

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e12.c06>

NADA SOBRE NÓS, SEM QUE NOS OUÇAM: REFLEXÕES E APRENDIZADOS SOBRE A SAÚDE MENTAL DO INDÍGENA

Patricia Samu Ferreira Batista^I

ORCID: 0000-0001-7650-764X

Eloisa de Lacerda^{II}

ORCID: 0000-0002-3707-9248

Vanessa Luiza Tuono Jardim^{III}

ORCID: 0000-0003-4888-9585

Luciana Maria Mazon^{III}

ORCID: 0000-0002-6380-2233

^ISecretaria do Estado da Saúde.
Joinville, Santa Catarina, Brasil.

^{II}Secretaria Municipal de Saúde e
Saneamento de Balneário Barra do Sul.
Balneário Barra do Sul, Santa Catarina, Brasil.

^{III}Instituto Federal de Educação,
Ciência e Tecnologia de Santa Catarina.
Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Autora Correspondente:

 Patrícia Samu Ferreira Batista
pat.samu@hotmail.com

Como citar:

 Batista PSF, Lacerda E, Jardim VLT, Mazon LM. Nada sobre nós, sem que nos ouçam: reflexões e aprendizados sobre a saúde mental do indígena. In: Souza ES, Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade: volume 2. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 46-54 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e12.c06>

 Revisora: Suélen dos Santos Saraiva.
Instituto Federal de Educação Ciência
e Tecnologia de Santa Catarina.
Florianópolis, Santa Catarina, Brasil

INTRODUÇÃO

A população brasileira é constituída por 760.350 indígenas de 311 etnias, distribuídos em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) ⁽¹⁾. Dentre os DSEI, o Interior Sul, cenário deste estudo, tem uma área de 153.577,94 km², com uma população de 42.518 indígenas de 16 etnias, localizado no estado de Santa Catarina ⁽¹⁾.

Os DSEI são as Unidades Gestoras descentralizadas do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, divididos com base na ocupação geográfica das comunidades, sem limite entre os estados. Além disso, é um espaço etnocultural dinâmico que contempla um conjunto de atividades qualificadas de assistência, como as Unidades Básicas de Saúde Indígenas (UBSI), Polos Base (PB) e as Casas de Saúde Indígena (CASAI) ⁽²⁾.

Os DSEI tiveram sua implantação formalizada com a Lei nº 9.836/1999, conhecida como Lei Arouca, que acrescentou o Capítulo V à Lei nº 8.080/1990, constituindo, assim, o subsistema de atenção à saúde indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ⁽³⁾.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas reitera que o DSEI é o modelo que permite o acesso à atenção integral à saúde e o respeito às diversidades ⁽²⁾.

Ainda que se reconheçam os avanços decorrentes destas políticas, para a garantia da universalidade do acesso dos povos indígenas aos serviços de saúde, estudos apontam grandes limites para a concretização de seus princípios e diretrizes.

As fragilidades incluem rotatividade de profissionais com descontinuidade do cuidado, práticas sanitárias tecnicistas centradas em ações paliativas e emergenciais, desrespeito às práticas culturais indígenas que impedem o estabelecimento de diálogos interculturais, além de estratégias ineficazes que limitam a participação indígena na formulação, planejamento e avaliação das ações em saúde ⁽⁴⁻⁷⁾.



Essas fragilidades refletem-se nas condições de saúde da população indígena brasileira. A exemplo, cita-se a taxa de mortalidade infantil (TMI), considerada um dos principais indicadores de saúde. Seu valor na população indígena era de 30,2 óbitos por 1.000 nascidos vivos em 2017, valor 2,25 vezes maior que a TMI do Brasil para o mesmo ano⁽¹⁾.

Citam-se ainda as doenças parasitárias e infecto contagiosas, como a COVID-19, com elevada morbimortalidade⁽⁸⁾. Esses agravos subsistem junto às doenças crônicas não transmissíveis, com destaque para os problemas psicossociais, tais como transtornos mentais, dependência química (álcool e outras drogas), uso abusivo e inadequado de medicamentos psicotrópicos, suicídio e violência⁽⁹⁾.

Neste contexto, o estado de Santa Catarina, a partir da Portaria nº 2, de setembro de 2017⁽¹⁰⁾, lançou as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Mental Indígena, alinhada à Política Nacional de Saúde Mental. Esta política é organizada em uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que propõe atendimento plural e integral, em diferentes graus de complexidade. Desde a instituição da RAPS, os indígenas devem ser incluídos nesta rede como prioritários ao atendimento, por conta de sua vulnerabilidade⁽¹¹⁾, situação que se difunde pelo campo sociocultural, territorial e político⁽¹²⁾.

O termo saúde mental, comumente utilizado no campo biomédico ocidental, não está inserido na cosmologia dos povos indígenas, já que o entendimento de saúde tradicional possui uma realidade simbólica que está intimamente ligada à natureza e à dimensão espiritual⁽¹³⁾.

Essa concepção de saúde doença requer dos profissionais sensibilidade e atuação capacitada para o diálogo intercultural, de forma que a atenção à saúde indígena deve ser constituída em harmonia com os princípios e diretrizes do sistema de saúde⁽¹⁴⁾.

É no território que o saber fazer e o saber ser das equipes de saúde é estabelecido. A presença do enfermeiro, na maioria das vezes sempre à frente da equipe, retrata seu trabalho nos territórios indígenas como desafiador e, por vezes, solitário⁽¹⁴⁾. O lócus da prática profissional da enfermagem se dá em um contexto intercultural, que exige do enfermeiro não apenas habilidade técnica e capacidade para atuar em equipe, mas o conhecimento daquele povo com que se trabalha, de modo a permitir que a prática ocorra de forma dialógica e respeitosa, culturalmente adequados às suas tradições⁽¹⁵⁾.

Neste contexto, este trabalho é um relato de experiência da aproximação dos profissionais de saúde da RAPS com a população indígena de uma aldeia localizada no DSEI Interior Sul. Este diálogo permitiu reflexões importantes acerca da RAPS e o cuidado em saúde dos povos indígenas.

CARACTERIZAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DA REGIÃO NORDESTE DE SANTA CATARINA

A população indígena em Santa Catarina é composta por 18.213 habitantes, sendo 9.227 com localização dos domicílios em terras indígenas e 8.986 em domicílios fora dessas terras⁽¹⁷⁾.

A região Nordeste de Santa Catarina é uma das 08 regiões do estado; nela, temos 10 aldeias indígenas, distribuídas em quatro municípios: Araquari (aldeia Yvapura, Tarumã BR, Tarumã Mirim, Jabuticabeira, Tiaraju e Pindoty), Balneário Barra do Sul (aldeia Conquista), Garuva (aldeia YyaKanPora) e São Francisco do Sul (aldeia Reta e Morro Alto). A população total é de 573 indígenas⁽¹⁸⁾.

As ações de Atenção Primária à Saúde indígena e de saneamento básico são realizadas nas terras e territórios onde vivem os povos indígenas e são desenvolvidas respeitando os saberes e as práticas tradicionais de saúde, mediante a organização da rede de atenção integral, hierarquizada e articulada com o SUS⁽¹⁶⁾.

Os serviços de saúde prestados aos indígenas desta região são realizados por uma Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (EMSI), vinculada ao PB Araquari e ao DSEI Interior Sul. A equipe conta com Agentes Indígenas de Saúde (AIS) que facilitam a interlocução com os outros profissionais, bem como prestam serviços de Atenção Primária à Saúde. Essa participação é relevante, devido à diversidade de línguas faladas pelos indígenas.

O PB é uma subdivisão territorial do DSEI, sendo base para as EMSI organizarem, tecnicamente e administrativamente, a atenção à saúde de uma população indígena adscrita. As demandas que não forem atendidas



no grau de resolutividade dos PB deverão ser referenciadas para a rede de serviços do SUS, de acordo com a realidade de cada DSEI. Essa rede já tem sua localização geográfica definida e está articulada e incentivada a atender os índios, levando em consideração a realidade socioeconômica e a cultura de cada povo, por intermédio de diferenciação de financiamento ⁽²⁾.

Com o objetivo de garantir o acesso à atenção de média e alta complexidades, são definidos procedimentos de referência, contrarreferência e incentivo a unidades de saúde pela oferta de serviços diferenciados, com influência sobre o processo de recuperação e cura dos pacientes indígenas (como os relativos a restrições/prescrições alimentares, acompanhamento por parentes e/ou intérprete, visita de terapeutas tradicionais, instalação de redes, entre outros), quando considerados necessários pelos próprios usuários e negociados com o prestador de serviço ⁽²⁾.

Contudo, ressalta-se que as secretarias municipais de saúde também atendem às demandas de saúde da população das aldeias de acordo com a complexidade, como atendimentos de urgência/emergência e atendimentos de média e alta complexidade. O PB, nesses casos, também assume papel de articulador e interlocutor com o município e com a estrutura estadual na região em que a aldeia está situada ⁽²⁾.

POVOS INDÍGENAS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Em consonância com a Portaria de Consolidação nº 3, publicada em 2018, que trata da consolidação das normas sobre as redes do SUS, no art. 1º, fica instituída a RAPS, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS ⁽¹⁹⁾.

Diante desta questão, em âmbito regional, foi criado espaço para discussão dos pontos de atenção à saúde, com ênfase no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico: a Câmara Técnica (CT) da RAPS da 22ª Regional de Saúde. Atualmente, a 22ª Regional de Saúde é denominada Coordenadoria Macrorregional de Saúde - Joinville. Esse espaço de discussão possui regimento interno próprio, com caráter consultivo e propositivo. Em encontros mensais, os técnicos, nomeados pelos secretários municipais e com representatividade de cada município da Região Nordeste, dispõem de momentos dedicados a assuntos pertinentes à RAPS, articulando-se coletivamente para seu desenvolvimento, fortalecimento e manutenção. As discussões pautam questões no campo da saúde mental da região, bem como das especificidades da rede de atenção à saúde mental dos municípios.

Reitera-se o caráter multidisciplinar e heterogêneo dos profissionais que compõem a RAPS, o que atribui à CT a qualidade de uma produção voltada para a integralidade do cuidado em saúde mental.

Neste ponto, partindo de uma complementaridade entre expertises, o profissional da enfermagem se apresenta como agente da prática multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar com responsabilidade, autonomia e liberdade ⁽²⁰⁾.

A CT da RAPS desta região de saúde é coordenada por profissional enfermeiro, cujas ações visam ao planejamento e implementação de estratégias para melhoria da condição de saúde da população. Neste cenário, são realizadas mediações dos diálogos que compõem a prática multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar do cuidado em saúde mental.

No ano de 2019, considerando a necessidade de se apropriar das necessidades de saúde loco regionais, este grupo realizou reuniões itinerantes, estando nos territórios que os técnicos representam. As reuniões seguiram a periodicidade mensal, e, a cada encontro, o grupo esteve em diferentes municípios de abrangência da regional. O município eleito para sediar as reuniões era de escolha voluntária pelo profissional, que representava o ponto de atenção. O deslocamento para os territórios municipais foi importante para que a CT da RAPS e a Coordenadoria Macrorregional de Saúde (Joinville) pudessem realizar diagnóstico situacional da região e traçar estratégias para apoio técnico institucional aos municípios.

Assim, entre os diversos municípios e pontos de atenção da rede, destaca-se neste relato a visita (e seus desdobramentos) ao PB, representando a atenção básica e saúde indígena da região. Saliencia-se que, embora



houvesse representação de profissional pela saúde indígena no grupo da CT (enfermeira do PB), esse cenário ainda era desconhecido para a maioria dos profissionais. Portanto, foi necessária a aproximação a esta comunidade, por meio da equipe multiprofissional de saúde indígena, para o planejamento e efetivação das ações.

A EXPERIÊNCIA DA CÂMARA TÉCNICA DE REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE SANTA CATARINA NA SAÚDE MENTAL INDÍGENA

O relato de experiência a seguir envolve as temáticas de saúde mental na população indígena, sob o olhar da CT-RAPS na Região Nordeste de Santa Catarina. Os atores envolvidos são os técnicos de saúde da CT-RAPS regional, os moradores da aldeia, mediados pelos técnicos de um PB.

A proposta era iniciar a discussão referente à realidade indígena em relação à cultura, ao lidar com a saúde mental e começar a entender os fluxos e acesso da comunidade indígena nos serviços de saúde que demandam atendimento nesta área. O grupo de técnicos da RAPS tinha o objetivo de ouvir a demanda da comunidade indígena no que tange à saúde mental.

A primeira ação foi uma reunião técnica na casa de reza da aldeia (Opy). O ambiente estava organizado para a reunião com cadeiras em formato de círculo. A fala foi iniciada pelo cacique e cada participante se apresentou de forma sucinta. Os membros da aldeia se mostravam tímidos, porém todos apresentavam fala clara e bem articulada. Em alguns momentos, comunicavam-se entre si, em idioma próprio, sem entendimento do grupo de técnicos da RAPS.

Em uma demonstração afetuosa de honraria e boas-vindas, o coral da aldeia realizou uma breve apresentação artística aos participantes do encontro.

Após a apresentação, o cacique deu continuidade, explicando e caracterizando a aldeia. Em cerca de 2.500 hectares de extensão, convivem, plantam e distribuem cerca de quarenta pessoas, entre homens, mulheres e crianças de 11 famílias.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), *“Saúde mental refere-se a um bem-estar no qual o indivíduo desenvolve suas habilidades pessoais, consegue lidar com os estresses da vida, trabalha de forma produtiva e encontra-se apto a dar sua contribuição para sua comunidade”* ⁽²¹⁾.

Ao tratar deste tão amplo tema com a comunidade indígena, diversos tópicos permearam a conversa, ampliando a visão quanto às demandas e ao significado de saúde para esta população, a importância do território e das terras, as questões de espiritualidade e a interação da alimentação e saúde mental.

TERRITÓRIO E TERRAS

A cultura do povo indígena foi descrita pelo cacique e ouvida pelos membros da RAPS. O respeito à terra, algo marcante nas falas, é algo diferente do que o grupo da RAPS já tinha vivenciado. A cultura original deste povo está intimamente ligada à terra e suas conexões, o sentimento de pertencimento ao território. Foi mencionado pelo cacique que a demarcação física está em processo, no momento com portaria suspensa pelo Tribunal Superior Federal (TSF 4).

Os profissionais que lidam com comunidades em sua diversidade cultural precisam entender valores e aspectos culturais ao planejar ações de cuidado, promoção à saúde ou prevenção de agravos.

A população indígena enfrenta situações mais variadas possíveis, tais como risco de extinção física e cultural, expropriação de seu território e ameaça a seus saberes, sistemas econômicos e organização social. Essas situações, geradas pelas mudanças na sociedade e pela sua relação mais próxima com a população não indígena, trazem profundas repercussões no campo da saúde e no trabalho das equipes de saúde, incluindo os enfermeiros.

Segundo Silva ⁽²²⁾, para a atuação do enfermeiro em saúde indígena, é essencial a compreensão do processo saúde-doença de forma ampliada, incluindo o aspecto étnico-cultural, além da busca de atualização e novos conhecimentos.



A relação com a terra e território é fonte de sofrimento, uma vez que a lógica da produtividade vigente ameaça e impossibilita o indígena de viver sua relação com a terra, a qual é identitária. A ameaça é constante, em formato de políticas públicas; sob tal perspectiva, o índio no Brasil vive em um sofrimento persistente quanto à sua identidade.

Entender a importância do território e das políticas de demarcação de terra e pertencimento está intimamente ligado aos aspectos de saúde física e mental, especialmente a esta população.

ESPIRITUALIDADE

A explicação dada pela tribo sobre espiritualidade é difícil de ser reproduzida no papel, devido à riqueza dos detalhes que foram mencionados.

Ressaltamos uma fala, “há contato direto com a espiritualidade”, pois tudo é consultado, é pensado antes de tomar atitudes, busca-se o melhor caminho para determinado problema.

As questões são coletivas. As tradições são levadas de geração a geração, com entendimento diferenciado acerca do respeito à sabedoria do membro mais velho da aldeia.

A cultura, os hábitos e o estilo de vida possuem características próprias e necessitam ser respeitadas por quem possui entendimento diferenciado.

Ressalta-se que trabalhar com o conhecimento tradicional, como as plantas medicinais e a inclusão de aspectos da espiritualidade, pode contribuir para a eficácia das ações de saúde e da enfermagem, estreitando a relação com os indígenas que devem ser valorizados na prática de atenção à saúde ⁽²¹⁾.

ALIMENTAÇÃO

As lideranças da aldeia explicaram especificamente sobre a influência da alimentação na vida do indígena, bem como a interferência desta na questão da espiritualidade.

Os indígenas guardam na natureza suas lembranças, suas vivências, onde a terra é um espaço e tempo que se constitui na história de cada aldeia, seja nos rituais, medicina tradicional/cultural, nos mitos, entre outros.

Nas falas das lideranças indígenas, ficou entendido que as etnias indígenas viveram e vivem em equilíbrio com o ecossistema, porém este é quebrado a partir das influências do “homem branco”.

A colonização, expansão capitalista e exploração desordenada prejudicam as riquezas do solo, florestas e rios, trazendo aos indígenas sofrimento. Ficou a ideia de “mundo natural” como uma rede de inter-relações entre todos. É estabelecida uma relação com a natureza, em que o respeito com a Terra é pautado de forma recíproca, ou seja, retira-se o sustento e os alimentos necessários para a sobrevivência, mas, ao mesmo tempo, mantém com o meio ambiente uma relação harmoniosa e de equilíbrio, fazendo com que a ação não seja apenas de exploração.

Frente a essa temática, um aspecto delicado da relação de cuidados em saúde emergiu. Relatou-se que, em internações de indígenas nos serviços de saúde da região, a obrigatoriedade do consumo dos alimentos servidos impactava com preferências e restrições culturais. Infelizmente, os indígenas eram coagidos a consumir o que era oferecido, para que, então, pudessem receber a alta e autorização de retorno à aldeia.

Neste relato, percebe-se como a atenção em saúde, que não leva em conta aspectos sociais e culturais, pode gerar sofrimento psíquico e agravos de forma geral.

Exemplificando a relação entre alimentação, espiritualidade e saúde mental, quando se iniciou a discussão sobre gestantes e trabalho de parto, ficou evidente a resistência dos indígenas em levar as mulheres para a maternidade. O trabalho de parto, preferencialmente, ocorre em domicílios e com auxílio de parteira indígena, respeitando a configuração cultural do parto tradicional. Em casos de necessidade e complicações, conforme encaminhamento médico, são realizadas internações para o parto nas maternidades de referência de cada terra indígena. A mulher no puerpério, segundo a tradição e crença indígena, não pode consumir carne de



aves. Segundo relatado, a interação das células da ave com o organismo da puérpera gera influência dos maus espíritos, que levam à “loucura” ou ao adoecimento psíquico.

Neste relato, fica claro o quão necessário é ouvir e entender a cultura desta população, ao se pensar e planejar a saúde.

SAÚDE MENTAL

Um dos membros da equipe abordou diretamente a questão da saúde mental dos indígenas no que tange ao aumento de número de suicídios e elevado índice de alcoolismo.

O cacique e os membros da aldeia explicaram que o elevado índice se refere a generalização em âmbito nacional, totalizando todas as etnias existentes no Brasil.

Relatou-se que nos últimos três anos e meio, sob a gestão de uma enfermeira no PB, houve apenas um caso de tentativa de suicídio, e a indígena faz acompanhamento no Serviço de saúde mental do município onde está situada a aldeia.

Em levantamento posterior a essa reunião, ratificou-se a informação, pois não foi encontrado registro de óbito por suicídio em população indígena residente neste município desde o ano de 2012.

As lideranças explicitaram em suas falas que a determinação social da saúde do indígena e, especificamente, a saúde mental estão no direito de exercer sua cultura de forma plena, livre de preconceitos e imposições culturais. Os aspectos espirituais e territoriais são primordiais. O modelo de “sociedade branca” inviabiliza, historicamente, o direito desta etnia de exercer sua cultura. Ou seja, o modelo de “sociedade branca” é fator de adoecimento do indígena. Saúde mental e espiritualidade é amálgama e não podem ser dissociados em sua cultura.

ENCAMINHAMENTO DA CÂMARA TÉCNICA DE REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Com a identificação ampliada das demandas e solicitações identificadas nesta primeira escuta, foram organizadas outras reuniões com grupos de trabalho menores.

Uma das demandas encaminhada, após essa primeira aproximação, foi a adequação dos cardápios dos hospitais e maternidades de referência indígena na região, para evitar os constrangimentos e sofrimento psíquicos gerados pela imposição da alimentação.

Foi acordado pelo grupo que seria elaborado material que pudesse nortear a conversa com as nutricionistas dos hospitais da região. Os indígenas produziram documento que descrevia o que era considerado mais adequado para a alimentação deste povo enquanto estavam em ambiente hospitalar. O documento foi elaborado em aula com o grupo de mulheres que compõem o Projeto no formato de Educação de Jovens e Adultos, que está implementado na aldeia.

O documento elaborado previa separação por fases da vida dos indígenas, como mulheres no puerpério e pais que acompanham as mulheres, meninas durante e após a primeira menstruação, crianças de 0 a 1 ano e outras observações.

Em momento posterior, as nutricionistas foram convidadas para reunião técnica com representantes da CT, da saúde indígena, do povo indígena e nutricionistas responsáveis por cada hospital. Houve receptividade ao trabalho conjunto, e o tema foi discutido de forma afetuosa. Foi relatado que não havia conhecimento sobre como a alimentação poderia afetar a vida do povo indígena. As nutricionistas saíram da reunião, com a proposta de elaborar material para discussão com o grupo posteriormente, porque precisariam adequar a necessidade do povo indígena com as possibilidades de alimentos que possuem nos hospitais.

Em outros encontros virtuais, em virtude da pandemia, foram feitos ajustes necessários e cada serviço de nutrição elaborou documento específico para a institucionalização da dieta para os indígenas quando estiverem em ambiente de internação hospitalar.



Outros aspectos receberam a atenção direta da equipe multiprofissional e da equipe de escuta da enfermagem, que está próxima à aldeia.

A pandemia de COVID-19, iniciada em meados de 2020, infelizmente impediu novas reuniões e aproximações com outras temáticas/desdobramentos, fato que trará novos desafios aos cuidados em saúde para essa população.

O grande aprendizado desta aproximação foi a evidência de que as questões de saúde, incluindo a saúde mental deste povo, é influenciada diretamente pelo que vem acontecendo no país, como ao que se refere à demarcação de terras.

Para este povo, não é uma relação financeira ou de exploração por meio da agricultura e/ou pecuária. A questão que os envolve com o território gira em torno da espiritualidade, é uma relação próxima e sagrada, como se a terra fosse a grande mãe, uma dádiva, uma parte integrante da vida em sociedade.

O profissional da enfermagem e da saúde precisa compreender e ampliar o olhar a essas questões. A definição de linhas de cuidado, compreensão e aceitação dos aspectos político/culturais se faz essencial e urgente.

O processo de enfermagem e de cuidado deve ser construído junto à população. A escuta ativa, livre de predeterminações e julgamentos com o protagonismo da população, é conceito essencial para o planejamento de ações de cuidado e saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendendo a RAPS como um conjunto de serviços vinculados entre si por objetivos comuns, com ações articuladas, cooperativas e interdependentes e que visam ofertar atenção integral e contínua a determinada população, ficou evidenciado que a constituição da rede requer mais do que a existência de serviços que atendam à população. É imprescindível o diálogo entre os dispositivos que a integram, pois a solidez da estrutura da rede está alicerçada nas relações interpessoais dialógicas ⁽²³⁾.

A partir do diálogo e da disponibilidade para escuta da população indígena, foi possível compreender o cenário e dar seguimento prático para as situações levantadas.

O saber técnico científico não é o que basta. É necessário o entendimento de aspecto político e implicação afetiva, no sentido de dar oportunidade de fala para a população indígena, chegando mais perto, relacionando-se de forma não reducionista.

O apoio e o respeito à capacidade das etnias na identificação de problemas, mobilização de recursos próprios e criação de alternativas são aspectos fundamentais a serem observados. Esses elementos fomentam o protagonismo indígena no desenvolvimento das atividades que os incluem ⁽¹⁶⁾.

As reuniões itinerantes que aconteceram na aldeia aproximou os profissionais de saúde da CT da RAPS, da cultura tradicional indígena e da concepção deste povo sobre a saúde mental. As narrativas expressaram a simbologia deste conceito, que envolve dimensões espirituais, sociais, culturais e políticas.

A causalidade do sofrimento mental deste povo abrange a vulnerabilidade política e territorial, expressa pelas medidas que dificultam a demarcação e incentivam a exploração das suas terras, como o “marco temporal”; a destruição ambiental, intimamente ligada ao processo de saúde/doença; a insegurança alimentar, presente, inclusive, nos espaços de saúde, como os ambientes hospitalares, durante o processo de tratamento de sua enfermidade; e a incompreensão e desconhecimento dos profissionais de saúde sobre a importância destes aspectos para a saúde mental deste povo.

Ouvir as culturas tradicionais deve ser a primeira medida, ao se pensar em saúde e planejar e propor qualquer ação da RAPS.

Estruturar um protocolo alimentar hospitalar, considerando as especificidades da alimentação destes povos, foi uma das demandas da comunidade indígena e uma das medidas estruturadas, pensadas para a saúde mental. Sob ótica em saúde do “homem branco”, este talvez não seria um aspecto tão relevante a ser considerado neste cenário.



A atividade de adequação dos cardápios dos hospitais e maternidade da região exigiu organização de trabalho conjunto com liderança indígena, membros da CT da RAPS e nutricionistas das instituições hospitalares. Cabe apontar que a atenção psicossocial está orientada pela prática multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar. Nesta perspectiva, o trabalho em equipe demandou ações com compromisso por parte dos(as) envolvidos(as), sendo estes: profissionais da CT RAPS, do PB, da comunidade indígena e outros representantes de instituições, como a Pastoral e professores.

O objetivo das reuniões foi reconhecer e valorizar os modelos explicativos indígenas sobre o que denominam como causa de sofrimento psíquico (alimentação inadequada na rede hospitalar).

A construção dos cardápios respeitou as opiniões e concepções desta população, visando minimizar os efeitos negativos da internação hospitalar no que tange ao sofrimento psíquico.

Ficou o registro de algumas lições em relação ao contato com o povo indígena. A relação de equilíbrio com o meio ambiente estabelecida ao longo de gerações é uma delas. É importante que possamos parar e refletir sobre o caminho da sociedade moderna (tida como desenvolvida) e voltar a ter uma relação de contemplação com a natureza e de trocas recíprocas com o meio ambiente.

No que tange à demarcação das terras, reitera-se que este é um dever do Estado com os povos indígenas. Não é simplesmente uma questão de políticas de governo, mas uma política de Estado e um dever constitucional. Sobre essa questão, ficou como compromisso dos membros da CT da RAPS tornar público, nos espaços de discussão, esse tema. Trata-se de apoio na luta pelos direitos e defesa desta etnia.

Diante do cenário e das práticas apresentadas, aponta-se a necessidade de que os Currículos dos Cursos de Enfermagem contemplem uma formação transcultural, que permita ao enfermeiro a compreensão do processo saúde-doença de forma ampliada, incluindo o aspecto étnico-cultural dos povos indígenas. Reitera-se a relevância do cuidado individual, centrado na pessoa, que requer, fundamentalmente, ouvir as necessidades para se alcançar o cuidado holístico.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Plano Distrital de Saúde Indígena: quadriênio 2020–2023 [Internet]. 2020[cited 2021 Nov 30]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 254 de janeiro de 2002. Institui a Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002[cited 2021 Nov 30]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf
3. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 9.836 de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1999[cited 2021 Nov 30]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19836.htm
4. Cardoso MD. Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual. Cad Saúde Pública. 2014;30 (4):860-6. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00027814>
5. Sartori D, Leivas PGC. O direito à saúde dos povos indígenas e o paradigma do reconhecimento. Rev Direito Práxis. 2017;8(1):86-117. <https://doi.org/10.12957/dep.2017.22581>
6. Mendes APM, Leite MS, Langdon EJ, Grisotti M. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. Rev Panam Salud Pública. 2018;42: e184. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.184>
7. Borges MFSO, Silva IF, Koifman R. Histórico social, demográfico e de saúde dos povos indígenas do estado do Acre, Brasil. Ciên Saúde Coletiva. 2020;25 (6):2237-46. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.12082018>
8. Santos RV, Pontes AL, Coimbra CE. Um “fato social total”: COVID-19 e povos indígenas no Brasil. Cad Saúde Pública. 2020;36(10):e00268220. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00268220>
9. Ministério da Saúde (BR). Atenção Psicossocial aos povos indígenas: tecendo rede para a promoção do bem viver [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019[cited 2021 Nov 30]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Atencao_Psicossocial_Povos_Indigenas.pdf



10. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação nº 2 de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017[cited 2021 Nov 30]. Available from: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-2-Politicas.html>
11. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. 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, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011[cited 2021 Nov 30]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
12. Matos BA, Pereira B, Santana CR, Amorin F, Lenin L, Oliveira LC. Violações dos direitos à saúde dos povos indígenas isolados e de recente contato no contexto da pandemia de Covid-19 no Brasil. Mundo Amazônico. 2021;12(1):106-38. <https://doi.org/10.15446/ma.v12n1.88677>
13. Stock B. Os paradoxos do fator identitário na produção de políticas de promoção da saúde indígena. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo da 6ª região (Org.). Psicologia e Povos Indígenas. São Paulo: CRPSP; 2010. pp.244-249.
14. Martins JCL. O trabalho do Enfermeiro na Saúde Indígena: desenvolvendo competência para a atuação no contexto intercultural[Dissertação]. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2017.
15. Martins JCL, Martins CL, Oliveira, LSS. Attitudes, knowledge and skills of nurses in the Xingu Indigenous Park. Rev Bras Enferm. 2020;73 (6):e20190632. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0632>
16. Ministério da Saúde (BR). Saúde indígena: análise da situação de saúde no SASISUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde;2019[cited 2021 Nov 30]. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/sau_e_indigena_analise_situacao_sasisus.pdf
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico-2010 [Internet]. 2011[cited 2021 Nov 30]. Available from: https://indigenas.ibge.gov.br/images/pdf/indigenas/verso_mapa_web.pdf
18. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena [Internet]. [s.d.] [cited 2021 Nov 30]. Available from: http://www.ccms.sau.gov.br/sau_e_indigena/asesai/sistemasdeinformacao.html
19. Ministério da Saúde (BR). Portaria 3088, de 23 de dezembro de 2011. 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, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011[cited 2021 Nov 30]. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
20. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 564/2017. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [Internet]. 2017[cited 2021 Nov 30]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html
21. Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde [Internet]. 1946. 2017 [cited 2021 Nov 30]. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lis-LISBR1.1-22006>
22. Silva NC, Gonçalves MJF, Lopes Neto D. Enfermagem em saúde indígena: aplicando as diretrizes curriculares. Rev Bras Enferm. 2003;56 (4):388-91. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000400016>
23. Carvalho MFAA, Coelho EAC, Oliveira JF, Araújo RT, Barros AR. Uncoordinated psychosocial network compromising the integrity of care. Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03295. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016040703295>