ribeirinhos”. As suas práticas culturais, e de “regime encantado” eram realizadas neste contexto territorial considerado como território sagrado. Em dias atuais, a questões de ocupação territorial dos Tuxá se tornou algo complexo, que produz inúmeras narrativas. Ao se fazer uma busca sobre o grupo nas mídias, em seus diferentes formatos (digital, livros, documentos, entre outros), será comum nos ver relacionados a Barragem de Itaparica⁶, após este fato, ficamos conhecidos como, “Tuxá: O povo/índios da Barragem”. A construção da Barragem marca uma drástica mudança no modo de existir do meu povo Tuxá, promovendo um *Drama Social* (Turner, 1981).

No ano de 1980, começaram-se as negociações entre a Companhia Hidrelétrica do São Francisco (CHESF) responsável pela obra da Barragem de Itaparica e os Tuxá (Salomão, 2007). O discurso apresentado pela companhia era carregado de propostas desenvolvimentistas, com promessas de melhorias de vida, empregos e a garantia de suas terras em outro território⁷. Os Tuxá resistiram, se recusaram a sair de suas terras. Afinal, na cosmovisão do grupo, o modo de vida que levavam, eram de total “bem estar”, e tal proposta provocavam incertezas: *[a preocupação do povo Tuxá] eram de quatro ordens distintas, que podem ser assim classificadas: a) ecológica b) social-assistencial c) patrimonial e d) preservação da unidade tribal.* (SILVA 1997, p. 172)

Tendo em vista que sair do seu território havia se tornado uma questão de sobrevivência, uma vez que, a ideia da barragem começava a se materializar e consequentemente inundaria toda a extensão da Ilha da Viúva, lideranças tuxá começaram a pensar as estratégias para dirimir o impacto, no qual, mal sabiam eles, que era impossível e inevitável. Para essas negociações, a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) juntamente com os indígenas, estabeleceram em documentos as obrigações⁸ que ficaria na responsabilidade da CHESF, claro, um dos principais acordos, era a garantia de suas terras. Entretanto, passaram

⁶ A Barragem de Itaparica, também conhecida como Usina Hidrelétrica Luiz Gonzaga, é uma hidroelétrica construída por volta da década de 1980 e para a sua construção foram desalojadas mais de 12.000 famílias. A mesma atingiu dois estados: Bahia e Pernambuco. Na Bahia, inunda os municípios de Rodelas (local das terras Tuxá), Chorrochó e Glória; em Pernambuco, atingi Belém do São Francisco, Floresta, Petrolândia e Itacuruba.

⁷ Para uma análise mais detida sobre as diferentes narrativas em torno do processo de deslocamento consultar dissertação de Felipe Cruz (2017) também indígena Tuxá.

⁸ Sobre descrição do acordo, ver dissertação de SALOMÃO (2007): “Etnicidade, territorialidade e ritual entre os Tuxá de Rodelas”. (p. 149)

trinta anos, e este acordo ficou apenas no papel, a transição, ou melhor, a desterritorialização acontece oficialmente no ano de 1987.

(...) alguns dos tantos índios que trouxeram sementes de milho, feijão, arroz entre outras, na crença que logo iriam plantar, mas logo viram as sementes trazidas se enfraquecer junto com a esperança de seu povo em ter acesso a essa terra. (VIEIRA, 2016. p. 52)⁹.

Desde então, existimos sem terras...

Eu sou “cria” da nova aldeia, nasci no ano de 1986, talvez caiba dizer que, eu sou filha da transição entre a ilha da Viúva e a chamada “nova aldeia”, pois sai da mesma quando tinha (apenas) um ano de idade. No meu ciclo de desenvolvimento, vivenciei os anciãos “adoecerem de saudade” com dificuldades de adaptação ao novo contexto. Eu vi, alguns dos mesmos anciãos morrerem, sem presenciar a posse de suas terras de direito. Eu ouvia falas emotivas dos meus pais e avós sobre o Rio São Francisco, diziam que a nossa relação de intimidade e vínculo com o Rio não era (mais) a mesma, havia mudado de figura, uma vez que, a vitalidade do rio havia ficado aprisionada nas comportas da represa.

Nós, saímos do poder de livre arbítrio para um aprisionamento: de donos de terras, passamos a ser moradores de um bairro dentro do município; de agricultores produtores, passamos a ser, empregados assalariados dos não-índigenas. Com a desterritorialização, o meu povo sofre drásticas transformações na sua estrutura social, de cunho cultural, ambiental, econômico, entre outras. Mas a principal marca da mudança estava no modo como fomos desestabilizados enquanto grupo. Aproximando meus argumentos ao pensamento de *Drama Social* de Victor Turner, no qual, ele compreende Drama Social como um processo estrutural e social da ocorrência de eventos que atinge um grupo de pessoas que compartilham valores e interesses e tem uma história em comum (TURNER, 1981). No Drama, há conflitos e tensos que vivenciam estágios e graus de intensidade.

Na realidade do meu povo, presenciei processos emocionais intensos da adaptação, como também presenciei conflitos. Eu vi rodas de conversas que terminavam em brigas, irmãos que não se falavam por não comungarem dos mesmos posicionamentos políticos. Dessa maneira a estrutura social Tuxá foi ameaçada por um elemento externo, no caso, a hidrelétrica, esta ocasionou um estranhamento interno entre a população, que resultou em uma série de conflitos e tensões, questões culturais, sociopolíticas e problemas de natureza

⁹ Recorte da Tese de Graduação em Engenharia Civil do indígena Fabinho Tuxá que faz uma análise dos impactos geoambientais e culturais resultantes da implementação da barragem de Itaparica.

Biopsicossociais. Pois, convém salientar que devido o não cumprimento do acordo com os Tuxá a respeito da garantia de suas terras, a companhia passou por um determinado período a pagar uma “ verba de manutenção temporária- VMT”, uma espécie de “salário compensatório” destinado aos núcleos familiares que haviam saindo das terras da ilha da viúva. Com esse recurso financeiro sem (nenhum) preparo, os indígenas agregam outras problemáticas ao seu novo contexto: mudanças alimentares (ocasionando agravos na saúde), uso abusivo de álcool entre os jovens, especialmente pela ociosidade (sem terra, sem ocupação), violências intrafamiliar e extrafamiliar, relações fragilizadas com os não-indígenas.

A partir disso, do nosso novo contexto¹⁰, vivíamos uma crise, precisávamos Resistir para Existir enquanto “identidade étnica”. Logo, foram às mazelas sofridas e adquiridas, que me levaram à Psicologia.

1.1 Quando encontrei a Psicologia

Filha do contexto contemporâneo, dos passos dos povos indígenas em busca de escolarização (Educação escolar). Eu saí da minha comunidade no ano de 2006 para cursar Psicologia, por meio do Programa Universidade para todos (PROUNI) na Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE), na cidade de Governador Valadares, no estado de Minas Gerais.

Na universidade, durante os estudos, dava-me conta do quanto o conhecimento adquirido me distanciava do que era meu, e de tudo, o que eu acreditava. A academia é perversa, tenho duras críticas aos seus “padrões de conhecimento”. Segui a formação com inúmeras frustrações. Pois, não houve uma única disciplina de psicologia que retratasse a questão indígena, ou a figura de um professor que, em sua particularidade promovesse uma empatia para o diálogo da Psicologia com os indígenas. Achava aquilo estranhamente desmotivador, pois a universidade embora particular, estava situada em um estado de presença indígena,— e na mesma, estudavam Pataxó e Krenak.

No percurso das minhas aspirações e motivações, buscando referências de literatura, tenho a oportunidade de ler uma matéria na revista *Ciência e Vida – Psique* (do ano II nº 24), cujo tema referia-se: *Aldeia Global- Profissionais da Saúde Mental chegam as Tribos Indígenas*; elaborada pelo Conselho Regional de Psicologia (CRP-SP) de São Paulo. O

¹⁰ Os Tuxá seguem sem terras, mas se potencializaram enquanto comunidade. A Juventude Tuxá foi o principal estímulo para estas mudanças significativas.

discurso exposto, era norteado por uma entrevista ao indígena escritor Daniel Munduruku, do qual ele dizia:

“a psicologia tem seguido muito o que lhe é ditado pela doença social que grassa na sociedade. É preciso que ela caminhe em outra direção, pois assim poderá ser útil aos povos indígenas. Ela precisa compreender nossos povos e por isso deve redirecionar o olhar. (Daniel Munduruku - PSIQUE, 2008).

A matéria em questão surge para dirimir as minhas angústias, ao passo que aumentava as minhas inquietações, por pensar, o quanto a psicologia como ciência, precisaria se “reinventar” para dialogar com as cosmologias indígenas, afinal haviam (há) pouca produções de literatura e as atuações ainda eram melindrosas, ou melhor, ainda são melindrosas. Neste meu encontro com a psicologia ainda há muita subjetividade para ser expressa...

1.2 As experiências profissionais: Com e Para os Parentes

“Estar com e para o indígena, é estar comigo, é estar próximo das minhas verdades, da minha história, da minha “herança existencial”
(Edilaise Vieira – Nita Tuxá)

Após a formação, galguei algumas atuações profissionais, algumas fora do contexto indígena e outras com, e para os parentes. Irei expor aqui, duas experiências que considero de maior relevância para agregar nas minhas reflexões.

A minha primeira experiência aconteceu em São Gabriel da Cachoeira, município do Estado do Amazonas, também conhecido como região da “cabeça do cachorro” devido ao seu formato geográfico¹¹. Faz fronteira com Venezuela e Colômbia, é uma cidade belíssima, com rica diversidade, considerada “município indígena”, pela predominância indígenas em sua população. Outras particularidades do município é o seu idioma, além do português, com a *Lei Municipal 145/2002* foram reconhecidos três idiomas indígenas como oficiais: Nheengatu, Tucano e Baniwá.

¹¹ Explicito na Figura 04 – Mapa.

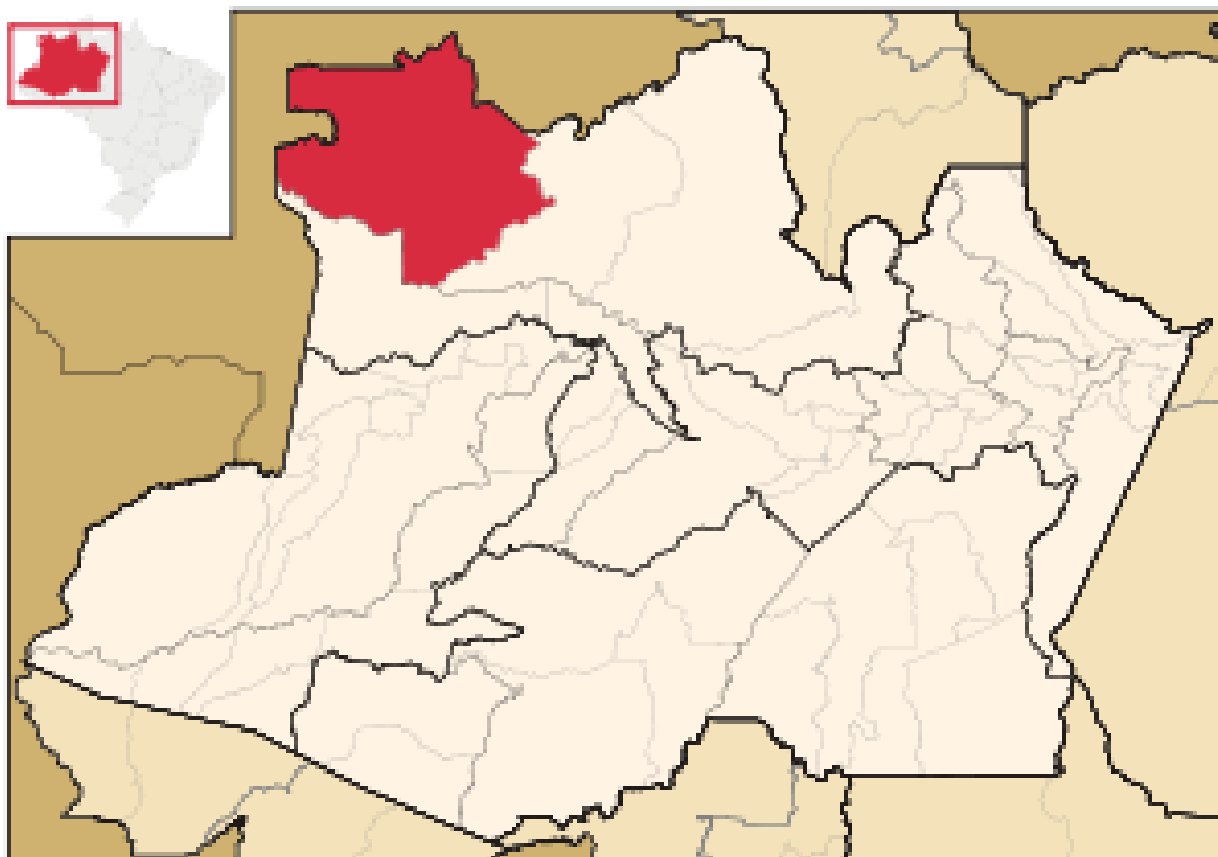


Figura 4: Localização de São Gabriel da Cachoeira no Amazonas. Fonte: Google Maps.

Por lá, tive a oportunidade de trabalhar no processo de implantação de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que surgiu como resposta interventiva do município para enfrentamento das demandas do uso abusivo de álcool, fator considerado como o maior problema local.

Os CAPS's¹² surgem em oposição aos hospitais psiquiátricos, ou seja, buscando consolidar a Reforma Psiquiátrica. O seu propósito é humanizado, contudo a sua aplicabilidade ainda é ineficaz, pois não há recursos para gerir adequadamente: estrutura, capacitação de recursos humanos, mecanismos de acolhimento para os usuários, entre outras questões. Na realidade do CAPS de São Gabriel da Cachoeira, dentre todas as suas limitações, a começar pela equipe pequena e com a ausência de especialidades, o seu maior desafio era pensar uma atuação profissional diferenciada, pois o seu modelo era Biomédico. Havia boa vontade, mas na ocasião, não havia preparo técnico e antropológico para tal. Parece estranho mencionar a antropologia, mas ela se fazia mais que necessária, uma vez que, a população assistida era de indígena e estes, vinham até nós, os profissionais, com as suas próprias

¹² Os diferentes modelos de CAPS serão retratados no capítulo II.

explicações para seus agravos com a saúde, com narrativas como: feitiçaria, abandono da cultura, falta de ocupação, “espírito ruim”, “foi o contato com o branco”, etc.

A proposta do CAPS segue o modelo hegemônico de compreensão sobre o alcoolismo. Langdon, (2005) em seu artigo “O abuso de álcool entre os povos indígenas no Brasil: uma avaliação comparativa” propõe que no contexto indígena o consumo de álcool tem concepções diferentes, trata-se de uma complexidade maior que deve ser compreendida no viés sociocultural e em suas particularidades. A mesma expressa críticas ao modelo biomédico, acusando-os de enxergar o alcoolismo como uma doença de cunho biológico que ocorre igualmente em todos os seres humanos.

A minha segunda experiência ocorreu no Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami e Ye’kuana, no processo de implantação do Programa de Saúde Mental Indígena, *portaria de nº 2759/2007*. O foco da atuação devia responder as demandas de enfrentamento ao suicídio, fator de ocorrência entre os jovens da etnia Ye’kuana e Sanumá¹³, além do uso abusivo de álcool e outras demandas na região de Auaris¹⁴.



Figura 5. Mapa da Região de Auaris. Fonte: Instituto Socioambiental-ISA

Antes da minha primeira entrada em terras Yanomami, realizei leituras a respeito da população, seus costumes, suas problemáticas sociais, por compreender que cada população é

¹³ Os Sanumá: sub-grupo Yanomami.

¹⁴ Região de terras Yanomami que abarca 3.021 indígenas da etnia Ye’kuana e Sanumá

diversa, e o meu lugar de psicóloga indígena, por si só, não me capacitava para atuar com outros parentes, por considerar que a cosmologia e, o modo de se organizar do meu povo Tuxá era diferente da realidade Yanomami e Ye'kuana da região norte.

Mas, quando finalmente estive em campo, senti um misto de emoções, talvez possa dizer que: primeiro me veio o vislumbre e estranhamento para com o povo, depois a minha empatia, em seguida as minhas inquietações profissionais. Na ocasião que cheguei, estava ocorrendo um ritual de luto dos Sanumã, um “Choro cantado” que ecoava na mata (durou todo o dia), o registro do momento, tenho até hoje em minha memória – ele confirmou para mim o amplo universo da perspectiva indígena. Nas terras de Auaris (primeira atuação), haviam dois grupos étnicos, Sanumã e Ye'kuana que embora compartilhassem a mesma extensão territorial, era povos distintos em todos os aspectos.

Para me apresentar fiz uma roda de conversa primeiramente com a equipe multidisciplinar de saúde Indígena (enfermeiro, técnicos, entre outros), o diálogo foi produtivo, mas era unânime o discurso dos profissionais, sendo o mais comum de se ouvir: *“os indígenas não precisam de psicólogo, eles nem entendem, quem precisa somos nós profissionais, que ficamos aqui no meio do mato, trintas dias longe da família”* – eu acolhia as queixas dos profissionais, pois reconhecia o quanto precisavam de escuta, e eu precisava deles, afinal eram eles que me ofertavam percepções sobre a dinâmica situacional do lugar.

Apenas três dias depois é que eu tive contato direto com a população indígena, pois os Sanumã estavam de luto, os Ye'kuana em período de cultivo na roça. A organização social dos indígenas¹⁵ desconstruiu toda a minha organização (prévia) de ações. Ao contrário do que pensa alguns profissionais de saúde, eles não estão a nossa disposição, nós que devemos estar à disposição deles – compreender isso fez toda a diferença para as relações de vínculo com a população.

Finalmente, realizei rodas de conversas, para me apresentar a população¹⁶. Com os Sanumã, esforcei-me para encontrar palavras que pudessem explicar qual era o meu trabalho e como eles achavam que eu poderia contribuir. Na circunstância, contei com a ajuda de um intérprete AIS (Agente Indígena de Saúde), enquanto o mesmo traduzia a minha fala, meus pensamentos eram guiados por indagações: como farei uma escuta e fala qualificada, se preciso de um mediador? Será que ele esta sendo fiel as minhas falas? Será que estou sabendo transmitir? - Para me apresentar e externar o objetivo do programa de Saúde Mental e o que

¹⁵ Eles possuem ciclos para tudo: período da caça, roça, período escolar, festejos, construções, etc.

¹⁶ Ocorreram momentos diferentes com os Ye'kuana e os Sanumã – destaco no texto apenas a roda de conversa com a população Sanumã de Auaris.

faz o Psicólogo para os Sanumá, busquei partir do que eles já conheciam, expondo: *não dou remédio e nem injeção como um médico e enfermeiro; quando alguém estiver com pensamentos negativos na cabeça, ou com sentimentos de tristeza, vergonha, raiva, posso conversar para tentar ajudar*”; *precisamos conversar também sobre os problemas sociais e de saúde; ouvir o que pensam os jovens; entre outros.*

Após a conversa, que foi participativa, pois as lideranças falavam dos problemas do coletivo, queixavam-se da saúde... E ainda, por me apresentar como indígena a recepção foi afetuosa e repleta de curiosidades, os mesmos perguntavam sobre a realidade do meu povo. Retornando ao polo-base¹⁷, no final da tarde, o mesmo AIS que foi intérprete na roda de conversa, me chamou para ir a uma maloca¹⁸ atender uma pessoa. Chegando... vejo uma senhora na rede, falando Yanomami de modo exaltado e se debatendo. O AIS olha pra mim e diz: *“Agora, doutora fazer Xabori¹⁹ – Espantada eu lhe digo: Eu, fazer xabori? não faço isso!– Ele insiste: Sim. Doutora disse que tira pensamento ruim, ela esta com espirito mal.* (...) O diálogo continua, digo-lhe que não, e ele me responde de modo firme: *“Então, doutora roximi (ruim) não serve pra nada, não dá injeção e nem faz xabori, jogar doutora fora”.*– Ali, dei-me conta que as minhas colocações para expor a minha função naquele contexto demandava um preparo maior e uma sensibilidade diferenciada. Afinal, os Yanomami tem outras concepções de corpo, espírito, pensamento e mente, uma cosmovisão que o modelo Biomédico ainda não alcança. Neste sentido, eu também fui provocada a refletir algumas interpretações, sob outros prismas: talvez eu tenha realmente me apresentado de modo equivocado, conferindo a mim atribuições de um Xamã; ou, no entendimento daquele AIS, as atribuições a que me referi me legitimava como um Xamã; ou ainda, o AIS me reconhecia com habilidades para o xamanismo, mas não como Xamã, apenas como um “profissional que trazia um novo conhecimento;

Tendo em vista o exposto, penso que o conceito de *intermedicalidade* proposto por Shane Greene (1998) em seus estudos sobre o Xamanismo na América do Sul reflete as questões levantadas. Para este, intermedicalidade é *“um espaço contextualizado de medicinas híbridas e agentes sociomedicalmente conscientes”*, ou seja, no seu entendimento, esta perspectiva permite a esses “agentes conscientes” a possibilidade de escolher, mesclar e/ou manejar diferentes métodos terapêuticos no enfrentamento as suas enfermidades (GREENE,

¹⁷ Unidade de apoio para a equipe multidisciplinar de saúde indígena. A mesma fica em um local estratégico para prestar assistência a população indígena.

¹⁸ Casa comunitária, muito comum entre os indígenas da Amazônia. Utilizada aqui, como uma expressão comum entre os profissionais da saúde, como: “fazer maloca” – quando vai realizar atendimento.

¹⁹ Palavra para práticas do Xamanismo ou para se referir a figura de um Xamã.

1998). Por sua vez, Maj-lis Follér (2004) e Menéndez (2009) constroem pensamentos semelhantes ao de Greene, entretanto ampliam o conceito de Intermedicalidade, agregando ao mesmo a noção de *campo intermédico*, onde a Biomedicina e a Etnomedicina se integram, como afirma Menéndez, elucidando no contexto de Saúde Indígena: *O campo intermédico da saúde indígena possibilita aos povos indígenas se apropriarem de aspectos do sistema oficial de saúde com o qual eles interagem, atribuindo a eles novos sentidos e funções.* (MENÉNDEZ, 2009).

As concepções apontadas refletem as minhas indagações. Certamente, não caberia a mim, explicar o modo em que eles poderiam utilizar a Psicologia enquanto uma ciência, mas cabendo a eles, decidirem como aquela área de conhecimento poderia ajudá-los. Denota-se que aquele AIS e os indígenas que se faziam presente na roda de conversa, esperavam conhecer as minhas ações para dar sentidos a elas.

Contudo, fico a pensar mediante a minha experiência como acadêmica, como usuária dos serviços de saúde e como profissional executora, que a *intermedicalidade* possa estar ocorrendo apenas na agência dos indígenas. Estes já se apropriaram desta perspectiva, mas o inverso pode não ser verdadeiro. Uma vez que, nas universidades temos profissionais sendo graduados em uma perspectiva de conhecimento dogmático. Falo por mim, pois na academia, por receio de não absorver a psicologia em suas vertentes, me vi esvaziando a minha bagagem cultural como indígena, para dar espaço a outras percepções. Mas, quando tive a oportunidade de exercer a profissão de psicóloga em contextos indígenas, estranhamente vivenciei duelos por espaços. Por isso, hoje me esforço criticamente para me desfazer de algumas verdades e colocar na minha bagagem uma relação de *intermedicalidade* entre os dois universos: Biomedicina e Etomedicina. Quisera todos os profissionais pudessem assim fazê-lo.

1.3 O encontro com a Antropologia...

A antropologia existe em minha vida desde a minha infância, quando no meu contexto comunitário, na minha aldeia Tuxá, conheci a figura de um “antropólogo”, ou melhor, conheci alguns antropólogos. Nesse período, eu desconhecia esta ciência e tão pouco tinha noção do seu campo teórico e dos seus métodos. Apesar disso, o meu desejo de apreendê-la e aprendê-la sempre foi manifesto.

Na minha atuação como psicóloga para os parentes, identifiquei que faltava algo como resposta ou complemento aos meus questionamentos frente a experiência. Dei-me conta que

faltava a singularidade da antropologia. Primeiro, porque precisava de uma área que me permitisse o lugar da fala, o lugar de uma escrita autobiográfica. Pois dentre tantas grandezas da antropologia, está a possibilidade de uma escrita científica subjetiva. E claro, segundo, a sua capacidade de ser abrangente e poder dialogar com diferentes áreas de conhecimento, como explicita o antropólogo Gomes (2008): *Num sentido muito ambicioso, a Antropologia é a ciência humana que presume abordar um pouco de tudo que cada outra ciência humana aprecia.* (GOMES, 2008).

Sei que diferentes áreas, e diversos cientistas sociais estudam e refletem as questões indígenas, mas certamente a Antropologia é a mais atuante. Esta, (também) tem contribuindo na vertente da saúde, discutindo as representações e práticas do entendimento sobre Saúde/doença. Acredito que a antropologia em diálogo com a psicologia sejam as áreas do conhecimento que melhor podem contribuir para refletir a proposta de Saúde Mental Indígena, por serem áreas que se lançam a conhecer de modo empático o “universo indígena”.

Pensando que entre a política de Atenção a Saúde Mental Indígena/seus executores e os povos indígenas há uma ponte (a analogia da ponte não é para caracterizar divisão ou distanciamento, mas sim algo que “une”). O meu desejo como indígena e profissional da Psicologia é transitar nessa “ponte”, tendo a possibilidade de conhecer e refletir os dois lados na busca da promoção do diálogo, no viés da perspectiva “*emic*” e “*etic*” defendida por Baztán (1995), onde o *emic* representa o pensamento e a fala do nativo, enquanto o “*etic*” o ponto de vista do pesquisador. Assim, a antropologia, pode ser a lente que me fará enxergar melhor. Quando tive a oportunidade de conhecê-la no mestrado, percebo o quanto ela se esforça para dialogar com o universo indígena, e se reinventa para construir novas propostas de se pensar e fazer antropologia²⁰. A construção e o transpor de paradigmas antropológicos são notáveis nas chamadas “escolas antropológicas”: Evolucionismo, Culturalismo (antropologia Norte-americana), Funcionalismo (antropologia Britânica), Estruturalismo (antropologia francesa) e a pós-moderna (ERICKSON & MURPHY, 2015).

Dos processos de mudanças da antropologia, o que ressalto aqui é o modo em que ela vem buscando desenvolver uma identidade antropológica brasileira, algo extremamente necessário, para romper com o modelo estrangeiro, ao passo que, esta “ciência” deve existir e se conjecturar de acordo com os nossos contextos, em diferentes lugares e sob óticas múltiplas de viver e compreender a cultura humana, essencialmente as culturas indígenas. Assim não correrá o risco de “alocar” os nossos indígenas as teorias “distantes”.

²⁰ Sobre desafios vivenciados por indígenas em cursos de antropologia ler: BANIWA, 2015; BENITES, 2015; CRUZ, 2017.

O que busco no diálogo da Psicologia com a Antropologia, são campos de possibilidades para se pensar políticas públicas para os povos indígenas, em especial de saúde, que assegurem o direito a uma atenção diferenciada, no intuito de não vê-las “encaixotando” os indígenas em uma política de modelo hegemônico ocidental. Aproveito para abrir um recorte com a fala de um Pajé Kaingang sobre a “*cultura das caixas do homem branco*”:

[sobre o homem branco]: O mundo deles é quadrado, eles moram em casas que parecem caixas, trabalham dentro de outras caixas, e para irem de uma caixa à outra, entram em caixas que andam. Eles vêem tudo separado, porque são o Povo das Caixas.”. (frase de um pajé do povo Kaingang, retratado por Lúcia Fernanda Kaingang, s/d).

Sob este aspecto, há muitos passos a serem alargados entre atores sociais, comunidade acadêmica (antropólogos, psicólogos, médicos, entre outros), e precisamente, na relação do Estado Brasileiro com a sua população indígena.

Referindo ao Estado Brasileiro, este sempre teve uma relação emblemática com os povos indígenas, ou melhor, uma relação de ambivalência. Persuadindo a questão, trago para dar corpo, uma análise realizada pela antropóloga indigenista Alcida Ramos, em seu texto *Indigenismo: um orientalismo americano* (2012). No mesmo, a autora salienta que o Brasil é ambivalente com as questões indígenas, citando alguns aspectos: primeiro, a mesma constituição Federal (1988) ao passo que assegura direitos, os nega na aplicabilidade; segundo, retratam os indígenas na Literatura brasileira como “romantizados e puros”, enquanto na mídia, os exibem como “hostis”; terceiro, oscila no discurso da ideologia Humanista e da Modernidade, no ápice do discurso: “*Os indígenas impedem o desenvolvimento da economia*”; quarto, usam os indígenas como moeda de troca nas relações do Brasil com o exterior - “Cobiça estrangeira”; quinto, são os indígenas os doadores de genes que constituem o “ser único” que é o povo brasileiro; (RAMOS, 2012, p 31-32). Refletir essa ambivalência é por a prova o desempenho de políticas públicas diferenciadas para os povos indígenas, neste enfoque, por em discussão a *Política de Saúde Mental Indígena*.

No preparo para este capítulo, tive a oportunidade de ler o livro “Saúde Indígena: Políticas comparadas na América Latina”, organizado por Langdon e Cardoso (2015). Uma obra recente que reúne ensaios críticos e comparados sobre os avanços e entraves das políticas públicas de saúde e o reconhecimento de direitos indígenas nos países da América Latina, Brasil, Argentina, Chile, Colômbia, México e Venezuela. Tal leitura expande as minhas percepções, uma vez que, cada país resguarda as suas estratégias para atender as demandas das populações indígenas, contudo, alguns mais assertivos, outros nem tanto. Pensando o

Brasil, sua estratégia foi elaborar a *Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (1999)*, na mesma constam diretrizes para a ideia de uma “Atenção diferenciada”:

“Garantir aos povos indígenas o acesso integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS²¹, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica e política [...] reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Todavia, esta proposta pode conter falhas em sua execução, por ser limitada e/ou equivocada na ideia de “atenção diferenciada”, pelo risco de não assegurar a diversidade, e recair em moldes universalizantes. (FERREIRA, 2015).

1.4 Narrativas que entrelaçam a pesquisa

No intuito de compreender como a política de atenção a saúde mental indígena é desempenhada nos distritos de Roraima farei uso dos discursos dos profissionais que configuram a experiência, e correspondem a posição do sujeito e as suas percepções sobre os fatos. Tendo como perspectivas estudos de autores como: Luciana Hartman (2007) que em “As narrativas Pessoais e a constituição dos contadores de Causos como Sujeitos” analisa trajetórias biográficas problematizando o lugar do sujeito-narrativo; Oscar Sáez, (2006) que em seu trabalho “*Autobiografia e sujeito histórico indígena*” faz considerações sobre autobiografias; e Marcos Pellegrini (2008) no qual, em sua tese “Discursos dialógicos: Intertextualidade e ação política na performance e autobiografia de um intérprete yanomami no Conselho Distrital de Saúde” faz uma análise da performance de um discurso e seus aspectos autobiográficos.

Ainda, amparada nas vertentes das construções de narrativas de Suely Kofes (2015) que em seu artigo “Narrativas biográficas: que tipo de antropologia isso pode ser?” - provoca uma análise da biografia e da autobiografia como etnografia, ou seja, como campo de pesquisa para a antropologia. Conferindo legitimidade na relação entre a biografia e a narração (narrativas), expandindo para outra categoria, a experiência. Referindo-se a experiência como:

[uma expressão que conteria] relações , conexões, movimentos de vida experiência social e reflexão dos próprios sujeitos. (...) [onde] a sua

²¹ Criação de um Subsistema de Saúde Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde.

estrutura conectaria [a] experiência vivida e os sentidos dados e criados pelos sujeitos”. (KOFES, 2015, p.35)

Compreendendo a relação de experiência e narrativa, a autora argumenta que “*a narrativa daria forma e temporalidade a experiência*” (KOFES, 2015, p.35). Suas reflexões sugerem ainda que a experiência supõe a agência, evidenciando a experimentação e a trajetória. Assim, as entrevistas realizadas com os sujeitos da pesquisa, alguns profissionais da saúde indígena, serão explicitadas como narrativas que expressam o lugar da experiência de cada agente.

CAPITULO II – O PSICÓLOGO CHEGOU! - O QUE ELE VEM FAZER AQUI?

“Onde houver sofrimento Humano, injustiça, violação de direitos a conseqüente perspectiva de fortalecimento das pessoas para melhor enfrentamento dessas realidades, ali estará a Psicologia” (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – SP, 2010).

Pretendo com este capítulo abrir um recorte, dialogar sobre o lugar do psicólogo junto as questões indígenas, dando visibilidade a área da minha formação, que tem se tornado uma referência de cuidado nas tratativas de Saúde Mental Indígena.

A psicologia como saber, e como uma prática, precisou ser repensada e ampliada para se implicar nas questões psicossociais apresentadas pelas populações indígenas do país. A psicóloga Social Bianca Sordi Stock, tem promovido contribuições para o caminhar da Psicologia com as populações indígenas, expondo que os indígenas também sofrem com problemas emocionais e de comportamento, todavia, ressalva que estes, vivenciam e sentem de uma maneira diferente, algo muito singular, mas que:

Os Povos Indígenas que vivem essa nova realidade falam que têm encontrado sérios problemas, como o uso de substâncias como o álcool e demais drogas. Um problema puxa e complexifica outro: acirramento das brigas entre membros da mesma etnia, esfacelamento do ethos comunitário, desvalorização das raízes culturais e baixa auto-estima, episódios recorrentes de suicídio e produção de sintomas semelhantes ao que denominamos, na sociedade envolvente, de depressão. Criam-se redes duras e fechadas, experimentadas pelas comunidades como sofrimento. (STOCK, 2010, p.12)

Por sua vez, autores como Bock, Furtado e Teixeira (2002) quando contextualizam a história e a construção da Psicologia enquanto ciência nos levam a compreensão de que ela transita sob uma perspectiva sócio-histórica, acompanhando as mudanças sociais que se processam no decorrer da história da humanidade, sempre respondendo aos questionamentos que surgem dos “novos sujeitos e sua forma de pensar e agir”:

A história de sua construção está ligada em cada momento histórico, às exigências de conhecimento da humanidade, às demais áreas do conhecimento humano e aos novos desafios colocados pela realidade econômica e social e pela insaciável necessidade do homem de compreender a si mesmo. (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2002, p -)

E ainda, Bocco, Nascimento e Manzini (2006) provocam a psicologia a uma dinamicidade e respostas plurais para as suas “Práticas”:

Para pensarmos uma psicologia que se movimenta e constantemente atualiza suas práticas, é preciso conceber que as questões ligadas a ela são mais amplas do que o território do indivíduo, de fato dizem respeito a uma multiplicidade de sentidos sociais, políticos e históricos. (BOCCO; NASCIMENTO; MANZINI, 2006, p.16).

Assim, diante dos novos panoramas no contexto das populações indígenas, demandas de agravos a saúde “psíquica” e problemas de cunho coletivo, a Psicologia foi convocada a se implicar com esse grupo. É com a realização do Seminário Nacional com a temática: *Subjetividade e Povos indígenas* no ano de 2004 em Brasília, através do Conselho Federal de Psicologia (CFP), juntamente com o CIMI (Conselho Indigenista Missionário), que se inicia a marca do primeiro salto para a promoção do diálogo. O evento atendia as diretrizes do IV CNP – Congresso Nacional da Psicologia, o que recomendava que a Psicologia se aproximasse das questões indígenas do nosso país. O mesmo, contou com a presença de lideranças indígenas de várias etnias do Brasil, profissionais de áreas diversas, além de psicólogos representando Conselhos Regionais. Além deste evento, outros encontros e discussões foram sendo realizados e produções foram fomentadas como a publicação do livro “Psicologia e povos Indígenas” produzido pelo Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região – CRP-SP (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA, 2010). Uma das reflexões do livro diz respeito ao grande desafio da psicologia: ao se aproximar do universo indígena deve promover um Encontro e não um Confronto, afinal

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

Neste movimento... Um dos principais “encontros” da psicologia com os povos indígenas, acontece com a inserção do profissional psicólogo junto à equipe multidisciplinar de saúde indígena nos distritos sanitários, atualmente totalizando o número de 100 profissionais distribuídas pelos 34 dsei's nas tratativas das demandas de saúde mental (SESAI, 2017). Esta atuação também corresponde as diretrizes do Ministério da Saúde, portaria de nº 2759/2007 que se refere à política de saúde mental indígena.

2.1 O perfil dos profissionais psicólogos nos Distritos Sanitários Especiais indígenas de Roraima

Foram entrevistadas para esta pesquisa todas as profissionais psicólogas que compõem os distritos de Roraima, que serão aqui apresentadas com categorias pré-estabelecidas como: a aproximação com a saúde indígena; a formação acadêmica; e os desafios que encontram na atuação.

São cinco profissionais, todas do sexo feminino. Sendo distribuídas em: três, que atuam no DSEI Leste e duas atuam no DSEI Yanomami. Destas, duas se declaram indígenas, uma da etnia Baré, natural de Santa Isabel do Rio Negro de Amazonas, e outra da etnia Juruna do Pará. As demais se aproximaram do trabalho por curiosidade, sendo que uma chega como missionária, antes mesmo da formação em psicologia.

Sobre as psicólogas indígenas, ambas afirmaram o seu pertencimento étnico e sobre o trabalho, Mayara declara:

Eu cresci acompanhando o meu pai, ele sempre trabalhou com saúde indígena.... desde pequena, morei, convivi e já tinha o interesse. Aí eu fiz a faculdade, depois tive a oportunidade de trabalhar....

Enquanto Iracema dá destaque ao seu envolvimento e sensibilidade para com as problemáticas dos parentes:

Eu me envolvo, não tem como ser apenas profissional. A psicologia diz que não pode se envolver. Mas eu não consigo, acho que o fato de ser indígena... eu vejo de outra maneira, principalmente as adolescentes.

A respeito da formação acadêmica, todas relataram que esta, se encontra distante da prática, e se torna ainda mais distante no trato com populações indígenas, Dakota comenta:

tenho quatro anos de formação, não vi nada disso na universidade, eu nem sabia que existia culturas indígenas ainda tão fortes... A minha aproximação foi por acaso, tô aprendendo, não tenho vergonha de dizer.

Das cinco, apenas Iracema relatou ter visto na universidade alguma disciplina que se aproximasse deste viés, esta expõe:

na graduação [realizada no estado do Amazonas], eu tive disciplinas de antropologia, aspectos culturais e psicossociais. Lá me abriu a mente para trabalhar a psicologia para a questão indígena.

As afirmações sobre a formação, demonstram que a aproximação ainda é melindrosa e se processa, há poucas literaturas que retratam a atuação do psicólogo em contexto indígena e que indique categorias teóricas. Até mesmo, o livro citado “Psicologia e povos indígenas” apresenta lacunas, pois a maioria dos textos contidos faz referências às áreas da Antropologia, Saúde e Educação, como uma marca da interdisciplinaridade - algo super válido para o diálogo, todavia, que conjectura as limitações da psicologia frente a esta relação com os povos indígenas.

Uma recente pesquisa realizada pelas autoras Batista e Zanello (2017) “Saúde Mental em Contextos Indígenas no Território Brasileiro: Produção Bibliográfica e Reflexões Epistemológicas” ao fazer um levantamento minucioso de publicações da psicologia, observaram que “os estudos e pesquisas acerca do tema se mostraram claramente incipientes, bem como a problematização teórica e epistemológica contida na maioria deles”. (BATISTA & ZANELLO, 2017, p.71). O que denota a necessidade de maiores diálogos e produções engajadas e problematizadas da psicologia com e para as questões indígenas.

2.2 A caminhada...

Quando questionadas sobre o principal desafio da atuação, as interlocutoras foram rápidas e similares nas respostas: *a língua*, pois precisam contar com a tradução de um interprete, Quando feita a pergunta Dakota exprime rapidamente:

Na verdade é a tradução. A gente tem que ter um AIS ao nosso lado, é a maior barreira, acredito que para a psicologia.

Como já citei, ambos os distritos, possuem populações com rica diversidade linguística. E na realidade do Dsei Yanomami, esta questão se encontra mais preservada, ou seja, ainda há pouca interferência da língua portuguesa. Neste caso, as profissionais explicam que precisam sempre contar com a figura de um intérprete, o que acredita causarem certo desconforto e colocam em dúvida, a tradução do que é dito e compreendido, Yara expressa: *“não sabemos se eles dizem exatamente o que falamos”*.

Tal situação exige que a psicologia, a ciência da escuta, se reinvente para este contexto. Como reflete Tainá: *“aqui é diferente... é diferente você trabalhar em uma clínica, e ter que trabalhar em baixo de uma árvore”*. Para a discussão, reporto a fala de Bianca Sordi Stock (2010) que em seu trabalho intitulado *“A alegria é a prova dos nove: O devir-ameríndio no encontro com o urbano e a psicologia”* promove significativos questionamentos:

A psicologia vem sendo convocada ao debate e a compor com as populações indígenas. Algo extremamente desafiador para uma constelação de saberes produzidos sob outra maneira de perceber o mundo. Como estão sendo tais encontros? O que passa? É possível a invenção de uma clínica com populações indígenas? Com quais perguntas éticas nos deparamos? O que passa quando o perspectivismo ameríndio e a psicologia se atravessam? (STOCK, 2010, p.12)

Além da questão linguística, durante os diálogos, as profissionais comentaram outra barreira, o fato de serem *“itinerantes”* nas comunidades indígenas, sobre isso Mayara afirma:

... Não dá, [se referindo a continuidade do trabalho] é bem pouco. Só tem duas, eu e [cita a outra colega] em área, não dá pra atender todos os pólos-bases. Tem lugares que é tranquilo, mas tem lugares que a demanda é muito grande precisamos ficar mais tempo e ir mais vezes...

Uma profissional conta que foi a uma determinada comunidade passou quinze dias, neste período fez uma boa aproximação com os indígenas. No entanto, só pode retornar três meses depois, precisando recomeçar todo o trabalho e reconstruir os vínculos. Esta falha, itinerância, limita a continuidade do trabalho, legitima uma das principais fragilidades às ações psicossociais que devem ser articuladas e desempenhadas pelo profissional psicólogo.

Fazendo referência a importância do trabalho do psicólogo e a sua rotatividade por conta do número (ainda) ser pequeno, o gestor Ubiraci expõe:

No distrito, nós temos hoje três psicólogas, eu preciso de mais. Eu teria que ter pelos menos 34 psicólogos, um em cada polo. Nós temos um índice de suicídio muito alto (...). Então, dentro do contexto da psicologia, o ideal para nós era que cada equipe tivesse pelo menos um profissional de psicologia, como nós temos na odontologia, que é um para cada equipe. Aí sim, nós teríamos uma cobertura maior.

A fala do gestor alega que o número de psicólogos é insuficiente para as demandas do seu distrito e expressa o reconhecimento a este profissional como parte da equipe multidisciplinar de saúde indígena.

2.3. O que encontram no caminho...

As psicólogas interlocutoras foram unânimes ao argumentar que a compreensão e a necessidade da sua área de conhecimento no contexto indígena, ainda é pouco compreendida e as expectativas dos indígenas e os demais profissionais da saúde indígena, são diversas. Enfatizaram a resistência de alguns profissionais, onde as duas psicólogas do distrito Yanomami esboçaram narrativas, Dakota diz:

Ainda existe uma resistência muito forte, principalmente dos colegas profissionais. Eu já escutei muitos questionamentos: o que o psicólogo faz em área?''.

Iracema comenta:

Todos perguntam o que o psicólogo veio fazer aqui. Acha que a gente não vai fazer nada, porque não é uma coisa que você esta doente, eu dou um remédio, vai e para. (...) no começo é difícil, depois vai explicando e vão tirando essa ideia.

Por sua vez, Yara do distrito Leste também confirma a questão e reflete o fato de serem intinerantes/volantes dentro das comunidades (com grifo meu):

“A equipe de saúde ainda tem resistência de nos receber porque a gente é volante. Você não fica fixa naquela equipe, você talvez não fique a escala toda naquela equipe, você vai atender a demanda e vai embora, não cria esse vínculo com a equipe (...). E tinha a pergunta: o psicólogo esta entrando pra cuidar dos indígenas ou cuidar da equipe?”

A fala da Yara também reconhece essa resistência advinda do demais profissionais, contudo no seu discurso apresenta uma (possível) explicação, o fato de não serem fixa a uma determinada equipe de saúde e não atuarem em uma única comunidade, limita a construção de vínculos.

Quando abro a categoria para identificar as percepções dos indígenas perante os psicólogos, duas falas afirmam que eles enxergam e/ou depositam grandes expectativas sobre essa atuação²². Como comentou Iracema, uma das psicólogas do distrito Yanomami:

Os indígenas acham que o psicólogo vai resolver tudo, por exemplo, quando ocorre um suicídio em um lugar, eles dizem: tem que chamar a psicóloga. – parece que eu vou chegar lá, dar um remédio e não vai ter suicídio, vai acabar o suicídio.

Outra profissional com entusiasmo diz que já ouviu dos indígenas: “*não quero equipe, quero psicólogo, elas escutam e resolvem o nosso problema*”. Entretanto, uma terceira psicóloga expôs que também encontram resistências por parte dos indígenas na figura dos Agentes indígenas de Saúde - AIS e declara: “*há polos que o próprio AIS dificulta o nosso trabalho*”.

Diante das narrativas expostas é possível aludir, a grosso modo, que há duas maneiras discrepantes de enxergar o profissional psicólogo naquele contexto, no lugar de uma ciência que não se aplica à realidade do indígena, outra, no lugar de “salvadora”, que veio

²² Tal percepção demandaria ser aprofundada com escuta aos próprios indígenas. Um estudo posterior.

para solucionar os problemas. Sob esta lógica é possível cogitar um conjunto de fatores que poderiam justificar... Mas talvez, o mais coerente seja afirmar que cada sujeito envolvido traz as suas subjetividades/bagagens para se colocar diante do fenômeno. Para explicita-los utilizo esta figura-imagem:

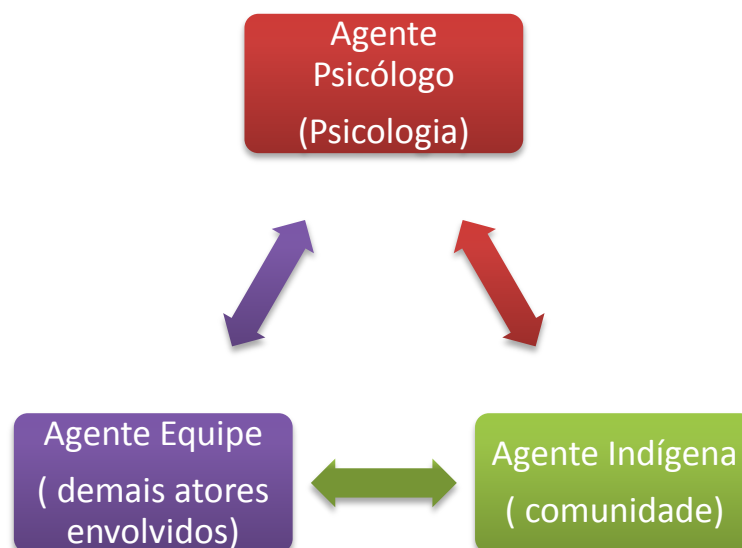


Figura 06. Esquema da Agência dos agentes

Nesta demonstração temos três perfis de agência. Por agência, uso aqui o termo de Sherry Ortner (2006) que caracterizou a *agência* como uma ação carregada de intencionalidade e poder, que sempre está envolvida nas estruturas socioculturais do contexto e, é construída em processos históricos. Os agentes executores são: Agente Psicólogo (psicologia), Agente Indígena, Agente Equipe multidisciplinar de Saúde Indígena – EMSI (demais atores envolvidos) que correspondem a uma tríade que está interligada, todavia, vai se estruturando de modo individualizado, onde cada ator envolvido age a partir das suas concepções teóricas e pessoais, alimentando o sistema coletivamente, mas conferindo a ele um gama de complexidade, uma vez que, cada agente se posiciona de acordo com suas perspectivas.

Partindo deste entendimento, temos: a agência do psicólogo/psicologia que se encontra no lugar do executor das tratativas no viés da saúde mental, representado aqui desmembrando dos demais agentes executores, não porque seja o único responsável por esses cuidados, mas por subentender que ele se tornou a referência. Este profissional chega ao contexto indígena nutrido por conhecimentos teóricos da sua formação em psicologia, uma formação carregada de constructos “colonizadores” que precisam ser desconstruídos, sobre

isso Danilo Silva Guimarães apresenta dois aspectos principais que a psicologia carece romper, o primeiro diz respeito: “*a revisão de aspectos teóricos e metodológicos das abordagens clássicas da psicologia*”, e o segundo:

a atenção à pessoas indígenas, como forma de retorno do aprendizado que a nossa área de conhecimento adquiriu e vem adquirindo, direta ou indiretamente, a partir do contato com eles e com seus ancestrais.
(GUIMARÃES, 2016, p.185).

Partindo deste entendimento a psicologia tem uma responsabilidade e um compromisso social junto à esta questão que deve perpassar pela epistemologia e pela cosmovisão.

Há a agência da equipe de saúde indígena (composta por enfermeiro, técnicos de enfermagem, médicos, entre outros), temos profissionais com uma atuação alicerçada na cura por meio do medicamento. Algo objetivado, que possivelmente distância a compreensão teórica da psicologia que tem uma linha de cuidados na vertente da subjetividade e das ações em saúde mental que abrange aspectos psicossociais de coletividade. Outra reflexão cabível, esta na própria expectativa dos profissionais no desejo de receber cuidados psicológicos. Como afirmaram as entrevistadas:

Eles [se referindo a EMSI], às vezes, nos procuram para suas questões pessoais (...). A gente fica de mãos amarradas por não poder ajudar... eu posso encaminhar e orientar, mas não posso cuidar. É a questão do cuidar do cuidador... esta havendo muitos casos de afastamento do trabalho... tem profissionais que estão há muitos anos em área.

Outra profissional completa:

Quando eu chego em um lugar, os profissionais querem falar... falam, falam, eu só escuto. (...) mas vejo que falta apoio da gestão em relação a eles.

Ainda temos a agência dos sujeitos que “sofre a Ação”, neste caso, o indígena. Onde, a figura de um antropólogo, de um médico, do enfermeiro já faz parte do universo indígena.

Todavia a figura do psicólogo ainda se “materializa”. É natural que os indígenas estejam vislumbrando como a psicologia pode colaborar. É como uma *indigenização*. Logo, há duas agências dialogando em constância, a do psicólogo que tenta tornar as suas práticas conhecidas para o indígena, e a do próprio indígena, que usa a sua cosmovisão para absorver tais práticas.

Diante das questões postuladas, perguntei as profissionais sobre como fazem para desconstruir essa resistência e dar visibilidade ao trabalho, Dakota e Yara comentam, sendo que Dakota argumenta:

(...) O que você faz em área? - é um questionamento que a gente também trabalha em área. Eu sempre faço reunião em equipe e sempre apresento o meu trabalho, [explico] porque eu estou ali, para que a equipe possa estar me ajudando. Porque geralmente é uma equipe fixa que tem um conhecimento, mais ou menos da comunidade, ela que sabe das problemáticas. (...) porque tem que ser um trabalho em equipe, multidisciplinar. O tempo que nós passamos em área é muito pouco. Nós precisamos que a equipe dê continuidade ao trabalho.

O seu discurso ressalta a importância da equipe de saúde indígena como apoio, e valoriza a necessidade de um trabalho multidisciplinar. Em consonância, Yara abarca a narrativa da colega de profissão, entretanto dá destaque a outra perspectiva:

A gente precisa estar sempre sensibilizando a equipe pra fazer escuta, pra esse cuidado, pra se envolver. Porque o maior desafio é se envolver (...). Há uma falta de preparo porque a rotatividade é muito grande. Você não tem profissional que permanece muito tempo (...) então todo mês é preciso fazer acolhimento, todo mês você tem gente nova entrando. E isso você não consegue manter... tem que ser feito periodicamente, repetindo, insistindo, repetindo. Nossa! Mas eu percebo que a gente já conseguiu muitas vitórias.

Yara trata em sua fala, acerca do trabalho de sensibilizar e preparar as equipes para as ações de saúde mental, tanto aquelas que já fazem parte e aquelas que vão se formando com a chegada de novos profissionais, já que na saúde indígena a rotatividade de profissionais é uma constante.

Convém salientar que ações de cuidados da psicologia nos distritos de Roraima se diferem em tempo. No Dsei Leste a presença desse profissional existe há sete anos. Enquanto no distrito Yanomami fará cinco anos. Aproveito para discutir a nomenclatura “psicólogo”, nome muito complexo para ser aderido usualmente pelos indígenas. Nesta lógica, as psicólogas ouvidas, dizem que são chamadas de “enfermeira”. A Yara, primeira psicóloga na realidade de um distrito em Roraima, narra justificando essa designação:

Somos enfermeira, porque esse nome “psicólogo” é difícil de pronunciar [risos]. Talvez com o tempo, como são poucos anos, são sete anos só, que... talvez com o tempo a gente consiga instituir essa nomenclatura... que pra mim não importa, eu fico feliz que eles reconheçam, independente da concepção, [seu desejo] que seja positivo e que amenize a dor e o sofrimento.

Aqui, temos mais uma vez, a ideia de *intermedicalidade*, os indígenas estão partindo do que conhecem para se apropriar de um novo conhecimento, haja vista que a figura de um enfermeiro já se tornou parte do seu contexto, especialmente com as ações de saúde.

Dando continuidade a sua fala, Yara reforça o quanto os profissionais da psicologia estão criando vínculos e edificando o seu lugar na saúde indígena:

Eles confiam muito na gente [se referindo aos indígenas], são muitos anos de trabalho. Eles vem até aqui [se referindo a sede do distrito] procurando a enfermeira [risos].

Os passos dessa aproximação ainda se processam, logo o lugar desse profissional psicólogo no contexto indígena, ainda tem a sua representatividade sendo construída. Se faz

necessário clarificar sua atuação para si e para os agentes que se encontram em interação e na co-responsabilidade das questões de saúde mental, o que denota ser, o seu principal desafio.

CAPITULO III – A POLITICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL PARA POVOS INDÍGENAS E SEUS REFLEXOS EM RORAIMA

Mesmo com os avanços da constituição de 1988, os povos indígenas continuam lutando, enfrentando desafios para a sustentabilidade do seu povo, buscando resignificar as transformações que estão ocasionando novas “roupagens” para o seu modo de vida, como: conflitos territoriais, genocídios, gestão de políticas públicas, uso de substâncias como álcool e outras drogas, suicídios, escolarização, agravos na saúde (também de natureza psíquicas), entre outros.

Os indígenas do Brasil têm “navegado” por “rios e territórios desconhecidos”, desejosos da sustentabilidade da sua cultura e das suas comunidades. Pois, na atualidade, com o poder de influência da cultura não-indígena, com as novas políticas públicas e indigenistas de saúde, questões de terras, meio ambiente, e em especial de escolarização (inserção em universidades, por exemplo), os indígenas necessitam adaptar-se às recentes estratégias e ações para viver os novos desdobramentos, na luta para que ainda preservem suas práticas culturais que configuram seu modo de viver e de se organizarem socialmente (VIEIRA, 2011, p.13)

Tais problemáticas estão sendo estudada e discutida por indígenas e não-indígenas em diferentes espaços, por diferentes áreas do conhecimento e até, provocando a elaboração de políticas públicas. No que diz respeito às questões de atenção à saúde, esta tramitou por vários segmentos, esteve a cargo da Fundação Nacional do índio (FUNAI), posterior aos cuidados da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) até seus passos serem alargados para o modelo de atenção que existe hoje, gerenciado pela Secretária Especial de Saúde Indígena (SESAI).

Por meio de reivindicações e mobilizações indígenas, mudanças ocorreram nas tratativas de saúde, a começar pela idealização da *Política Nacional de Atenção à Saúde dos povos indígenas* Lei nº 3.156/99 que estabeleceu a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), contudo esta mesma política diante de fragilidades, passou a ser executada com outra proposta, evoluindo para a sua integração à “*política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais*”, lei nº 254/2002.

Desde então, outros formatos de atenção vão sendo formulados, atualmente o sistema assistencial é realizado pela Secretária Especial de Saúde Indígena, lei nº 12.314/2010 que

passou a gerir um modelo de atenção à saúde dos povos indígenas articulado ao Sistema único de Saúde (SUS), padronizado em três departamentos: Departamento de Gestão da Saúde Indígena, Departamento de Atenção à Saúde Indígena e Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Onde os 34 distritos²³ do território brasileiro tornam-se da responsabilidade da SESAI e seu trabalho deve ser sustentado em critérios *epidemiológicos, etnográficos e geográficos* ficando designado para atenção básica, ou seja, para prevenção e intervenção de casos simples, casos complexos ficarão a cargo de hospitais regionais. As atribuições da SESAI são *desenvolver ações de atenção integral a saúde indígena e educação em saúde, em consonância com as políticas e programas do SUS e observando as práticas de saúde tradicionais indígenas; e realizar ações de saneamento e edificações de saúde indígena*. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Por sua vez, o monitoramento desses serviços se dará com a fiscalização e parceria dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI's)²⁴ que também se mobilizam na elaboração do Plano Distrital, uma sistematização das ações que devem ser desempenhadas.

Na busca por efetividade dos serviços, outros desdobramentos de políticas de saúde, educação em saúde e programas de saúde para indígenas, incidiram, por exemplo, em uma política de cuidados para a Saúde Mental dos povos Indígenas, portaria nº 2759/2007, objeto de análise desta pesquisa, onde o Ministério da Saúde argumenta a sua consolidação embasada em sete deliberações (grifos meu):

- I- *Considerando a Lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;*
- II- *Considerando os princípios gerais do Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde;*
- III- *Considerando as deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Indígena;*
- IV- *Considerando os debates do II Fórum Amazônico de Saúde Mental e as diretrizes da Carta de Saúde Mental Indígena na Amazônia Legal;*
- V- *Considerando a aprovação pelo Ministério da Saúde, pela Organização Panamericana de Saúde e pela Organização Mundial da Saúde da Carta de Brasília de 2005, que estabelece os Princípios Orientadores para o Desenvolvimento da Atenção em Saúde Mental nas Américas, e que ratifica a Declaração de Caracas sobre a necessidade de enfrentar desafios relacionados às populações mais vulneráveis, como os povos indígenas;*

²³ Anexo Mapa da distribuição dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas pelo Brasil

²⁴ O Conselho Distrital de Saúde Indígena é composto por indígenas e representantes (profissionais da saúde indígena, ONG, organizações governamentais).

- VI- Considerando as deliberações da Reunião Sobre o Plano de Saúde Mental Indígena para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas; e
- VII- Considerando a Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas, aprovada pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 13 de setembro de 2007.

Das quais, as destacadas, fazem referência a cinco grandes encontros que discutiram a temática indígena em seu aspecto mais relevante e complexo: questões de saúde e aspectos etnoculturais. Permitam-me apresentar na íntegra as oito diretrizes que compõe a *Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas* no intuito de explicitar as suas propostas, dentre estas, as grifadas (grifo meu) terão destaque, pois serão analisadas em diálogo com narrativas:

I - apoiar e respeitar a capacidade das diversas etnias e das comunidades indígenas, com seus valores, economias, tecnologias, modos de organização, de expressão e de produção de conhecimento, para identificar problemas, mobilizar recursos e criar alternativas para a construção de soluções para os problemas da comunidade;

II - apoiar a organização de um processo de construção coletiva de consensos e de soluções, que envolva a participação de todos os atores sociais relevantes, em especial o movimento social e as lideranças indígenas, que considere e respeite as especificidades e a cultura de cada comunidade indígena envolvida, que respeite e convoque os conhecimentos da medicina tradicional das comunidades, e que crie alternativas viáveis e consensuais para a abordagem dos problemas de saúde destas comunidades;

III - considerar como atores sociais imprescindíveis para a construção deste processo, os etnólogos e a comunidade acadêmica, na medida em que vem acompanhando sistematicamente o impacto do contato destas comunidades com as sociedades envolvidas, apontando a complexidade dos problemas das comunidades e das intervenções do Estado brasileiro e produzindo conhecimento acerca da heterogeneidade destas comunidades;

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

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

VI - considerar como fundamento das propostas de intervenção a estratégia de pesquisa – ação participativa, que permita sistematizar informação epidemiológica, assim como os modelos explicativos e sistemas de ação que os indígenas implementam para a superação de seus problemas;

VII - garantir a criação de um sistema de monitoramento e avaliação das ações, que além de inquéritos epidemiológicos específicos, inclua estudos qualitativos de avaliação das estratégias de intervenção, sejam estas intraculturais ou externas à cultura local; e

VIII - garantir que o Programa de Formação Permanente de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, já em andamento, absorva, especialmente em regiões com grande concentração de comunidades indígenas, a problemática da saúde mental indígena.

As perspectivas apontadas pela referente política são louváveis e necessárias. Todavia, em sua declaração, por ser um documento oficial, deixa uma incógnita, ou seja, não esclarece quais ações serão elaboradas e executadas para garantir o que é pactuado. O que desafia os diferentes contextos para efetivar tais diretrizes em sua totalidade.

Nos dois distritos e nas articulações com o estado e municípios de Roraima, há narrativas que dialogam com a complexidade das ações de saúde mental indígena. Aqui, pensaremos três frentes: primeiro, a pactuação da política de saúde mental, já mencionada; segundo, o desempenho do Programa de Saúde Mental indígena realizado pelos distritos Leste e Yanomami; e terceiro, a Rede de Atenção Psicossocial do estado, três referências que devem ser articuladas para produzir e fazer um único feito: garantir atenção psicossocial para as populações indígenas.

Os DSEI's além de realizarem vigilância epidemiológica e executarem programas (também) embasados no SUS, como exemplo, Saúde do homem, Saúde da mulher, Saúde da Criança, entre outros, os distritos precisam desempenhar ações voltadas para o Programa de Saúde Mental, neste caso, saúde mental no viés do contexto indígena, atualmente sendo chamado de Bem viver dos povos indígenas. O objetivo deste programa é elaborar e por em prática linhas de cuidado com estratégias voltadas para enfrentamento de demandas como: uso abusivo de álcool e outras drogas, suicídio, violências, entre outras questões. Problemáticas estas, comum à realidade dos dois distritos, mas que se diferem pela incidência e severidade.

A psicóloga Yara do distrito Leste expõe as problemáticas que enfrentam (grifo meu):

Hoje já temos depressão, ela esta bastante presente. Não sei se tem uma relação direta com o alcoolismo, porque o alcoolismo esta no topo da escala... temos todos os graus de alcoolismo, todas as idades, todos os gêneros, abrange

criança, jovem, desde o nascimento... o álcool já esta presente... As violências todas, sexual, física e verbal. O suicídio, ah!... que é algo de maior desafio. Porque parece que quanto mais se fala nisso, mais casos vão aparecendo, não sei se tem uma correlação com o fato de se falar disso, mas esse mês foi um mês [se referindo ao mês da campanha setembro amarelo] que bombou o suicídio e ainda as tentativas. A bebida alcoólica esta presente sempre, é um fator de risco muito grande tanto para as violências quanto para o suicídio. É algo que nas notificações aparecem bem claro, para todas as violências sempre o álcool esta ali, atrelado.

Eu questiono se os problemas são manifestos em todas as comunidades do referente distrito, se atingem todas as etnias e/ou se estão contextualizadas em comunidades mais próximas a centros urbanos. Sobre isso obtenho como resposta:

Então... os Ingarikó e Wai-wai são dois extremos, um no norte e outro no sul, ali você não tem ocorrência de nada, tem um caso isolado de suicídio, mas foi uma questão muito dele... O restante infelizmente mesmo não sendo próxima a cidade, como a região do Uiramutã tem muito suicídio, muita cachaça, isso vem desde o garimpo. Então... o garimpo trouxe esse acesso a bebida e isso permaneceu... Assim, o caxiri, pajuaru, aluá que são bebidas tradicionais, elas são mascaradas, são colocadas ali cachaça ou então é fermentada de modo mais forte.

Na continuidade da fala, a mesma profissional chama atenção para outras “patologias” como Alzheimer e a esquizofrenia, chegando a refletir aspectos da cosmologia indígena em “confronto” com os agravos de saúde que a medicina categoriza como patologia, ela diz:

Nós temos casos de Alzheimer que se confunde muito com a questão espiritual. Então você não sabe até onde é doença, uma psicopatologia, e até onde começa a questão cultural deles, porque eles tem isso muito forte - que as vezes eles negam, e aí vem um conflito muito forte que desencadeia algo semelhante a uma patologia.

Por sua vez, sobre as problemáticas do distrito Yanomami, Dakota comenta:

Na região que eu trabalho, o Amazonas, eu encontro muito a dependência química, eu falo do álcool principalmente, mas aí tem a gasolina, que eles também fazem uso abusivo. (...) Na área da minha outra colega, região de Roraima, está o suicídio.

Logo, na realidade do distrito Yanomami as problemáticas estão centralizadas em duas questões, no uso abusivo de substâncias psicoativas (álcool e gasolina), e na ocorrência de suicídios. Estando ainda subdividas por região (Amazonas e Roraima) não sendo, segundo a Dakota dificuldades comuns para toda a população Yanomami e Ye'kuana.

Ambos os distritos lidam com o fenômeno do suicídio, contextualizado a determinadas comunidades e grupos étnicos. Conforme o Relatório do Conselho Indigenista Missionário (CIMI) sobre violência contra os povos indígenas do Brasil (2015 e 2016), e ainda, segundo as sistematizações das notificações dos Programas de Saúde Mental Indígena dos distritos de Roraima são possíveis apontar a crescente ocorrência de “*lesões autoprovocadas intencionalmente*”, definição da Classificação Internacional de Doença (CID-10) enquadrados como” (X-60 a X 84) para o suicídio. Com destaque, gráfico com dados do período de 2010 a 2016 referente ao distrito Yanomami, sendo válido ressaltar que a ocorrência se evidencia na população indígena da etnia Ye'kuana²⁵:

²⁵ Sobre a ocorrência de suicídios entre os grupos Ye'kuana e Yanomami ler texto “Suicídios yanomami e yekuana: nem onda, nem tsunami” da antropóloga Elaine Moreira (2015). Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/es/Not%C3%ADcias?id=17085>

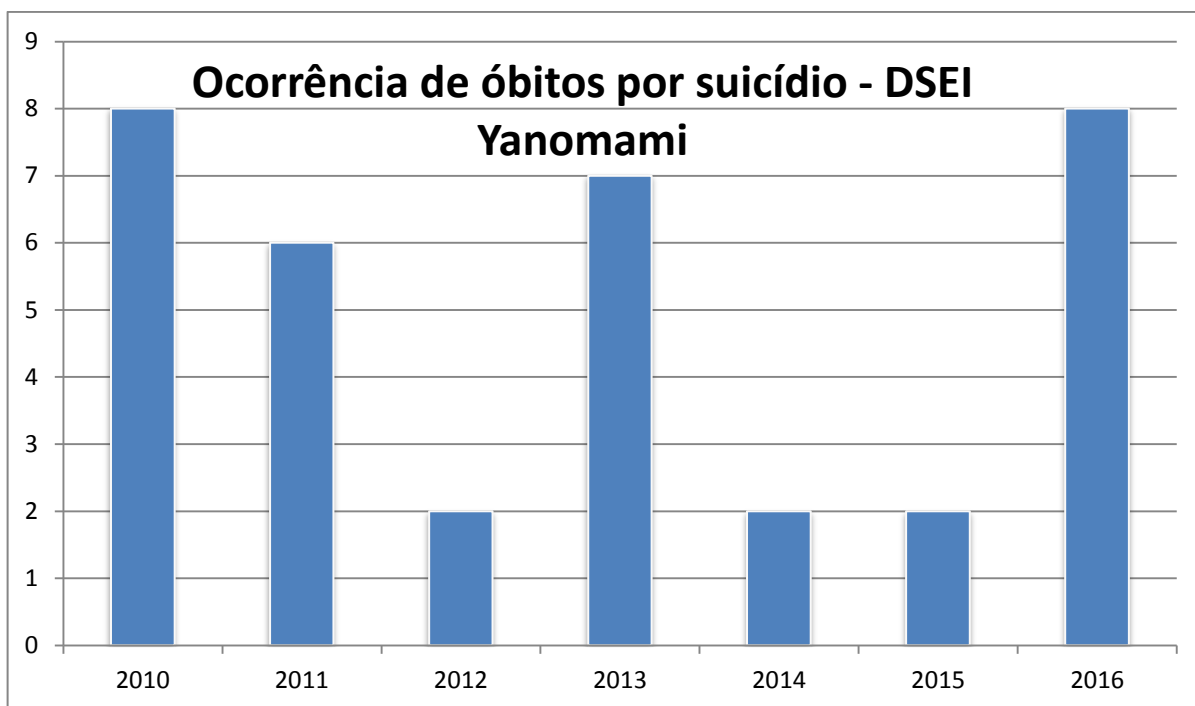


Figura 7 - Gráfico de ocorrência de óbitos por suicídio do DSEI- Yanomami.

Em relação ao distrito Leste, a predominância de casos seguem distribuídos em um gráfico com classificação de faixa-etária e categoria de gênero referente ao período de 2011 a 2016, destacando a concentração de ocorrências entre os jovens na faixa-etária de 10 a 19 anos do sexo masculino.

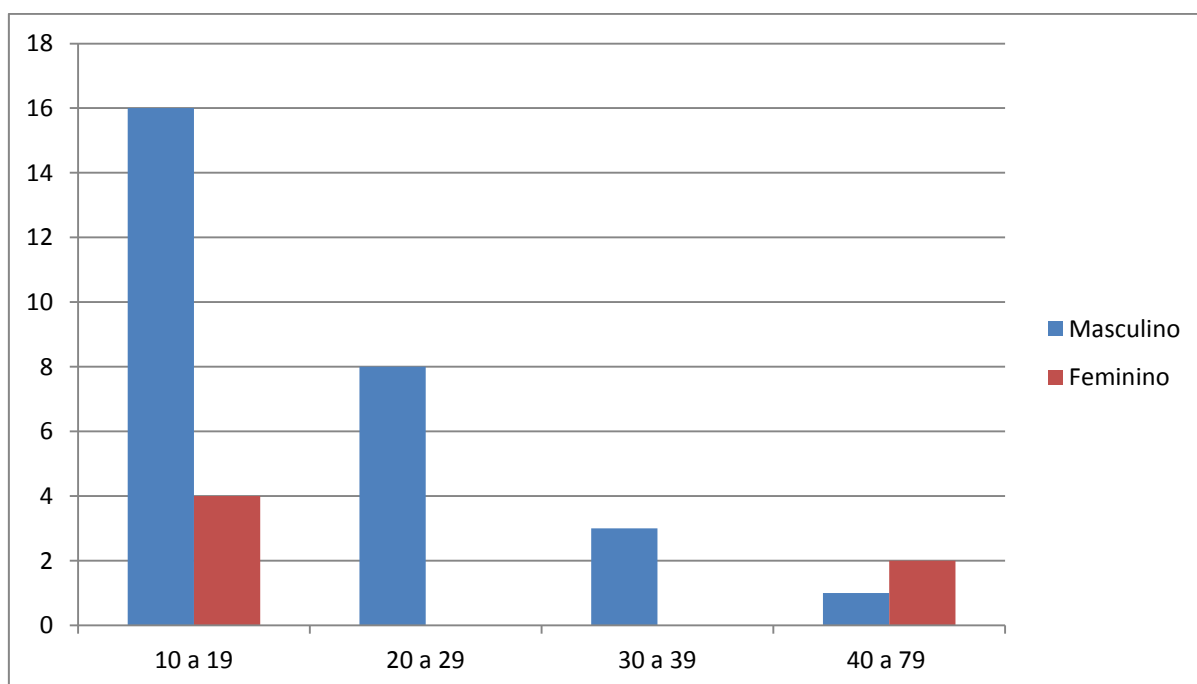


Figura 8 - Gráfico da ocorrência de óbitos por suicídio em faixa-etária e categoria de gênero referente ao período de 2011 a 2016 do Distrito Leste.

Os interlocutores explicam que as motivações para o suicídio se encontram atreladas à: choque cultural, fofocas, conflitos amorosos, adultérios, alcoolismo e explicações espirituais.

Para enfrentar o cenário do suicídio, do uso abusivo de substâncias psicoativas, entre outras questões, eu pergunto as profissionais quais estratégias são desencadeadas. Elas me respondem que são elaboradas ações para levantamento, monitoramento e intervenção, com articulações prévias pensadas no plano distrital, plano este que corresponde a um instrumento de planejamento que expressa ações de um ciclo entre três a quatro anos, construído pelos conselhos locais de saúde indígena diante de todas as necessidades que são identificadas. Convém destacar que no ano de 2014 foi sistematizado um documento orientador através da Secretária Especial de Saúde Indígena, com pressupostos para gerir atenção psicossocial nos DSEI's, sendo elaborado em coletividade pelos profissionais referências técnicas dos programas de saúde mental indígena dos respectivos distritos do Brasil. No mesmo constam recomendações para ações de apoio e cuidados em saúde mental, propondo articulações com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e referências para uso de instrumentos técnicos como: *Instrumento de Investigação/Notificação de Violências, Instrumento de Notificação/investigação de Suicídio e Instrumento da Planilha de Vigilância de Uso de Medicação psicotrópica.*

Como o fenômeno do suicídio entre populações indígenas é observado também em outros distritos brasileiros, a SESAI condensou esforços para ampliar as estratégias de prevenções, elaborando em 2017 uma “Agenda estratégica de ações de prevenção do suicídio em populações indígenas”. Apresento segundo dados da própria SESAI, especificamente do Programa de Saúde Mental Indígena, a média de ocorrência de óbitos por suicídio em alguns distritos cuja a questão é presente, com dados do período de 2013 a 2016 com informações sobre a implantação de ações como Linha de cuidado:

DSEI	Média das Taxas de óbitos entre 2013-2016	Ano de Implementação da Linha de cuidado
ARAGUAIA	136,90	2015
MATO GROSSO DO SUL	54,60	2014
VALE DO JAVARI	53,17	
ALTO RIO SOLIMÕES	46,63	2015
MÉDIO RIO PURUS	41,11	
MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	31,96	2015
TOCANTINS	30,80	2015
ALTO RIO PURUS	29,06	
YANOMAMI	22,12	
LITORAL SUL	19,72	
LESTE DE RORAIMA	18,09	2015
ALTO RIO JURUÁ	16,62	
MARANHÃO	15,31	2016
ALTO RIO NEGRO	10,50	
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	9,48	
INTERIOR SUL	8,92	2017

Figura 9 - Tabela ocorrência de suicídio nos distritos entre 2013-2016 com referência de implantação de ações do Programa de Saúde Mental Indígena – Fonte: SESAI

Nesta tabela, fica evidente que alguns distritos dispõem de dados preocupantes. Na realidade de Roraima, consta que no distrito Yanomami, ações estratégicas ainda não foram efetivadas, enquanto no distrito Leste, a mesma tem início no ano de 2015. Por linha de cuidados, esta Agenda estratégica compreende sete eixos principais:

- 1) Obter uma redução durável do número de suicídios e de tentativas de suicídio;
 - 2) Informar e sensibilizar a população de forma a diminuir os preconceitos e o estigma que envolvem o suicídio, assim como envolver agentes multiplicadores em prevenção;
 - 3) Ajudar e apoiar as pessoas sob risco de suicídio, seus parentes, seus amigos próximos e as pessoas que vivem um luto por causa de um suicídio;
 - 4) Promover e coordenar os esforços em termos de prevenção e intervenção;
 - 5) Identificar, avaliar e eliminar, na medida do possível, os fatores de vulnerabilidade que podem provocar tentativas de suicídio entre as populações indígenas;
 - 6) Aumentar a sensibilização geral a respeito do suicídio e oferecer apoio psicossocial às pessoas com ideação suicida ou que tenham tentado o suicídio, assim como seus parentes e amigos próximos;
 - 7) Proporcionar projetos de promoção da saúde que intervenham sobre os determinantes socioculturais do suicídio em populações indígenas.
- (SESAI, 2017, p. 9-10).

Porventura, quando pensamos o suicídio em contexto indígena, o mesmo resguarda uma série de interpretações, no qual devemos levar em consideração a “natureza social” dos

grupos étnicos que o expressam. Nesta proposta, a SESAI busca enxergar o suicídio como uma “multiplicidades de pontos de vistas”: como questões relacionais que dizem respeito a passagem para vida adulta, conflitos conjugais e conflitos geracionais; enquanto questões socioculturais correspondente a contexto de violência (física e simbólica), aproximação com a sociedade envolvente, dificuldades de inserção socioeconômica, discriminação; e por sua vez, como perspectivas indígenas que deve reconhecer as explicações de feitiçaria, memória do morto e espírito da floresta. (SESAI, 2017, p.5)

Dando continuidade, quando adentro a categoria das atribuições dos profissionais enquanto responsáveis pela execução das ações do programa de Saúde Mental Indígena/Bem viver, uma das profissionais, a Dakota relata:

Sou de área, então as atribuições que a gente realiza em área é mapeamento, matriciamento²⁶, trabalhamos com grupos, damos palestras, acompanhamos pacientes que fazem uso de psicotrópicos, identificar pacientes que fazem uso abusivo do álcool, pacientes com histórico de tentativa de suicídio, famílias que também sofreram com isso [suicídio], fazer o matriciamento com a equipe multidisciplinar, fazer os atendimentos na comunidade, as visitas, fazer prevenção em saúde e Educação.

Como Dakota cita o acompanhamento de pacientes que fazem uso de psicotrópicos, aproveito pra obter mais informações. Ela comenta:

Os psicotrópicos são mais para doenças neurológicas ou quando há casos de dependência de substâncias psicoativas que são encaminhados para os CAPS e lá prescrevem a medicação. Então....nós encaminhamos e acompanhamos o uso do medicamento.

²⁶ Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

Em conversa sobre a mesma temática com a Yara, ela expõe:

Os nossos usuários a maioria é epilepsia. Eles todos são dependentes de psicotrópicos. Então a gente ainda não tem um tratamento que consiga diminuir isso. Tem avaliação anual, mas a medicação sempre presente... já diminuiu eram 1.500, hoje a gente tem 400 ou 450. Então, havia desses que tomavam o mesmo remédio, a mesma quantidade há dez anos. Então a gente conseguiu reavaliar e rever esta questão da medicação.

Sobre a questão do uso de psicotrópicos pelas populações indígenas há duras críticas, especialmente no que tange a aspectos de diagnósticos de transtornos mentais. Afinal padrões de classificações segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) em nada representa ou reflete perspectivas culturais indígenas. Assim, classificar segundo um manual etnocêntrico é exercer mais uma relação de poder. Como chama a atenção Luciane Oriques Ferreira, ao refletir que a psiquiatria neste sentido pode se tornar um serviço de “*patologização e medicalização dos corpos e subjetividades das pessoas indígenas, bem como de colonização de comportamentos e instituições sociais*” (FERREIRA, 2011, p. 264).

3.1 As narrativas da parceria: Psicologia e Serviço Social

Aproveito o discurso para levantar como as ações são articuladas com outros setores do distrito, em destaque com o setor de serviço social. Em conversa, que ocorre com a presença das psicólogas e assistentes sociais do DSEI Leste, elas garantem que o trabalho é feito em parceria, mas que precisa ser melhorado. Uma das assistentes sociais diz: “*A gente tenta trabalhar em equipe da melhor maneira possível (...)*”. Quando investigo se conhecem a política de atenção a saúde mental indígena e se, sentem-se como parte da mesma, todas afirmam positivamente. Dentre elas, uma assistente social, a Janaina comenta o assunto falando da política referenciando-a as psicólogas, ela narra:

Tenho conhecimento. (...) Eu me sinto parte. A gente depende muito do pessoal da psicologia e vice versa, um apoiando o

outro. Falta até a gente se reunir mais, conversar mais. A gente esta botando muito fé que todo mundo vá pra CASA [acreditam que o setor Psicossocial será lotado na nova CASAI] que lá vamos ter mais tempo e mais contato. (...) A minha colega [cita a psicóloga referência técnica do programa de Saúde Mental Indígena] tenta fazer o máximo. A gente ver ela se esforçando junto com a equipe dela, de outras psicólogas.

Questiono a participação, ou seja, as atribuições das assistentes sociais no processo, Janaina expressa:

A nossa atribuição geral é remover o; acompanhar o paciente em hospital da criança, HGR [Hospital Geral de Roraima], maternidade (...); visitar nas unidades; [responder] casos de violência, abuso; acompanhar os TFD – tratamentos fora de domicilio, no caso, fora do estado. E a gente passa por todos os setores (...), todos os 17 programas a gente faz parte, porque nós fazemos agendamento de consultas”.

O diálogo leva a compreensão que, as ações que devem ser desempenhadas por essas profissionais psicólogas e assistentes sociais, precisam contar com uma rede de apoio. Como retrata Ayra:

Nós temos que nos melhorar para atender aos nossos indígenas. Mas às vezes, tem muitas dificuldades, digamos, que já parte do estado, que dificulta um pouco o nosso trabalho. Porque nós do serviço social estamos sempre na via de viabilização de direitos sociais... Sempre buscando novas portas...

Logo, abro espaço para conheceremos um pouco dessa rede em Roraima...

3.2. “Armar a Rede”

No Estado de Roraima por meio da Comissão Intergestores Bipartite – CIB foi elaborado e aprovado no ano de 2013 o Plano Estadual da *Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)* embasado na Política Nacional de Saúde Mental e na Portaria SAS/MS nº 3.088/2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, pelo Sistema Único de Saúde. Onde a RAPS:

deve considera as Regiões de Saúde, além de observar os critérios de base populacional, localização geográfica de cada município, perfil epidemiológico, acesso aos serviços de saúde e distância entre os municípios da região de saúde. (RAPS, 2013).

E garantir equipamentos de serviços como os CAPS, que se referem:

[a] Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos da RAPS: serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituído por equipe multiprofissional e que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial e são substitutivos ao modelo asilar. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Há diferentes modalidades de CAPS para oferta de serviços, sendo o CAPS I: *destinado a atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes*; O CAPS II se destina *para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes*. Enquanto o CAPS i é *para Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes*; O CAPS ad Álcool e Drogas: *Atendimento a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes*; há, o CAPS III: *Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes*. E

por fim, o CAPS ad III Álcool e Drogas para *Atendimento e 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Além dos CAPS, a rede precisa garantir vagas nos leitos de hospitais.

Em entrevista com a ex-gestora (jurema) que foi responsável pelo processo de implantação da RAPS no estado, a mesma afirma que atualmente o estado conta com onze unidades de CAPS, sendo oito lotados nos interiores, dois 24 hs na capital (Boa Vista) e um CAPS II também na Capital, havendo ainda a garantia de leitos no hospitais do município. A mesma assegura que todos estão habilitados junto ao ministério da saúde, ou seja, recebem recurso financeiro para de fato funcionarem. Em seu discurso, aproveita para traçar os avanços, relatando como funcionava os serviços de cuidados em saúde mental antes da implantação desses mecanismos, ela expõe:

Não é que, não estivesse nada voltado para a saúde mental, mas não tinha nada estruturado conforme a política. Nós tínhamos a UISAM que era uma Unidade Integrada de Saúde Mental que funcionava meio hospital dia, meio Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, meio ambulatório, um misto de várias ações, várias ideias de cuidado. Tínhamos um CAPS em Caracaraí que ele era só ambulatório, não funcionava como CAPS (...).

Continua o relato falado sobre as dificuldades para implantação e como o serviço foi organizado:

Então, a missão foi implantar os serviços, implantar a política de fato, em um lugar que há vinte anos funcionava desse jeito... eu ouvi isso dos psiquiátricos: mas funciona há vinte anos desse jeito, porque você agora quer mudar? – aí eu dizia pra eles que eu trabalhava com política de saúde, eu disse pra ele que enquanto eu estivesse naquele lugar eu ia fazer conforme o SUS preconizava. E como para o SUS, pela

nossa população já tínhamos que ter Caps 24 horas, tínhamos que ter Caps'ad, tínhamos que ter várias outras coisas, então implantamos com muita dificuldade... Como eu fiz? - Dilei a UISAM deixei só o ambulatório, hoje é só ambulatório especializado em psiquiatria e psicologia [funciona no Coronel Mota]. Implantamos o CAPS III 24hs só para transtornos, CAPS' ad 24hs, CAPS nos municípios que, embora não tivesse o aporte populacional que a portaria preconizava, mas tinha casos que justificasse. Como que eu cheguei nesses casos? – eu peguei no ambulatório da UISAM, tudo que tinha de casos do interior, quantos usuários que tinham no Coronel Mota que fossem dos interiores daqui. A partir daí foi que começou o desenho da RAPS... Apesar de ter uma vontade, de ter uma política pública, o município tem que querer implantar, a autonomia é federativa.

Quando pergunto a Jurema sobre a inclusão da saúde indígena nesta Rede de Atenção Psicossocial, ela me responde que a mesma foi assegurada garantindo a estes, o acesso aos serviços, sobre isso declara:

Pra mim, era muito claro, não tinha burocracia, o índio, ele é munícipe. O recurso financeiro que vem para o município conta com a população indígena.

No entanto, segundo a psicóloga do distrito Leste Yara, que diz fazer parte da comissão da CIB e ter participado da construção do plano da Rede no estado, a garantia do acesso aos serviços por parte da população indígenas, só ocorreu após grande insistência e sustentando-se no discurso da criação da política de saúde mental indígenas. Sobre essa questão, ela argumenta:

Quando você falou da pesquisa, eu fui buscar a nossa história, a nossa memória né [apresentou documentos

técnicos], de onde surge a rede, como a gente fez parte... Procurei o decreto que foi instituído a Rede de Atenção Psicossocial no estado de Roraima, que foi no ano da CIB. Em 2011 é criado o decreto que estabelece a rede de atenção psicossocial, aí como tudo sempre leva um tempo pra ser colocado em prática, foi votado na CIB em 2012 a criação dessa rede de atenção psicossocial, onde fazia parte o DSEI Leste e o DISEI Yanomami... A gente acompanhou tentando sempre colocar a saúde indígena lá dentro, sempre tentando abrir uma brecha e dizer: olha, tem a saúde indígena! Tem a saúde indígena que é diferenciada – porque na compreensão da rede nós somos usuários, nós somos usuários como você como eu, como ribeirinho, como negro. Eles não entendem que existe uma política diferenciada pra saúde indígena, e sempre querem colocar a gente numa vala comum, querem nos colocar no mapa do atendimento da especialidade, querem nos colocar na unidade na cama, sem a rede. Você sempre precisa intervir...

Esta fala nos remete a ausência de uma pactuação que desde o princípio fosse pensada contemplando os grupos indígenas do estado, assegurado a vertente de uma atenção que respeitasse as particularidades. É como se os indígenas fossem apenas “encaixados” na RAPS, ou seja, foram alocados nos mesmos moldes dos serviços para não-indígenas.

Para exemplificar tal afirmação, reporto aqui um caso que foi narrado pela Yara:

Um usuário [indígena] foi internado no CAPS III por tentativa de suicídio, aí ele não queria dormir naquela cama [queria dormir em rede] e tinham tirado todos os ganchos de rede do CAPS por conta da possível tentativa [de suicídio] com a corda, mas como eu vou explicar para o usuário que naquele espaço ele não podia colocar uma rede?! – Ele trouxe a rede dele, estava na bolsa. Eu até falei para gestora do CAPS: a rede dele está aqui com a corda, se ele

quisesse... ele já teria cometido alguma coisa. Ele estava contido, medicado, acolhido, ele estava se sentindo bem. Ele queria ficar ali, mas ele não queria dormir naquela cama né (...). Eu olhei o espaço, olhei. Pronto! Achamos um lugar para amarrar uma rede.... Mas assim, não tinha essa sensibilidade de perceber que ele precisava daquilo, era importante pra ele.

O caso citado resguarda o despreparo do sistema para acolher esse indígena, e demarca a necessidade do indígena em tornar o espaço menos aversivo aos seus costumes, ou seja, a rede (artefato) representava o seu pertencimento indígena e o desejo de se sentir acolhido. Algo que demanda atenção, uma vez que, na portaria sobre a política de atenção à saúde mental indígena a quinta diretriz visa:

garantir acessibilidade, (...) potencialização dos CAPS na construção coletiva de ações em seu território, sobretudo em regiões com grande concentração de comunidades indígenas. (Ministério da Saúde, Portaria MS/GM Nº 2.759/2007)

Em confronto com esta afirmação se encontra a fala de uma interlocutora, quando revela a limitação dos CAPS's e põe em evidência a deficiência da rede em gerir outras alternativas de cuidados psicossociais:

O próprio projeto da rede, quando ele foi criado, uma das propostas foi da gente levar a rede de atenção psicossocial para as comunidades. Mas... Ah não! mas tem nos municípios [referindo a argumentação do estado]... Tanto que o DSEI Leste hoje está em 11 municípios e só tem CAPS em cinco. Mesmo que a gente tenha a justificativa que, nos onze municípios tem populações indígenas, você não consegue (...). Temos hoje Pacaraima, que tem 160 pacientes indígena, por exemplo Pacaraima atende Uiramutã... a referência de saúde mental para indígenas é o CAPS de

Pacaraima, todo mundo [se referindo aos indígenas] é acolhido lá.

A referida profissional também afirma que na proposta da RAPS foi solicitado um trabalho antropológico como preparo para esses atendimentos, ela diz:

A gente insistiu muito nessa abordagem antropológica para os CAPS (...), até hoje a gente não conseguiu porque eles entendem assim: O que é feito em Boa Vista pode ser feito em qualquer lugar. O protocolo é um... mas assim, se ele estava com o pajé ou se já foi para o rezador, e foi para o CAPS não é considerado este aspecto de que houve esse trabalho espiritual, então o CAPS ignora um pouco...

Completo questionando se ignora a medicina tradicional, ela responde:

Completamente. Então... Isso é difícil pra gente fazer com que esse profissional da rede seja sensibilizado para essa nossa realidade.

Tal narrativa faz ponte com as reflexões da Langdon (2007) quando afirma que para ofertar uma atenção diferenciada “*supõe que profissionais de saúde devem considerar a particularidade cultural da comunidade indígena e respeitar as práticas de saúde tradicionais*”. Contudo, acredita que isso na prática, não ocorra, devido a “*hegemonia do modelo Biomédico*” (LANGDON, 2007).

Ainda, além de haver uma ausência de sensibilidade nas questões de compreensão da etnomedicina indígena, há outro ponto que cabe mencionar ao corpo dessa discussão, que diz respeito a língua indígena (as populações indígenas de Roraima falam Wapichana, Macuxi, Taurepang, Wai-Wai, Ye'kuana, Yanomami, Ingarikó e Sapará). No ponto de vista dos agentes envolvidos, ela (essa diversidade de línguas) é a grande barreira para a comunicação, como expôs a mesma profissional ao retratar um “pseudo-diálogo” de uma médica psiquiatra com um indígena no espaço de um CAPS:

Ele não fala a língua dela, ela fica falando com ele e tem o intérprete né, mas ele não olha pra ela porque aquela comunicação não existe, ele olha para o intérprete. O intérprete vai dizer o que ele entendeu e ele não entende muita coisa... é muito complicado, é muito complexo a intervenção desse profissional.

Comenta sobre outro atendimento psiquiátrico, onde o médico demonstrou outro olhar, por conta da sua religião espírita, como ela cita:

(...) um médico psiquiatra me chamou uma vez e me disse: ...eu não sei, como é que eu vou saber se é Alzheimer, esquizofrenia, ou se ele tá com um delírio ouvindo vozes mesmo de um espírito (...). Ele me fala de uma voz “assim”, que até eu acredito que ele está ouvindo. - porque não são elementos que são clássicos da esquizofrenia, não são aeronaves.... são aspectos bem da floresta: pássaros, aves, é o macaco, é a irmã que já faleceu. Então, assim quando você vê esses elementos presentes você fica com dúvidas...

Ambas situações expostas abrem um leque de questões para serem refletidas, que vai da cosmologia indígena (mais modos de significação e noção de pessoa) ao preparo e sensibilidade dos profissionais diante desta relação interétnica que impõe também relações de “saberes”, como ressalta Mendonça (2004) quando diz:

É necessário que se desenvolva uma reflexão sobre a formação e a prática de profissionais de saúde e a convivência com outras culturas, outras concepções de corpo, de pessoa, de adoecimento e tratamento, inseridas em diferentes sistemas de cura. Demanda um olhar que transcende o momento da relação profissional-paciente e se estende ao contexto sociocultural em que ela se estabelece (MENDONÇA, 2004, p.11).

Logo, pensar a Saúde Indígena no campo da oferta das políticas públicas de saúde, é reconhecer a urgência de se pensar a teoria, a prática e a humanização para fazê-la (Mendonça, 2004). Aproveitando as percepções já postuladas, convém salientar os entraves, que se encontram na proposta da co-responsabilidade das três esferas: União, Estado e

municípios. A maioria das políticas públicas estão pautadas nessa perspectiva, contudo políticas de saúde são as que necessitam se sustentar nesta articulação, haja vista a complexidade do cuidado. Por ventura, a política de saúde mental indígena também faz menção a essa conjuntura e a sua quarta diretriz versa *garantir ações integradas, através da articulação institucional entre as diferentes esferas de governo (União, Estado e Municípios)*, ou seja, propõe que esses três segmentos possam dialogar e fomentar estratégias, sendo cada um, designado a uma competência. Todavia, nós sabemos que cada esfera pode divergir sobre seus interesses e relação com os povos indígenas. Uma das assistentes sociais ao falar do seu trabalho e desafios, cita a lacuna das parcerias com o estado e o município, alegando que estes transferem a responsabilidade como única e exclusiva da SESAI, ela diz:

(...) quando as equipes trazem a demanda [para o serviço social] nem sempre o município tem local ou tem como ajudar, e o estado deixa muito a desejar, nem sempre podemos contar com ele. Quando se fala que é indígena, eles acham que é apenas a SESAI que deve responder pelo indígena. Agora toda coisa (...) pergunta: é índio? – Se for, chama a SESAI. Como se só a SESAI tivesse responsabilidade. Só lembra que é índio na hora que quer o seu votinho, depois esquecem da sua responsabilidade de estar ali, atuando. Na maioria dos municípios acontece isso, a gente conta pouquíssimo com eles, dizem que não tem recursos.

Por sua vez, um dos gestores do distrito relatou haver limitações na estrutura e acesso aos dispositivos, citado como exemplo, a falha para a realização do encaminhamento:

Dentro da saúde mental... dentro do que o distrito faz, que não é sua competência... há um entrave que não é só desse distrito, mas de todos distritos do Brasil, que é: urgência e emergência e alta complexidade. Nós temos as nossas referências, a nossa primeira referência é o município e a segunda é o Estado, que vem para capital. Mas muitas vezes,

nós encaminhamos o nosso paciente para a primeira referência, e a primeira referência devolve esse paciente para nós (...). Nós temos o papel da Atenção Básica. O município é a nossa referência. E dentro da Atenção Básica na lei 8080, tá bem claro, o município faz ações complementares de atenção básica.

O mesmo continua a fala traçando um comparativo dos recursos da SESAI frente aos recursos do estado de Roraima e dos municípios, ele comenta:

(...) Aqui tem fatos, por exemplo o Uiramutã, município [onde a] maior porcentagem da sua população é indígena, lá nós demandamos o paciente, até remoção aérea nós fazemos para o hospital [da capital] que não era competência do distrito. Então, se você pegasse tudo aquilo que é gasto dentro do distrito que não é atenção básica... por exemplo, nós temos 26 viaturas hoje e 26 caminhonetes que faz remoção, o estado tem 15 ambulâncias, então o distrito Leste tem mais estrutura para urgência e emergência do que o próprio estado. (...) Então, foge um pouco do princípio do SUS, da lógica do SUS, [porque] o subsistema nunca vai poder subsidiar o sistema.

A fala do gestor remete as deficiências da garantia da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas que foi assegurada, ou melhor, integrada a Política Nacional de Saúde conforme o princípio do SUS, mas cuja execução no estado de Roraima tem falhas, pois não adianta o distrito possuir uma boa estrutura (área, terrestre e fluvial) de transferência/remoção do paciente, se a própria estrutura clínica e hospitalar do estado e do município não tiver condições estruturais, recursos humanos qualificados e o direito a uma atenção que aconteça realmente de modo diferenciada como foi preconizada.

Continuando a sua fala o gestor de modo crítico, comenta o joguete da transferência de responsabilidades e falta de apoio, ampliando a discussão ao mencionar questões de natureza política que ‘usa’ o indígena de acordo com os seus interesses. Este expõe:

(...) A FUNAI é uma, o Município é outro, ele acaba transferindo a responsabilidade para SESAI. Porque assim, o papel da SESAI é claro, ela é Atenção Básica e o indígena não é da SESAI, não é nosso. Desde 88 [o indígena] é livre, ele é um eleitor, ele é um morador do município. Ele não é um morador da SESAI. Isso que deve conversar com os prefeitos, dizer: porque que você quando quer se eleger, você vai a casa do indígena, pede o voto pra ele dizendo que vai melhorar isso e aquilo?. Mas não, depois que eles [políticos] se elegem dizem que o papel é só da SESAI.

Por sua vez, neste sentido Jurema manifesta:

Parece que a política pública em nosso país funciona assim: se tem uma pessoa que tem um entendimento técnico e se propõe a fazer, a coisa anda. Mas se essa pessoa que entrar, ainda não tem visão ou experiência, a coisa não anda. Então, a política pública anda de acordo com quem está sentado na cadeira... Infelizmente parou muita coisa, [refere-se aos últimos dois anos], o que foi implantado está implantando e pronto, não evoluiu. Não evoluiu matriciamento porque era necessário... a questão da rede funcionar efetivamente. Por que não é você ter prédios montados, você tem que fazer a rede se comunicar, tem que abrir esse acesso. O usuário ele tem que saber onde tem o serviço, ele tem que acessar esse serviço, o simples fato dele estar montado não garante esse acesso.

As reflexões críticas de ambos os gestores, me remeteram a um conto popular que eu ouvi que dizia mais ou menos assim: Certa vez um porco e uma galinha conversavam sobre a possibilidade de abrir um restaurante. Debateram horas sobre o nome que dariam... A galinha propôs que o nome fosse: “ovos com bacon”. O porco por sua vez, ficou indignado e retrucou:

- ovos com bacon? Isso não seria justo, porque enquanto você só estaria envolvida pondo seus ovos, eu estaria comprometido, cortando minha carne e sangrando para produzir o bacon... (AUTOR DESCONHECIDO - CONTO POPULAR). Ouvi este conto e não mais o esqueci, haja vista a riqueza de perspectivas que ele pode oferecer. Contudo, faço menção ao mesmo, no intuito de problematizar o que é claro no conto, a diferença entre estar envolvido e estar comprometido. Uma vez que, na grande esfera da política e da gestão pública existe um conjunto de fatores que podem potencializar ou fragilizar sua execução. Dentre esses fatores, pode-se haver a ausência de apoio e pessoas empenhadas para que a mesma seja efetiva. Aproximando da questão indígena, podemos vislumbrar perfis de pessoas realmente “comprometidas” com a causa e pessoas que (simplesmente) oscilam em seu “envolvimento” podendo transitar entre a simpatia, curiosidade e negação. Este perfil é incerto e pode comprometer ações que exijam uma co-responsabilidade carregada de comprometimento.

CAPITULO IV – PARA O BEM VIVER INDÍGENA: RECONHECIMENTO, PROTEÇÃO E VALORIZAÇÃO.

Neste capítulo, quero brevemente passar por uma perspectiva da qual acredito, a perspectiva do Bem Viver. Que não me deterei aqui ao seu aspecto problemático da terminologia, haja vista os seus campos de possibilidades para significados. Mas, sim a principal centralidade que compõe o bem viver indígena, nas sínteses das suas concepções: a coletividade.

O Bem viver enquanto um constructo teórico vem sendo discutido por diferentes interpretações e por diferentes contextos. Mas seu principal registro conceitual remete aos povos andinos, especialmente quando se tornou um direito constitucional, como uma filosofia de vida para as populações indígena do Equador e da Bolívia. Sendo esclarecido por Paulo Sueß (2010) na concepção “*Sumak Kawsay*”, cuja a tradução significa “Bem viver” e corresponde ao reconhecimento e valorização cultural em detrimento aos exageros do capitalismo e desvalorização de uma vida comunitária. Neste sentido,

“Buen vivir”[Bem viver], que é possível quando o ser humano vive em comunidade com a natureza, representa uma re-união “fraternal” entre a esfera da política e a esfera da economia. No “buen vivir” o valor de uso da mercadoria está acima do valor de troca (fraudado pela mais-valia expropriada). O ser individualizado da modernidade tem que reconhecer a existência ontológica de outros seres que têm direito a existir e viver com sua alteridade. (SUESS, 2010, p.5).

Ainda em suas reflexões, expôs nove perspectivas que compreendem o Bem Viver em sua essência segundo David Choquehuanca, ministro das Relações Exteriores da Bolívia, sendo elas: a) Priorizar a vida e os direitos cósmicos; b) Construção do consenso; c) Respeitar as diferenças; d) Ver na diferença a complementaridade; e) Equilíbrio (não-exclusão dos opostos); f) Valorizar a identidade; g) Saber comer, beber, dançar, trabalhar; h) Saber se comunicar; i) Escutar os anciãos. Neste sentido, o Bem viver se configura a essência dos povos indígenas, o que não difere na realidade brasileira. Contudo, no Brasil, ainda há muitas dimensões para se pensar o “Bem viver”, porém ele já desponta²⁷, e tem sido utilizado enquanto eixo para nortear novas perspectivas de se pensar políticas públicas para os povos indígenas brasileiros, como exemplo a política de saúde mental indígena e as ações do programa de Saúde Mental indígena dos distritos, no qual elaborou um documento - modelo

²⁷ Sobre o Bem Viver, há um filme organizado pelo Conselho Indigenista Missionário (Cimi) *Bem Viver – um novo caminho*. Disponível em www.youtube.com/watch?v=FGyrSqIFWto&feature=youtu.be.

de atenção psicossocial que cita o Bem viver enquanto um projeto que precisa ser potencializado dentro das comunidades,

Contribuir para a potencialização dos projetos de Bem Viver das diferentes comunidades indígenas a partir de ações de promoção da saúde, prevenção e atenção a agravos relacionados à saúde mental que incentivem o protagonismo indígena e a mobilização social, valorizando e respeitando os saberes e as tecnologias próprias de cada comunidade (SESAI, 2014, p.8)

Apesar de ser mencionado, o Bem viver, neste documento, não é contextualizado ou tem a sua grandeza explicitada. Se bem viver diz respeito a algo além das questões de agravos a saúde, se faz necessário problematizar as reais demandas que impedem as populações indígenas em ter seu modo de vida resguardado e valorizado. Pois, como sabemos as populações indígenas brasileiras são vítimas há décadas de constantes massacres, genocídios, conflitos territoriais (agroindústria, garimpo, hidrelétricas) violação de direitos, desvalorização da sua medicina tradicional e negação do seu modo de se organizar e viver...

Quando trabalhei no distrito Yanomami, tive a oportunidade de conversar com uma liderança Ye'kuana tentando compreender a maneira que eles enxergavam ou explicavam a questão do suicídio na comunidade, ele me disse com grande pesar: *“isso tudo é culpa nossa. Não estamos cuidando da nossa terra”*. A fala desse ancião, me sensibilizou profundamente e só reforçou o entendimento que carrego como fruto da minha herança indígena: a terra é fonte de “bem viver”. Na concepção dessa liderança, esta terra não está sendo cuidada, está desprotegida e ameaçada. Daí, podemos pensar quantas vulnerabilidades há nos contextos e em contextos. Pensado o suicídio entre as populações indígenas, há múltiplas possíveis explicações, ou melhor, interpretações.

Sergio Levcovitz ao estudar a questão do suicídio entre os índios guaranis do Brasil postula que a explicação dos guaranis para este fenômeno corresponde a um morte provocada pelo inimigo (feitiço, vingança). Outro estudo, “Etnografías del suicidio en América del Sur”, os autores Lorena Campo Aráuz e Miguel Aparicio (2017), reúnem um conjunto de publicações que provocam a temática do suicídio indígena em diferentes contextos e sob diferentes prismas. Há leituras embasadas na Antropologia, na Psicologia e na Sociologia, com interpretações que expõem a questão do suicídio indígena como algo que ocorria antes mesmo do contato com os não-indígenas, outros estudos que o refletem como fator de dualidade (conflito) indígena entre os dois mundos: comunidade e o urbano; e como causa de explicação “Xamânica” (espiritual).

Nas minhas entrevistas com os profissionais, ouvi várias narrativas que tentavam explicar as (possíveis) causas que estão ocasionando mudanças nas comunidades indígenas e promovendo agravos de natureza Bio-psico-social. Ubiraci, um dos interlocutores expressa a sua opinião:

Na minha visão o que esta proporcionando isso na nossa população é a aproximação da comunidade com a população branca, e outro, são alguns benefícios sociais que vem... que acaba desnorteando a população de um rumo que alinha e ela desvia porque esta com dinheiro no bolso.

Ele continua seu argumento fazendo referência a questão do uso abusivo do álcool nas comunidades, citando o risco e lamentando a ausência de apoio por parte dos atores sociais, comenta (com grifo meu):

O que proporcionou essa questão que esta acontecendo hoje do álcool e da droga é a aproximação do branco com as comunidades, e as comunidades estão se aproximando da cidade” (...) eu já cheguei em comunidade indígena e tava um caminhão despejando cerveja na comunidade. Os órgãos de controle já não fiscalizam mais, que era pra estar fiscalizando porque é lei, vender bebida alcoólica para o indígena é crime. E levar pra dentro da comunidade, então...?!

Ainda, a respeito da ausência de apoio e fiscalização, Yara ao falar sobre a região do Uiramutã amplia essa discussão retratando as problemática de uma comunidade indígena em região de fronteira:

O Uiramutã, por exemplo, é uma região distante de alguns centros, mas o centro existe lá. Ali tem tudo que você quer... o acesso as drogas por causa das fronteiras. É algo muito presente tanto para o usuário [consumo] quanto para os

“aviãozinhos”, os traficantes, estão utilizando eles para isso [referindo-se aos indígenas]. Aí, a gente tem pouca fiscalização das fronteiras pela policia federal e pela própria FUNAI que a gente esperava que isso acontecesse.

Aproveito para expandir a reflexão, pois nas entrevistas outras questões despontaram, como a adesão de benefícios sociais que foram instituídos como o Programa Bolsa Família²⁸ e salários para professores indígenas, Agente indígena de Saúde (AIS) e Agentes indígenas de saneamento (AISAN). Julgo importante menciona-las porque elas refletem diretamente algumas das problemáticas de saúde e vulnerabilidades sociais que enfrentam os indígenas. Assistentes sociais e psicólogas comentaram a questão, uma psicóloga afirma que as questões como violência intrafamiliar e alcoolismo seja resultado do mau uso dessa renda financeira por parte dos indígenas, ela expressa (com grifo meu):

Os benefícios sociais que foram instituídos bolsa família, o salário do AIS, AISAM, professor...isso tudo é muito recente, isso remonta o que? - 2000 ou 2010 quando criou essa SESAI. De lá pra cá, a gente viu que veio tudo a galope: a cachaça, violência, o suicídio. Essas mazelas estão muito atreladas a esses benefícios. Não se preparou o indígena pra isso. Um dinheiro que chegou muito rápido e muito fácil...se parou de fazer roça, de caçar, de fazer a farinha, de criar suas galinhas. Então, até as tradições de culturas foram abaladas, foram fragilizadas e negadas porque o poder aquisitivo de compra é mais fácil, é mais rápido... e não traz coisas boas, porque o bolsa família a proposta era de trazer uma renda a mais pra auxiliar, agregar, mas eles fizeram disso a renda, não foi juntada a roça, a farinha, nem ao beiju. Você não tem mais aquele produto seu da sua roça, você compra tudo pronto e com isso você desencadeia doenças de todas as espécies, doenças orgânicas, psíquicas, negação do eu. (...) Essa bolsa família promoveu

²⁸ O Bolsa Família é um programa do governo federal destinado às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, com renda per capita de até R\$ 154 mensais.

desigualdades na comunidade porque ela não é para todos, tem critérios e nem todos cabem. (...) Tem indígenas que chamam de “bolsa preguiça” – porque os parentes não quer mais fazer a sua roça, fazer a sua farinha.

Na fala desta profissional há três pontos essenciais que demandam a atenção, primeiro quando diz que o indígena não foi preparado para lidar com o recurso financeiro, segundo quando ressalta que tais recursos estão promovendo desigualdades entre o grupo e terceiro, quando diz que alguns indígenas reconhecem o benefício como um malefício, chamando-o de “bolsa preguiça” demonstrando um teor crítico. Aqui caberia uma análise advinda dos próprios indígenas, por ser uma temática específica que merece ser aprofundada, afinal os comentários e as percepções expostas são externas, de um não indígena interpretando uma situação local, o que pode ocasionar contradições. Todavia, sem dúvidas, tais apontamentos revelam o quanto uma política não elaborada e pensada para o determinado grupo, pode ocasionar uma complexidade de efeitos e múltiplos significados para os envolvidos.

Estas narrativas demonstram uma zona de contato complexa que explica a “crise” que o indígena vivencia para gerir suas escolhas e sustentar a sua concepção de Bem viver. Por exemplo, quando os profissionais citam que as causas são a aproximação das comunidades indígenas com centros urbanos e acesso ao dinheiro, é possível remetermos aos conflitos de território. Onde os indígenas passaram de donos de grande extensão territorial para moradores de conjuntos de terras (ou demarcação em ilhas), o que limita e impede a expansão da sua organização social, e ainda o coloca em *Zona de Contato* direta com o não-indígena e com as produções do capitalismo. Por Zona de Contato reporto o conceito de Louise Pratt que o classifica como um campo de encontro coloniais, onde povos separados anteriormente estão em contato e estabelecem relações marcadas por poder, desigualdades, conflitos e condições coercitivas.

O líder indígena da etnia Yanomami, Davi Kopenawa, pontua as “transformações” que essa Zona de Contato pode ocasionar para os povos indígenas:

Pra nós, o costume da cidade é muito forte, manipula nosso pensamento. A língua portuguesa é um veneno. É um veneno que entra na cabeça e faz esquecer a comunidade, mãe, pai... a cidade destrói o pensamento da comunidade. Aí não pensa mais como caçar, na aldeia, não pensa em nada. Índio novo só quer saber de celular, TV, CD, jogo, festa, carro, internet. Tudo isso manipula índio, pensamento dele fica na máquina. E

caiu na máquina já era, não tem mais como retornar. Eu sei porque comigo quase foi assim... (BOCCHINI entrevista DAVI KOPENAWA, 2012).

Todavia, o seu discurso expressa dois posicionamentos que se opõem, mas que também se integram, o primeiro corresponde a sua afirmação, quando ressalta que a cultura do não-indígena é para os indígenas como uma “máquina” que os captura e os manipula, enquanto no segundo posicionamento, ao reforçar no seu discurso: “*eu sei porque comigo quase foi assim*”, revela uma expressão de agência, ou seja, ele “conseguiu tirar o seu pensamento da máquina”. Que embora exercer essa agência não seja tão simples, afinal há um sistema macro e hegemônico da cultura ocidental que tenta captura-lo. Ainda assim, há a possibilidade do indígena poder escolher como se relacionar com este modelo. Hoje há todo um “movimento indígena”, ou melhor, uma militância em constante resistência que busca visibilidade de espaços e falas no intuito de garantir direitos indígenas, em essencial, o direito de existir em sua subjetividade.

Assim, para fomentar essa agência se faz necessário a promoção de diálogos entre esses dois mundos, ou melhor, entre esses agentes: Indígenas e Não-indígenas. Uma vez que, essa *Zona de Contato* pode ser perversa e produzir vulnerabilidades.

4. 1. A Subjetividade Indígena

É sabido que os povos indígenas tem uma relação particular com o ambiente que vivem, e esta relação norteia a sua espiritualidade e visão de mundo. Eduardo Viveiros de Castro, um autor contemporâneo vem “difundindo” a concepção de um “*Perspectivismo ameríndio*”. Aludindo que o *perspectivismo* esta vinculado a uma cosmologia, que se pauta em uma concepção *Antropomórfica*, onde os indígenas atribuem características ou aspectos humanos a elementos da natureza, ou seja, são contrários ao ocidente, que tem uma visão *Antropocêntrica* (homem no centro do universo). E que, enquanto na sociedade não-indígena compreende-se que, *o que há de comum entre os homens e os animais é a animalidade dos homens*, no contexto indígena, *o que há de comum entre os homens e os animais é a humanidade comum a outros seres*. (CASTRO, 1996). Neste sentido, ele indica que no modo de pensar do indígena, este atribui espiritualização/vida aos animais, as plantas, enfim, a todos os recursos naturais que fazem parte do seu meio. Neste aspecto, pensando o *perspectivismo ameríndio* para os povos indígena de Roraima, podemos referenciar a relação dos povos do rio Branco com a figura do *Kanaimé*, conhecido como espíritos opressores e violentos que pode

assumir diferentes formas animais e causar enfermidades de natureza biológica e espiritual, podendo levar a morte (FARAGE, 1991; SILVA, 1996; SOUZA, 1998). A figura do Kanaimé ou Rabudo (como chama outros grupos) faz parte de uma construção sociocultural dos indígenas que abarca múltiplos significados e explicações.

Em diálogo com os profissionais de saúde, a figura do Kanaimé aparece nas escutas qualificadas da psicologia como explicação para os problemas de natureza “psíquica”, uma profissional comenta: *eu ouço sempre que, isso foi obra do Kanaimé*. Outra comenta: *dizem que é coisa de espírito do mal*. Por ser um “espírito do mal”, logo é temido pelos indígenas e há toda uma linha de cuidado que deve ser tomada para evitar ser “prego”. Explicações e cuidados que são tomados para evitar o Kanaimé e claro, outras adversidades, demonstram o quanto os grupos indígenas realizam uma *autoatenção*, que se refere:

as representações e práticas que a população utiliza tanto individual quanto socialmente para diagnosticar, explicar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginários, sem a intervenção central, direta e intencional de curadores profissionais. (MENÉNDEZ, 2009. p.48)

A autoatenção indígena se encontra até no dia a dia da comunidade; Nas atividades da roça, caça e pesca que exigem trato próprio para execução das atividades; nos cuidados com o ouvido ou garganta, para potencializar capacidades na vida adulta para cantar e aprender; nos Resguardos e Interdições alimentares (no período gestacional, em períodos festivos, para o ritual xamânico); nos Rituais de Passagens (nascimento, menarca, casamento, entre outros) e nas regras e exigências para caçar ou se tornar um Xamã.

Autores como Jean Langdon & Garnelo (2004), Marcos Pellegrini (2004), Luciane Ferreira (2013) entre outros, ao delinear a questão indígena no campo da antropologia da saúde, expressam que ela está para além de abordar (apenas) questões de agravos à saúde e que a “política assistencial” precisa reconhecer o sistema de organização sociocultural, o sistema de cura e cuidados que os próprios indígenas utilizam.

Há outros movimentos, outras experiências (também) para se pensar saúde mental. Na minha busca por interlocutores, achei viável realizar uma entrevista com o psiquiatra italiano, professor e padre Rino Bonvini, cuja as vivências junto aos povos indígenas são inspiradoras e o levaram a modificar a sua própria concepção de mundo, sobre a cosmologia indígena ela descreve:

é uma visão de mundo diferente, baseada em conexão, onde tudo estar ligado: ser humano, ser animal, ser vegetal, não visível (...). Ficou claro pra mim que a abordagem Biomédica era insuficiente e limitada [se referindo a sua formação médica].”

O mesmo relata que sua aproximação com tais populações ocorreu (ainda) na universidade, na disciplina de sociologia médica, quando seu professor propôs um trabalho com indígenas norte americanos. Segue relatando que sua formação médica e teológica seguiu com vivências em diferentes contextos e diferentes povos, chegando a trabalhar na Amazônia equatoriana, a atuar com nativos africanos na Uganda, e conviver especificamente com os indígenas Lacota Sul, norte americanos. Considera as suas experiências como:

Interessante, no ponto de vista cultural, mas também muito sofrida pela questão de guerras, conflitos, doenças, HVI e outras questões. Lá tive acesso à rituais de cura, típicos dos pajés, dos curandeiros... Depois quando eu vim para o Brasil eu tive a oportunidade de associar as vivências a cultura afro-brasileira, rituais do candomblé, da Umbanda e outros”

Sua construção técnica foi direcionada para abordagens holísticas, no viés de terapias complementares e alternativas. Residindo atualmente no Brasil, trouxe as suas experiências de abordagem sistêmica comunitária construindo o Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim (MSMCBJ)²⁹, um trabalho realizado em um bairro periférico de Fortaleza com pessoas de baixa renda e em situações de vulnerabilidades, que no ano de 2007 tem seu modelo transplantado para o contexto de uma aldeia indígena, aldeia dos Pitaguary, como

²⁹ Bom Jardim é uma ONG do Movimento de Saúde Comunitária que trabalha com abordagens socioterapêuticas, definidas como abordagem sistêmica comunitária, moldada a partir da escuta, acolhida e socioterapias no viés da terapia da autoestima, terapia comunitária, Biodança, constelação familiar, arte terapia, massagem, Heike e com outras práticas de cuidados complementares e alternativas. A abordagem sistêmica comunitária foi reconhecida como tecnologia social em 2009 pela fundação do Marco do Brasil e atualmente reconhecida como uma prática de inovação em saúde mental pela *Mental Health Innovation Network*. E recebe reconhecimento pela OPAS, com destaque matéria disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=1991:opas-brasil-visitou-o-movimento-de-saude-mental-do-bom-jardim-no-marco-do-projeto-rvl-em-fortaleza&Itemid=685.

enfrentamentos as problemáticas de urbanização deste grupo que se estruturava como uma periferia na cidade de Maracanaú e apresentava situações conflituosas, risco social e fragilidades na relação comunitária enquanto indígenas. Eu tive a oportunidade de conhecer o trabalho quando despertava a minha formação acadêmica para uma etnopsiquiatria e pude vislumbrar os avanços positivos que o projeto provocou.

Quis falar sobre essa atuação, porque a abordagem utilizada marca a sensibilidade em reconhecer o sistema cosmológico e da medicina tradicional. Sobre isso, o interlocutor psiquiatra expõe:

Em todas as tribos indígenas que eu conheço existe uma dimensão de espiritualidade, existe um pajé, existe um curandeiro, uma figura espiritual que é o mediador entre a realidade e a transcendência. Um mistagogo, aquele que introduz o mistério, e isso é feito através de vários rituais, que pode envolver ervas, danças, tambor, (...) outras substâncias especiais como Jurema e outras psicodélicas que alteram o estado de consciência. Com o objetivo em “retrazer” o equilíbrio, harmonia, paz e saúde. Eu como psiquiatra colaboro com o pajé, quando tem casos que se esgotam os recursos, ele [o pajé] chama o índio branco [se referindo ao médico] para iniciar com medicamentos. O psiquiatra entra no contexto de multidisciplinariedade, e existe o espaço da doença que é transdisciplinar, ou seja, eu entro com a minha competência e experiência, o pajé com a competência e experiência dele, assim moldamos um modelo terapêutico Biopsicossocioespiritua”.

A narrativa exposta, sinaliza o entendimento que, por e para o Bem Viver indígena deve-se haver diálogo na aplicabilidade das ações da política de atenção a saúde mental indígena com o reconhecimento de que os próprios indígenas possuem seu sistema de cura, explicação e enfrentamento..

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a grandeza do espetáculo pluriétnico de Roraima e a oferta de políticas públicas de saúde para os indígenas, com destaque a política de atenção a saúde mental indígena, denota-se por meio das narrativas expostas pelos profissionais de saúde indígena que há um distanciamento entre o que é pactuado e o que de fato, é executado.

Há fragilidades na Rede de Atenção Psicossocial do estado, a começar pela ausência de articulações, o modo como o sistema é estruturado, e ainda a abordagem de cuidados. Faz-se necessário avaliar o que vem sendo feito e o que pode ser melhorado, pois as demandas locais aguardam evolução para o alcance da rede de múltiplos significados que é a cultura indígena e seu modo de ser no mundo, sendo essencial garantir uma constante da qualidade do serviço e da garantia do respeito as especificidades indígenas.

No que tange a atuação do profissional psicólogo na saúde indígena, observa-se que profissionais e indígenas ainda estão construindo a referência do “lugar” para esta área do conhecimento. Por se tratar de um encontro contemporâneo é preciso elucidar a presença da psicologia e reconhecer qual a sua colaboração para o contexto, já que a mesma necessita se reinventar enquanto ciência para conhecer e compreender a “ciência” indígena, uma vez que a sua formação é carregada de construtos ocidentais que se concentram na individualidade do sujeito e se atrela a psiquiatria para categoriza-lo, algo oposto para os indígenas, cuja a perspectiva do existir e subjetivar se baseia na coletividade e na sua própria cosmovisão de mundo. Logo, esse encontro demanda mais movimento, diálogos e produções.

Acerca do Bem viver indígena é possível aferir que no Brasil e na oferta de políticas públicas para os indígenas, esta “filosofia de vida” ainda traz discrepâncias, já que resguarda inúmeras interpretações e tem sido utilizada pelo Estado, as vezes, de modo equivocado, como um “adjetivo” para sustentar algumas intervenções. Quando na verdade “Bem viver” diz respeito a todo o potencial e sinergia de uma população, que precisa ter seu modo de vida respeitado e resguardado, algo quase impossível no cenário do nosso país que há séculos viola e invisibiliza os indígenas.

As categorias que se apresentaram ao longo desse trabalho por meio de relatos da experiência de profissionais que estão em Zona de Contato com as populações indígenas do Estado de Roraima, como: suicídio, alcoolismo, “depressão”, uso de psicotrópicos, Bem Viver entre outras, demandam um estudo dedicado e individualizado, diante da tamanha

complexidade das temáticas. Além de revelar a necessidade emergente de ouvir os próprios indígenas e modo em que eles enxergam e/ou enfrentam tais questões. Por isso, ressalto a limitação dessa pesquisa que se dedicou apenas em torná-las explícitas.

O título desta pesquisa “Nem injeção e nem *Xaborí*” visa dar corpo ao que foi exposto, onde as situações-problemas apresentadas pelas populações indígenas carecem serem enxergadas e abordadas em outras perspectivas. Injeção, esta representada aqui como as tratativas de saúde dos profissionais não-indígena, e *Xaborí*, enquanto a cosmologia indígena. Logo, são dois campos que não podem ser contrários um ao outro e nem tão distantes, e tão pouco podem se resumir ao seu único universo. Contudo, juntos podem produzir um terceiro campo, a negação de: *nem isso e nem aquilo*, resguarda uma afirmativa: a possibilidade de um novo saber surgindo da intermedicalidade. Afinal, pensar e realizar uma política de Atenção a saúde mental indígena é vislumbrar questões que estão para além de (apenas) agravos de saúde de natureza psíquica; se não for garantido ao indígena o seu direito de existência enquanto identidade e o seu direito de sobrevivência enquanto organização social e cosmológica, haverá mazelas... Afinal, “saúde mental indígena” é na verdade Bem viver, e este, precisa ser potencializado.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE AÇÃO INDIGENISTA. **Povos Indígenas**. Disponível em: http://www.anai.org.br/povos_ba.asp. Acesso em 10 de julho de 2017.

ATLAS DIGITAL DO BRASIL. In Folha web: Disponível em: <http://folhabv.com.br/noticia/83-2--dos-indigenas-vivem-em-Roraima--diz-IBGE/17782>, 2016.

BAZTÁN, Ángel Aguirre. **Etnografía: Metodología cualitativa em la investigación sociocultural** - Cap. Ética, ética Y transferencia. 1ª edição. Barcelona, Espanha: Marcombo, 1995. (p. 85-86)

BATISTA, Marianna & ZANELLO, Valeska. **Saúde Mental em Contextos Indígenas no Território Brasileiro: Produção Bibliográfica e Reflexões Epistemológicas**. Novas edições acadêmicas, 2017.

BENITES, Tonico. **Os antropólogos indígenas: desafios e perspectivas**. Novos Debates: Fórum de Debates em Antropologia, v. 2, n. 1: 244-251, 2015.

BOCCHINI, Lino. **Davi kopenawa Yanomami pouco conhecido em seu próprio país, ele é a mais respeitada liderança indígena brasileira**. ENTREVISTA, Revista Trip, Boa Vista – RR, 2012 em: <http://revistatrip.uol.com.br/revista/212/paginas-negras/davi-kopenawa-yanomami.html#10>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília: Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM Nº 2.759, de 25 de outubro de 2007**: Estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas e cria o Comitê Gestor. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 26 out. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Especial de Saúde Indígena. Departamento de Atenção à Saúde Indígena. **Documento Orientador sobre a gestão da Atenção Psicossocial nos DSEI**. Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretária Especial de Saúde Indígena**. Departamento de Atenção à Saúde Indígena - Programa de Saúde Mental Indígena. **Agenda estratégica de ações de prevenção do suicídio em populações indígenas (2017 – 2018)**, Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Portal da Saúde. **Secretária Especial de Saúde Indígena: Conheça o DSEI**. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/sesai>. Acesso em 10 de janeiro de 2018. CAMPO, ARÁUZ, Lorena & APARICIO, Miguel (orgs.). **Etnografías del suicidio en América del Sur**. Quito: Abya-Yala. 2017. 311p.

CASTRO, Eduardo Viveros. **Os pronomes cosmológicos e o perspectivismo ameríndio.** MANA 2 (2):115-144, 1996.

CASTRO, Eduardo Viveros. **O nativo relativo.** *Mana*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 113-148, abr. 2002.

CHIAVERINI, Dulce Helena (org). **Guia prático de matriciamento em saúde.** Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, Brasília- DF 2011.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE/CIB. Resolução CIB: **Proposta da Rede de Atenção Psicossocial/RAPS-Roraima.** Resolução publicada no Doe/RR nº 2171 de 03/12/2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Senhoras e senhores gestores da Saúde, como a Psicologia pode contribuir para o avanço do SUS.** 1ª Edição, Brasília-DF, 2011.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA/RS - **Psicologia e povos indígenas: reflexões, desafios e possibilidades.** Por: Comissão de Direitos Humanos do CRPRS, 2009.

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

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA/SP. **Povos indígenas e Psicologia: a procura do Bem Viver.** Conselho Regional de Psicologia de São Paulo: CRPSP, 2016.

CRUZ, Felipe Sotto Maior. **‘Quando a terra sair’ os índios Tuxá de Rodelas e a barragem de Itaparica: memórias do desterro, memórias da resistência.** Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Antropologia Social pela Universidade Federal de Brasília – UNB, 2017.

CRUZ, Felipe Sotto Maior. **Indígenas Antropólogos e o Espetáculo da Alteridade.** In REVISTA DE ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE AS AMÉRICAS VOL.11 Nº 2, 2017.

ERICKSON, Paul A. & MURPHY, Liam D. **História da Teoria Antropológica.** Trad. Marcus Penchel Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

FERREIRA, Luciane Oriques. **A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.20, n.1, jan.-mar. 2013, p.203-219.

FERREIRA, Luciane Oriques. **Interculturalidade e Saúde Indígena no contexto das políticas públicas brasileiras.** In Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina, por LANGDON, Esther Jean (org), 2015.

FERREIRA, Luciane Oriques. **Jurupari ou “visagens”: reflexões sobre os descompassos interpretativos existentes entre os pontos de vista psiquiátrico e indígenas.** Mediações, Londrina, v. 16, n.2, p. 249-265, Jul./Dez. 2011.

FOLLÉR, Maj-lis. **Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde.** In: LANGDON, E. J. & GARNELO, L. (orgs.). Saúde dos povos

indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Associação Brasileira de Antropologia, 2004.

GREENE, Shane. ____ 1998. **The Shaman's Needle: Development, Shamanic Agency, and Intermediality in Aguaruna Lands, Peru**. American Ethnologist, Vol. 25, No. 4, pp. 634-658.

GUARESCHI, N. M.F & REIS, Carolina. **Encontros e desencontros entre Psicologia e Política: formando, deformando e transformando profissionais de saúde**. Psicol. cienc. prof. vol.30 no.4 Brasília Dec. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

GUIMARÃES, Silva Danilo. **A psicologia e a questão indígena no Brasil**. In: Povos indígenas e psicologia: a procura do bem viver. Conselho Regional de Psicologia-SP – São Paulo: CRP, SP, 2016.

HARTMAN, Luciana. **As narrativas Pessoais e a constituição dos contadores de Causos como Sujeitos**. In Donos da palavra: Autoria, Performance e Experiência em narrativas orais na América do Sul. Santa Maria: Ed. Da UFSM, 2007, p. 95-129.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Os indígenas e o Senso demográfico**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf. Acesso em 10 de maio de 2016.

INSTITUTOSOCIOAMBIENTAL. **Mapa Região de Auaris**. Disponível em: <https://www.socioambiental.org/pt-br/noticias-socioambientais/yekwana-discutem-propostas-para-melhorar-suas-condicoes-de-vida-em-auaris-rr>. Acesso em 08 de outubro de 2017.

KOFES, Suely. Narrativas biográficas: que tipo de antropologia isso pode ser? In: Kofes, Suely. MANICA, Daniela (org). **Vida e grafias: narrativas antropológicas, entre biografia e etnografia** – 1 ed. Rio de Janeiro: Lamparina e FAPERJ, 2015.

LANGDON, E. Jean. & CARDOSO, Marina D. (org). **Saúde Indígena: Políticas comparadas na América Latina**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2015.

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

LEVCOVITZ, Sergio. **Kandire: O Praíso Terreal – O suicídio entre índios guaranis do Brasil**. Te Corá Editora. Belo Horizonte-MG, 1998.

LUCIANO, Gersem José dos Santos. **O Antropólogo indígena**. Novos Debates: Fórum de Debates em Antropologia, v. 2, n. 1: 244-251, 2015.

MENDONÇA, Sofia – **Relação médico-paciente: valorizando os aspectos culturais e a medicina tradicional** in Manual de Atenção à Saúde da Criança Indígena Brasileira, FUNASA, Brasília, 2004.

MAPA POLÍTICO DO ESTADO DE RORAIMA. Disponível em: http://www.senado.gov.br/comissoes/cre/ap/AP_20071121_EstruturaAgrariaRoraima.pdf. Acesso em 01 de agosto de 2018.

MENÉNDEZ, Eduardo L. **Modelo de Atenção dos padecimentos: exclusões ideológicas e articulações práticas**. In: Sujeitos, Saberes e Estruturas: Uma introdução ao enfoque relacional no estudo da Saúde Coletiva, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Centro de Atenção Psicossocial**. Portal Saúde, 2017. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/acoes-e-programas-saude-mental/centro-de-atencao-psicossocial-caps>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNASA. **Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

MUNDURUKU, Daniel. In: Revista Ciência e Vida – Psique. Ano II nº **Aldeia Global - Profissionais da Saúde Mental chegam as Tribos Indígenas**. PSIQUE, 2008.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso. **O Trabalho do antropólogo**. 2ª edição – São Paulo: Editora UNESP, 2000.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso. **Sobre o pensamento antropológico**. 3ª edição - Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

ORTNER, Sherry. **Poder e projetos. Reflexões sobre a agência**. Reunião Brasileira de Antropologia – Blumenau: Nova Letra, 2007.

SUESS, Paulo. **Elementos para a busca do Bem Viver (Sumak Kawsay) para todos e sempre**, 2010.

Disponível em: <http://www.cimi.org.br/site/ptbr/?system=news&action=read&id=5166>.

PELLEGRINI, Marcos. **As equipes de saúde diante das comunidades indígenas: reflexões sobre o papel do antropólogo nos serviços de atenção à saúde indígena**. In. Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. 2004.
Marcos Pellegrini

PELLEGRINI, Marcos. **Discursos dialógicos: Intertextualidade e ação política na performance e autobiografia de um intérprete yanomami no Conselho Distrital de Saúde**. 2008. Tese de doutorado do Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

PRATT, Mary Louise, **Criticism in the Contact Zone: Decentering Community and Nation**, In: M. BELL Steven, LE MAY Albert, ORR Leonard, Critical Theory, Cultural Politics and Latin American Narratives, Notre Dame: University of Notre Dame Press, 1993.

RAMOS, Alcida Rita. **Indigenismo: um Orientalismo Americano**. *Anuário Antropológico* [Online], I | 2012.

REZENDE, Claudia Barcellos (org). **Antropologia das Emoções**. 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

SAÉZ, Oscar Calavia. **Autobiografia e sujeito histórico indígena**. Novos estudos, n 76, CEBRAP, 2006.

SALOMÃO, R. D. B. *Etnicidade, territorialidade e ritual entre os Tuxá de Rodelas*. Dissertação (Mestrado) em Antropologia Social, Universidade Federal Fluminense, 2006.

SAMPIERI, Roberto Hernández (org). **Metodologia de Pesquisa**. 3ª edição. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

STOCK, Bianca Sordi. **A alegria é a prova dos nove**: O devir-ameríndio no encontro com o urbano e a psicologia. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL, Porto Alegre, 2010.

STOCK, Bianca Sordi. **Os Povos Indígenas e a Política de Saúde Mental no Brasil**: composição simétrica de saberes para a construção do presente. UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS, São Leopoldo/RS, 2009. Cadernos IHU ideias: ano 9 · nº 145 · 2011 · ISSN 1679-0316.

TURNER, Victor. **Social dramas and stories about them**. In: On narrative. W. J. T. Mitchel (Org). Chicago, University of Chicago Press, 1981, pp.137-164.

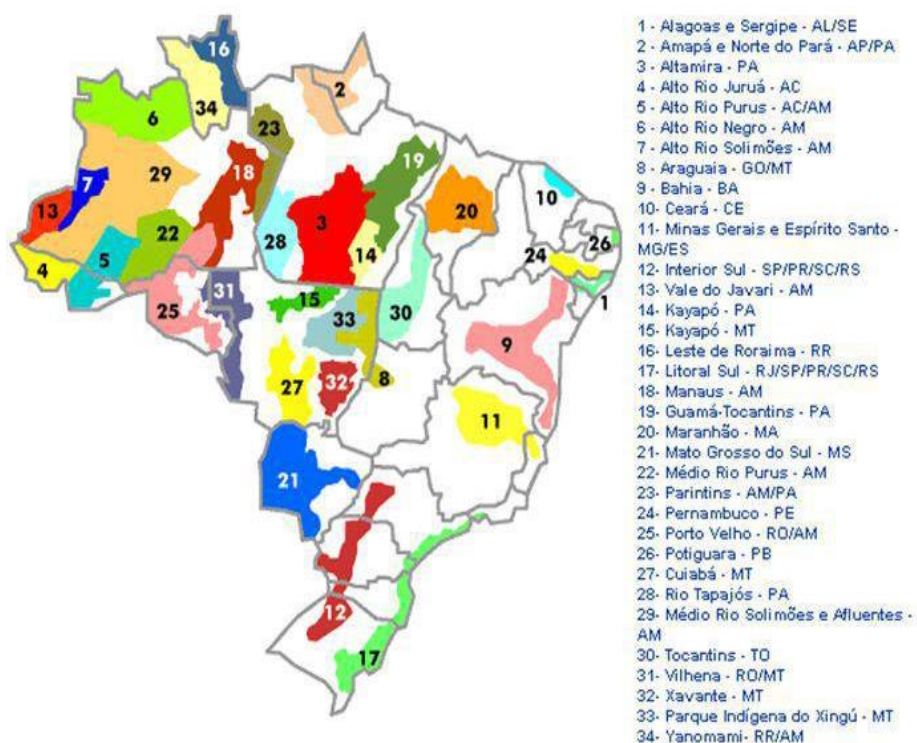
VIEIRA, Edilaise Santos. "Indígenas em contexto acadêmico: qual a dinâmica desse novo enlace?". UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE, Governador Valadares-MG, 2011.

VIEIRA, Élton Fábio, Santos. **Povo Tuxá Aldeia Mãe: impactos geoambientais e culturais decorrente da implementação da barragem de Itaparica**. Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, 2016.

ANEXOS

ANEXO – 1

MAPA DA DISTRIBUIÇÃO DOS 34 DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS DO BRASIL



Fonte: <http://www.funasa.gov.br>

ANEXO – 2

MODELO CARTA DE APRESENTAÇÃO PARA OS DISTRITOS LESTE E YANOMAMI

Boa Vista, 24 de agosto de 2017.

Ofício 001/2017 – PPGANTS

Ao
Coordenador Geral do Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami
Sr. Rousicler de Jesus Oliveira
Nesta

Prezado coordenador,

Ao cumprimentá-lo, apresentamos a aluna **Edilaise Santos Vieira**, regularmente matriculada no Programa de Pós-graduação de Antropologia Social (PPGANTS), da Universidade Federal de Roraima (UFRR) que atualmente encontra-se realizando uma pesquisa sobre *Os Desafios da Política de Atenção a Saúde Mental Indígena em Roraima: um estudo antropológico sobre as praticas dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas - Leste e Yanomami*. Tal pesquisa reveste-se de grande relevância acadêmica, social e contribuirá com as escassas produções e análises da política de Saúde Mental Indígena (*Portaria de nº 2759/2007 – Ministério da Saúde*), e ainda, visa ser colaborativa ao *Convênio de Estágio nº 026/2013* e o *Acordo de Cooperação Técnica nº01/2014* acertado entre a UFRR e o DISEI- Y. Assim sendo, gostaríamos de solicitar o apoio desta instituição para a realização da pesquisa que se destina a entrevistar profissionais de saúde indígena que atuam diretamente na execução da referente política no DISEI Yanomami.

Atenciosamente

Elaine Moreira
Orientadora da pesquisa

Carlos Alberto Marinho Cirino
Vice-coordenador do PPGANTS

ANEXO – 3

ROTEIRO COM PERGUNTAS NORTEADORAS PARA ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS DA SAÚDE INDÍGENA

Introdução:

1. Orientações sobre a pesquisa e assinatura do termo de consentimento
2. Apresentação do Entrevistado (Nome e função no DSEI)

Perguntas para o dialogo:

1. Há quanto tempo você trabalha com Saúde Indígena?
2. Quais as motivações que te levaram a trabalhar com as populações indígenas?
3. Quais as suas atribuições como ____?
4. Você encontra barreiras para exercer a sua atividade? - Analisar e refletir as perspectivas:
 - 4.1 Relação com os indígenas (aspectos: Convivência, cultural, linguístico, geográfico, concepções de saúde e doença, entre outros);
 - 4.2 Relação com os demais profissionais (EMSI)
 - 4.3 Formação acadêmica (graduação e qualificações para o trabalho com saúde indígena);
 - 4.4 Relação com a gestão;
 - 4.5 Relação com a Rede de apoio: FUNAI, organizações indígenas, Município, Estado;
5. Quais as demandas “Psicossociais” que as populações indígenas apresentam em sua opinião?
6. Você conhece a Política de Atenção a Saúde Mental Indígena (portaria nº 2.759/2007);
 - 6.1 Quais as ações que caracterizam a execução da política?
 - 6.2 Quem são os atores envolvidos para a efetividade da mesma?
7. Outras perguntas que surgiram durante o dialogo...

ANEXO – 4

ROTEIRO COM PERGUNTAS NORTEADORAS PARA ENTREVISTA COM O PSIQUIATRA RINO BOVINI

Introdução:

1. Orientações sobre a pesquisa e assinatura do termo de consentimento
2. Apresentação do Pesquisador e do Entrevistado

Perguntas para o dialogo:

1. Qual a sua Formação – Engajamento Social – Fontes de atuação
2. Quando começou a exercer a sua profissão fazendo dialogo com as populações indígenas?
3. Na sua opinião, quais são as demandas “Psicossociais” que as populações indígenas apresentam?
4. Qual o diferencial que um profissional da saúde, atuando na Perspectiva de Saúde Mental em contexto Indígena, deve apresentar?
5. Contem-me um pouco da sua atuação e um caso especial da sua vivência com populações indígenas?
6. O que te movimentou a pensar tratativas de cuidados para os povos indígenas de Roraima?
7. Outras perguntas que surgirem durante o dialogo...

ANEXO – 5

ROTEIRO COM PERGUNTAS NORTEADORAS PARA ENTREVISTA COM UMA PROFISSIONAL DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE RORAIMA

Introdução:

1. Orientações sobre a pesquisa e assinatura do termo de consentimento
2. Apresentação do Pesquisador e do Entrevistado

Perguntas para o dialogo:

1. Qual a sua Formação – Engajamento Social – Fontes de atuação
2. O que é a RAPS e como ela se estrutura em Roraima?
3. Como se dá o funcionamento da RAPS?
4. Como a RAPS oferta serviços para as populações indígenas do estado?
5. Quais atores estão envolvidos? (citar: DSEI, FUNAI, instituições indígenas, entre outros).
6. Quais os principais desafios para a efetividade da Rede?
7. Em sua opinião quais são as demandas psicossociais apresentadas pelas populações indígenas?
8. Qual diferencial um profissional da saúde, atuando na Perspectiva de Saúde Mental em contexto Indígena, deve apresentar?
9. Contem-me um pouco da sua atuação e um caso especial da sua vivência com populações indígenas?
10. Outras perguntas que surgirem durante o dialogo...