

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO – EA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE – UAB/CAPES

Fernanda Furini

CONSTRUIR POSSIBILIDADES: A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
MENTAL À POPULAÇÃO DA TERRA INDÍGENA GUARITA/RS.

TENENTE PORTELA, ABRIL DE 2012.

Fernanda Furini

CONSTRUIR POSSIBILIDADES: A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
MENTAL À POPULAÇÃO DA TERRA INDÍGENA GUARITA/RS.

Trabalho de Conclusão de Curso
de Especialização, apresentado à
Escola de Administração da
UFRGS **como requisito parcial
para aprovação e obtenção de
título de Especialista em
Gestão em Saúde**, do Curso de
Pós-graduação *Lato Sensu* –
modalidade EaD.

Professora Orientadora: Roberta
Alvarenga Reis.

TENENTE PORTELA, ABRIL DE 2012.

Fernanda Furini

CONSTRUIR POSSIBILIDADES: A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
MENTAL À POPULAÇÃO DA TERRA INDÍGENA GUARITA/RS.

Trabalho de Conclusão de Curso
de Especialização, apresentado à
Escola de Administração da
UFRGS **como requisito parcial
para aprovação e obtenção de
título de Especialista em
Gestão em Saúde**, do Curso de
Pós-graduação *Lato Sensu* –
modalidade EaD.

Professora Orientadora: Roberta
Alvarenga Reis.

Conceito Final:

Aprovado em ____ de _____ de ____.

BANCA EXAMINADORA:

Professor Doutor _____ Instituição

Professor Doutor _____ Instituição

Professor Doutor _____ Instituição

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela vida e minhas capacidades.

Aos meus familiares, pai e mãe, pela suportabilidade, dedicação e compreensão durante o transcorrer do Curso em *Gestão em Saúde*.

Agradeço as minhas colegas de curso, Elisiane Bisognin, Ana Paula Cantarelli e Joseane Pazzini Eckhardt, pela cumplicidade, companheirismo e os laços construídos. Ao meu amigo e colega de trabalho Dionatam Canzi, pela ajuda e apoio.

Aos meus professores e tutores, pela caminhada, apoio, orientações, por contribuírem na construção de uma nova e importante etapa de minha vida.

RESUMO

O presente estudo se propõe a construir possibilidades, uma rede de atenção à saúde mental à população da Terra Indígena Guarita/RS. O objetivo deste trabalho é propor à organização do fluxo da rede de atenção a saúde mental junto à população da Terra Indígena Guarita/RS; caracterizá-la quanto à atenção básica e a saúde mental; mapear a estrutura da rede de atenção à saúde mental; utilizar-se da realidade local quanto à estrutura e organização da rede, dos serviços de atenção em saúde mental e verificar com isto, as suas fragilidades e potencialidades. Este estudo é exploratório e descritivo, um estudo de caso e a coleta de dados foi realizada através de pesquisa documental e bibliográfica. A sistematização dos dados coletados e analisados se manteve como suporte para a proposição da construção de possibilidades de fluxo junto à rede de atenção à saúde mental na Terra Indígena Guarita/RS. Conclui-se que para a organização, a possibilidade de construção de fluxo junto à rede de atenção a saúde mental a população da Terra Indígena Guarita/RS, precisa haver os serviços, os dispositivos, as ferramentas, ofertadas pela própria rede em seus níveis, de acordo com o que preconiza o SUS e a Política Nacional da Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e Política Integral a Saúde Mental das Populações Indígenas. É necessária a leitura, a escuta e a dinâmica de abordagem junto aos atores sociais – os indígenas, que com o seu protagonismo, podem discorrer, opinar e se posicionar quanto ao caminho, a construção deste fluxo que melhor se adequar à realidade junto à Terra Indígena Guarita/RS no que tange a atenção em saúde e saúde mental da comunidade.

Palavras-chave: saúde mental, políticas públicas, atenção básica à saúde, saúde indígena.

LISTA DE ABREVIATURAS:

AD – Álcool e Outras Drogas

AIS - Agente Indígena de Saúde

AISAN – Agente Indígena de Saneamento

CASAI - Casa de Saúde do Índio

CAPAS I - Centro de Atenção Psicossocial Regional

CIS - Comissão Intersetorial de Saúde

Cisi - Comissão Intersetorial de Saúde do Índio

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CRS - Coordenadoria Regional de Saúde

CT – Comunidades Terapêuticas

DSEIs - Distritos Especiais de Saúde Indígena

EMSI - Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena

EVA - Equipes Volantes de Saúde

ESF - Estratégia da Saúde da Família

FUNAI - Fundação Nacional do Índio

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde

NASF - Núcleo de Atenção a Saúde da Família

MS - Ministério da Saúde

PSI - Psiquiátricos

RS – Rio Grande do Sul

SESAI - Secretaria Especial de Saúde Indígena

SPI - Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais

SIASI - Sistema de Informação em Saúde Indígena

SUS - Sistema Único de Saúde

SasiSUS - Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

TI – Terra Indígena

UBS - Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 JUSTIFICATIVA	11
3 OBJETIVOS	13
3.1 OBJETIVOS GERAIS	13
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
4 REVISÃO DE LITERATURA	14
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA	14
5. PERCURSO METODOLÓGICO	26
5.1 TIPO DE ESTUDO	26
5.2 LOCAL DO ESTUDO	26
5.2.1 AS POPULAÇÕES: KAINGANG E GUARANI	27
5.3 COLETA DE DADOS	30
5.4 ANÁLISE E SISTEMATIZAÇÃO DOS DADOS	31
5.5 ASPECTOS ÉTICOS	31
6. RESULTADOS EM DISCUSSÃO	32
6. 1. ATENÇÃO À SAÚDE NA TERRA INDÍGENA GUARITA/RS	32
6. 2. ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NA TERRA INDÍGENA GUARITA/RS	36
6.3. CONSTRUIR POSSIBILIDADES: O FLUXO DA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL JUNTO A TERRA INDÍGENA GUARITA/RS	47
7. CONSIDRAÇÕES FINAIS	53
8. REFERENCIAL	55
ANEXOS	60

1. INTRODUÇÃO

As populações indígenas viveram, ao longo da história do Brasil, uma forte intervenção do poder público, muitas vezes próximo a entidades religiosas e civis, com o objetivo de promover a assimilação dos povos indígenas à sociedade brasileira (GARNELO e PONTES, 2012). Porém, a história aponta que os indígenas não cederam tão somente a este posicionamento da permanência e tutela do Estado, passando a se articular e protagonizar movimentos de lutas pelas garantias legais. Atualmente as sociedades indígenas têm avançado na conquista de seus direitos. Garnelo e Pontes (2012) ainda definem que, referente à população indígena, houve um grande crescimento demográfico, manutenção da vitalidade cultural e ampliação em suas pautas de reivindicação por direitos ligados à diferenciação étnica.

Em relação a questões ligadas à saúde, a população indígena, tem desfrutado de inúmeros avanços. A Constituição Federal de 1988, incorporou uma nova postura quando superou o caráter do poder público caritativo para a possibilidade de um tratamento diferenciado às minorias étnicas. A partir de então, criou-se o subsistema de atenção às populações indígenas, a então, Fundação Nacional de Saúde – FUNASA e atualmente, a Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI, referenciada ao Ministério da Saúde, integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Apesar dos grandes avanços legitimados pela Carta Magna, ainda nos dias atuais observam-se dificuldades na efetivação de políticas públicas inclusivas e resolutivas à população indígena. Vários autores, citados por Garnelo e Pontes (2012) (como Escobar et al., 2003; Garnelo e Brandão, 2003; Coimbra Jr. et al., 2006; Cardoso, Coimbra Jr. e Tavares, 2010), apontam um conjunto de condições precárias quanto aos níveis de resolução dos problemas de saúde nas aldeias, relacionadas aos repasses de investimentos, baixa qualidade técnica dos profissionais, a rotatividade dos mesmos e a logística para que os atendimentos possam acontecer em algumas aldeias.

Frente às dificuldades e à precariedade em que a população indígena estava submersa, o Ministério da Saúde buscou um modelo assistencial que desse condição ao subsistema de saúde indígena gerir o funcionamento de toda a saúde indígena no país –

com a criação de Distritos Especiais de Saúde Indígena – DSEIs. “A distribuição dos distritos sanitários nas unidades federativas obedeceu às características culturais e distribuição das terras indígenas, bem como, critérios demográficos que contribuíram para definição de suas localizações e áreas de abrangência” (GARNELO e PONTES, 2012, p.27). Esta iniciativa teve como propósito organizar uma rede de serviços em saúde, onde as ações se estruturam com base na atenção primária em saúde.

Seguindo o modelo assistencial de saúde indígena, as referências subsequentes aos DSEIs, são os Pólos Base, que são unidades de saúde que contam com médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem, que tem como foco a responsabilização dos atendimentos às terras indígenas mais próximas (GARNELO e PONTES, 2012). Após, as unidades básicas de saúde – UBSs que contam com as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena – EMSIs. Estas equipes permanecem nos territórios das aldeias. São responsáveis por acompanhar e dar suporte as famílias junto com a equipe da atenção básica. Assim, as referências em DSEIs ao Rio Grande do Sul, são – Interior Sul ao referenciar a etnia Kaingang e Litoral Sul, a etnia Guarani.

Desta forma, pensar a saúde indígena é também a possibilidade de pensar a estrutura organizacional e o funcionamento da mesma, gerenciamento externo, em nível institucional, e, nível interno, compreender como é o funcionamento da comunidade, suas normativas, sua concepção de saúde na Terra Indígena.

Respeitar o tempo dos sujeitos que fazem parte da comunidade indígena, desta organização interna, do controle social, das lideranças, possui um indicativo importante para o sucesso das políticas de saúde e saúde mental a população indígena. Também, se acredita que as interlocuções e relações com a rede de serviços e apoio, facilitem a aproximação das demandas e necessidade desta população e a oferta que o SUS tem como possibilidades. Faz-se necessário que a atenção à saúde do indígena inclua os aspectos das garantias legais e constitucionais que preconiza o acesso igualitário, o respeito as suas especificidades, a autonomia dos usuários, o respeito à sua cultura, etc.

Estruturar o sistema de saúde local que contemple as ações e serviços de saúde mental tem se tornado um desafio e conseqüentemente, acaba por caracterizar a realidade. A inclusão desta forma de organização de saúde que valoriza as necessidades e demandas da saúde indígena à saúde mental, traz novas configurações à realidade de saúde destas populações.

Um aspecto marcante ao processo da saúde indígena foi a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, que está disposta sob a Lei nº 9.836 de 23 de

setembro de 1999 e a Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002, que preconizam fundamentalmente, a atenção à Saúde Indígena como caracterizada por ser integral, diferenciada e integrada.

Complementando a atenção de saúde indígena, a Lei nº 10.216, de 26 de abril de 2001, que estabelece as diretrizes da saúde mental, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, além de redirecionar o modelo assistencial em saúde mental no país (BRASIL, 2001). O estabelecimento da Política Integral a Saúde Mental das Populações Indígenas tem sido considerada um avanço no estabelecimento de diretrizes de atenção à Saúde Indígena, pois, a Portaria 2.759 de 25 de outubro de 2007 estabelece diretrizes para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas e cria o comitê Gestor.

Neste sentido, o questionamento desta produção fundamenta-se em relação à Rede de Atenção a Saúde Mental junto à População da Terra Indígena Guarita/RS e o aporte que as EMSIs podem ofertar em relação ao acolhimento, promoção, prevenção da saúde, proteção e reabilitação, através da integralidade. A organização da Rede de Atenção em Saúde Mental junto à População da Terra Indígena Guarita/RS, poderá contribuir substancialmente para que a proposta do estabelecimento de fluxos sujeitos/usuários, comunidade, profissionais e gestores viabilizem qualidade de atenção, garantindo-lhes os seus direitos.

Frente ao exposto, o presente estudo propõe-se a organizar o fluxo junto à Rede de Atenção à Saúde Mental a População Terra Indígena Guarita/RS, incorporando as práticas de atenção e promoção de saúde junto às EMSIs, mediante a Política Nacional da Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e a Política Integral a Saúde Mental das Populações Indígenas.

2. JUSTIFICATIVA:

A população indígena, na atualidade vem ocupando lugar de reconhecimento, por sua participação social e pelo fato de estarem acreditando e serem acreditados em seu protagonismo, ao superarem a marginalização histórica de tutela pelo Estado. Segundo o que aponta Stock (2011), “a ampliação da participação dos indígenas na sociedade está provocando mudanças não apenas nos modos de viver das comunidades, como também em toda a rede social” (STOCK, 2011, p.03).

Apesar de constatar-se que as populações indígenas estão mais atuantes, que reivindicam suas demandas a partir das necessidades identificadas na sua realidade, há ainda um predomínio estatal através de ações centralizadoras em que o Estado mantém proposição das políticas públicas. Neste sentido, iniciativas no campo da saúde necessitam de maior aproximação com a realidade específica da população indígena brasileira, ao objetivar a identificação das demandas emergentes.

A necessidade de abordagens sobre as questões voltadas à atenção básica à saúde, bem como, a atenção à saúde mental da comunidade, atualmente são notórias na medida em que se evidenciam demandas a serem trabalhadas com a população como o consumo abusivo de bebidas alcoólicas pela população, o uso indevido de medicação controlada, entre outras, que acabam por prejudicar imensuravelmente o andamento da vida em comunidade, além de comprometer a vida das gerações futuras.

Neste contexto, justifica-se a produção de trabalhos científicos que objetivem elucidar esta problemática. A busca por articular possibilidades, construir estratégias para organizar um fluxo, junto à rede de atenção à saúde mental motivou-me a desenvolver este trabalho. A viabilidade desta construção parte do interesse pela temática, ao trabalhar com a população indígena, poder sistematizar, fomentar possibilidades de gestão e de assistência em que haja a compreensão do processo saúde/doença para a comunidade; de que a rede não se resuma aos projetos e serviços de saúde dos municípios, que possam ser construídas novas possibilidades de gestão, de acordo com a realidade, necessidade e demanda da população indígena.

Stock (2011) defende que, os atores envolvidos na temática referente à saúde indígena “precisam estar comprometidos com a visão ética-histórica de não invisibilizar ainda mais as diferentes etnias e seus modos de perceber e experimentar o mundo” (STOCK, 2011, p.08).

Construir uma proposta de fluxo – junto à rede de atenção em saúde mental à população da Terra Indígena Guarita/RS, é um desafio, haja vista a peculiaridade e o compromisso com a compreensão do funcionamento, da lógica desta população. Os questionamentos precisam ser feitos constantemente, como propõem Stock (2011), “o que é problema para esta comunidade? (...), como um problema de saúde mental nesta comunidade indígena, ou neste indivíduo indígena, também é significado por ele como um problema?” (STOCK, 2011, p.07).

Enfim, pensar na proposição deste trabalho é sem dúvidas, pensar em uma dinâmica com várias leituras e possibilidades, mas, acima de tudo, na valorização da escuta, para que a dinâmica de proposição e fluxo de rede que se construa possa se positivar e fazer reflexo diante de outros sujeitos e comunidades indígenas.

Assim, diante destas necessidades e demandas, verifica-se a importância de realizar-se um estudo propositivo que vise o estabelecimento da rede local de Atenção à Saúde Mental a população indígena, integrada as práticas de atenção e promoção de saúde junto às Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), embasando-se na Política Nacional da Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e a Política Integral a Saúde Mental das Populações Indígenas.

Considera-se que, a elaboração deste estudo terá grande relevância para aprofundamento teórico do tema da saúde mental a população indígena. Também servirá para motivar futuros estudos e investigações em outras realidades, ao ressaltar a importância deste tema para a gestão. Neste sentido, o presente estudo ampliará conhecimentos dos gestores, dos profissionais e dos serviços de saúde mental de forma a possibilitar a utilização de aportes teóricos para o estabelecimento de fluxos de atenção local no sentido de desencadear reflexões e mobilizar ações que visem à gestão qualificada da área de saúde mental junto à população indígena.

A proposição da organização do fluxo desta Rede de Atenção em Saúde Mental junto à população indígena poderá servir de referência para a sistematização local; poderá contribuir com o trabalho de outras EMSIs; motivar a integralidade das ações em saúde ao veicular lugar e espaço de interlocução ao indígena junto à sociedade, com a respeitabilidade que carece quanto a sua forma de ser e viver.

3. OBJETIVOS:

3.1 OBJETIVO GERAL

Propor a organização do fluxo da Rede de Atenção em Saúde Mental junto à População Indígena da Terra Indígena Guarita/RS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a atenção à saúde e à saúde mental, à população da Terra Indígena Guarita/RS.
- Mapear a estrutura da rede de atenção à saúde mental.
- Identificar as fragilidades e potencialidades da realidade local quanto à estrutura e organização dos serviços de atenção em saúde mental.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1. Caracterização da Atenção à Saúde Indígena

Para melhor compreensão da situação atual quanto à atenção a saúde e a saúde mental indígena é indispensável recorrer à historicidade de como foram concebidas estas políticas, sua configuração, bem como, os aspectos gerenciais e assistenciais.

Em 1910 foi criado o Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI), este órgão era vinculado ao Ministério da Agricultura e tinha como objetivo a proteção aos índios e o enquadramento progressivo ao sistema produtivo nacional. Segundo Serafim (2004), o que se verificava era que a assistência destinada aos indígenas, naquela época, era desorganizada e esporádica, focavam-se as ações emergenciais. A extinção do SPI aconteceu em 1967, quando foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI).

A partir do modelo que se tinha de atenção à saúde, criaram-se as Equipes Volantes de Saúde (EVSs). As quais Serafim (2004) aponta que acabavam por realizar a assistência à saúde de forma esporádica, sendo o foco no atendimento médico, com a vacinação e a supervisão do trabalho do pessoal de saúde, geralmente auxiliares ou atendentes de enfermagem. Na década de 70, com a crise econômica, a FUNAI também passou por algumas desordens financeiras, ao não conseguir manter a organização do serviço de atenção à saúde, da maneira como mantinha anteriormente.

Houve a substituição das EVAs, com o passar do tempo, fixando-se as sedes administrativas regionalizadas, modificou-se a forma de assistência nas aldeias, que contava então, com alguns profissionais menos qualificados, lotados nos postos indígenas para a execução de atendimentos/ações assistências curativas e emergenciais, sem acompanhamento técnico supervisionado.

Assim, segundo Serafim (2004), ao considerar esta realidade precária, em relação à saúde e a falta de profissionais, muitas comunidades começaram a fazer alguns movimentos para dar conta desta situação. Dentro das próprias comunidades foi iniciado um processo de qualificação, com capacitações de agentes indígenas de saúde,

através do apoio e parcerias de instituições. Ainda não havia um programa institucional definido de formação e a atuação dos agentes era de forma voluntária.

Foi mediante a Constituição Federal Brasileira de 1988, conforme menciona Serafim (2004), que se explicitou o reconhecimento e o respeito sociocultural aos povos indígenas. A partir de então, ficaram elucidadas as competências por parte da União, quanto ao legislar e tratar a questão indígena. Neste ano, foram definidos os princípios gerais do SUS, regulamentado pela Lei 8.080/1990, que demarca a direção única e a responsabilidade da gestão federal do Sistema que estava com o Ministério da Saúde.

Desta forma, compreende-se que houve vários pontos de relevância que marcaram a historicidade da saúde indígena até a atualidade, como é apontado na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002): a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1986, por deliberação da VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde; a criação da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, em 1990, por meio da Lei nº 8.101, de 06 de dezembro. E, a missão FUNASA era a promoção e a proteção à saúde, que visava à qualidade de vida dos povos indígenas, mediante ações integradas de educação e de prevenção e controle das doenças e outros agravos. Em 1991, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), com a Resolução nº 11, criou a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (Cisi), cujo objetivo era a assessoria junto ao CNS nas elaborações dos princípios e diretrizes das políticas na área a saúde indígena; Com a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, em 1993, foram elaboradas algumas propostas de modelo diferenciado de atenção à saúde dos Povos Indígenas.

Após, houve a transferência da responsabilidade pela coordenação da saúde da FUNAI para o Ministério da Saúde, segundo Decreto Presidencial nº 23, de fevereiro de 1991, que estabelecia os Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEIs, os quais, tinham como foco o envolvimento dos povos indígenas em todas as etapas para garantia do direito universal e integral à saúde, com o processo de planejamento, execução e avaliação das ações, com base na organização dos serviços de saúde. E, em 1994, com o Decreto Presidencial nº 1.141, de 19 de maio, constituiu-se a Comissão Intersetorial de Saúde (CIS), que contava com a participação de vários ministérios relacionados com a questão indígena; retorna à coordenação das ações em saúde - a FUNAI. Foi pela Resolução nº 2, de outubro de 1994, que foi aprovado o Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio – com a responsabilidade do Ministério da Justiça, via FUNAI, recuperar a saúde dos índios e ao Ministério da Saúde, via Funasa, a responsabilidade

de prevenção, com ações de imunização, saneamento ambiental, formação de recursos humanos e controle de endemias.

Assim, “desde então, a Funasa e a Funai dividiram a responsabilidade sobre a atenção à saúde indígena, passando a executar, cada uma, parte das ações de forma fragmentada e conflituosa, ferindo a Lei 8.080/1990 na sua diretriz de integralidade” (SILVA, 2006, p. 15).

Finalizada a década de 1990, verificava Serafim (2004) que as condições de saúde da população indígena ainda eram precárias, se comparada às taxas de morbidade e mortalidade com a comunidade não-indígena. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, preconiza o reconhecimento aos povos indígenas, as suas especificidades étnicas, culturais e seus direitos territoriais, esta Política foi criada pelo Ministério da Saúde, regulamentada pelo Decreto nº 3.156 de 27 de agosto de 1999 e aprovada pela Portaria Nº 254, de 31 de janeiro de 2002, dispondo sobre a saúde dos povos indígenas e Lei Arouca – Lei nº 9.836 de 23 de setembro de 1999 (BRASIL, 1999), que instituiu o subsistema de saúde indígena, no âmbito do SUS, sob a gestão da Funasa.

Serafim (2004) aponta que, “para a efetivação da política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, destacou-se a necessidade de uma rede de serviços básicos de saúde nas terras indígenas, a fim de superar as deficiências de cobertura, as dificuldades de acesso e aceitabilidade do SUS para esta população” (SERAFIM, 2004, p.26). E, ainda, que a eficácia do Sistema estava alocada aos princípios e diretrizes da descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social. Permanecia a ênfase no processo saúde-doença, havia o respeito às concepções, valores e práticas próprias de cada sociedade indígena.

A autora menciona que não é somente o sistema, com um olhar tecnológico, de conhecimento e biomédico, que faz a diferença para a cura, para o tratamento dos povos indígenas, mas também, a abordagem holística, que considerava as relações individuais, familiares e comunitárias com o universo que rodeia as comunidades. “As suas práticas de cura conceituam uma lógica interna de cada comunidade e sua relação com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem” (SERAFIM, 2004, p.26);

Ao visualizar como se configurou o quadro da atenção à saúde indígena, compreende-se que é relevante trazer presente de forma mais específica à organização do Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI, ao considerar a sua importância na

gestão dos serviços em saúde. A sua implantação, segundo Serafim (2004), é para dispor e manter uma “rede de serviços de assistência básica hierarquizada e integrada com a rede de complexidade crescente do SUS”. (SERAFIM, 2004, p.27).

Segundo Serafim (2004), no Brasil, há 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), que tinham a subordinação ao Departamento de Saúde Indígena da Funasa e atualmente, a Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI.

No ano de 2010, por meio do Decreto 7.336 de 20 de outubro, foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI, com a competência da coordenação do subsistema de atenção à saúde indígena, a execução de ações na atenção integral à saúde dos povos indígenas, referentes à atenção básica ou primária.

Existe em nível de responsabilidade por parte da SESAI, a busca pelo apoio, a promoção e fortalecimento do controle social para que aconteça o seu exercício pleno junto ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, das suas unidades organizadoras.

Em relação à estrutura administrativa da SESAI é possível identificar dois departamentos, segundo pesquisa no site da SESAI (<http://portal.saude.gov.br> , acesso em 02 de fev. 2012): o Departamento de Gestão da Saúde Indígena, que tem como o foco principal, como o próprio nome propõe gerir, dar condições/suporte, operacionalizar as ações e insumos, apoiar os estudos e pesquisas. E, o Departamento de Atenção à Saúde Indígena, que objetiva o planejamento, a coordenação, supervisão das atividades as populações indígenas, de educação em saúde, a implementação de programas de atenção a saúde indígena, a normatização e diretrizes para as ações nos DSEIs, além de e assessoria técnica aos mesmos.

Quanto aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, através do mapa, é possível localizar as regiões e sua organização:

Figura 1. Distribuição dos DSEI, segundo a localização geográfica no Brasil:



Fonte: SESAI /MS, 2012

Figura 2. Organização do DSEI e Modelo Assistencial



Fonte: SESAI/MS, 2012.

O objetivo dos DSEIs é “dispor uma rede de serviços de assistência básica hierarquizada e integrada com a rede de complexidade do SUS” (SERAFIM, 2004, p.27). De acordo com a proposta da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2004), a qual enfatiza que cada Distrito organize a sua rede de serviços de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas.

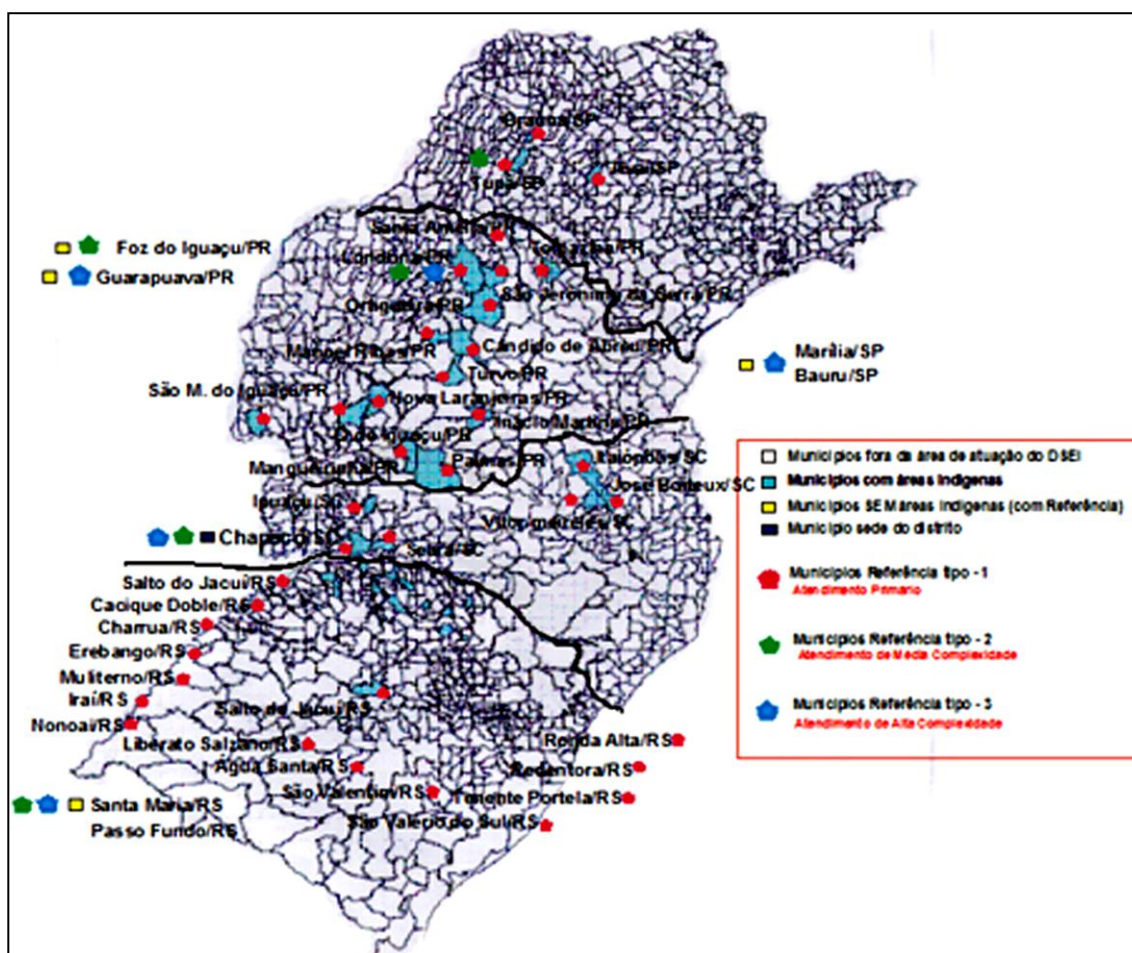
Em relação às equipes de saúde dos distritos, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2004), preconiza que, deverão ser compostas por médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, técnicos em enfermagem e agentes indígenas de saúde, contando com a participação sistemática de antropólogos, educadores, engenheiros sanitários e outros especialistas e técnicos considerados necessários.

Já os Pólos Base, conforme aponta Serafim (2004), são outras instâncias de atendimentos, que podem estar localizados em uma área indígena e ou em um município de referência, que beneficiam e dão conta de atender grande parte das demandas de saúde das comunidades indígenas. Assim, os DSEIs possuem Pólos Base para o atendimento dos indígenas e os Pólos Base são a primeira referência para os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) que atuam nas aldeias.

No Rio Grande do Sul, até o presente momento, não há Distrito Sanitário Especial Indígena DSEI, nem Casa de Saúde do Índio – CASAI, desta forma, a organização geográfica e cultural e as etnias que aqui residem, como a Kaingang e Guarani, mantém vínculos com os Distritos: Interior Sul, que atende a etnia Kaingang e Litoral Sul, que atende a etnia Guarani. E, a referência imediata para se chegar aos DSEIs é o Escritório Local de Saúde Indígena em Porto Alegre – RS, sequencialmente os Pólos Base, conforme a configuração do modelo assistencial.

O DSEI Interior Sul compreende os estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Sua localização é no oeste desses estados, em região próxima a fronteira com Argentina e Paraguai. A abrangência compreende um total, 40.486 indígenas vivem na área do distrito e possuindo seis Pólos Base.

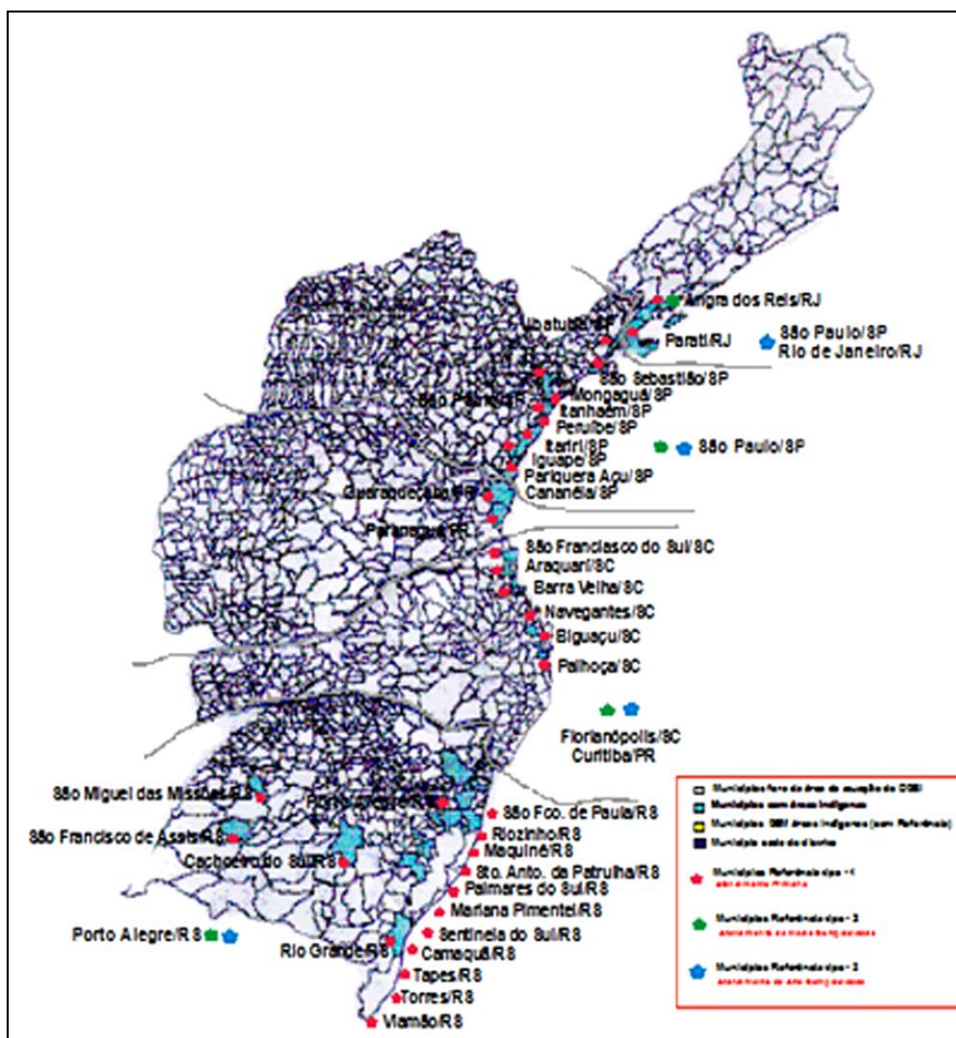
Figura 3: DSEI Interior Sul



Fonte: SESAI/MS, 2012.

O DSEI Litoral Sul compreende o litoral das regiões sul e sudeste do Brasil, incluindo os estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. O distrito atende 9.347 indígenas e em 14 Pólos Base, conforme figura abaixo.

Figura 4: DSEI Litoral Sul



Fonte: SESAI/MS, 2012.

Referenciada a atenção à saúde indígena e toda a sua estrutura organizacional, gerencial e assistencial, agrega-se ao estudo o que focalmente se buscou pesquisar, para a proposição da construção de um fluxo junto à rede de atenção à saúde mental a população da Terra Indígena Guarita/RS. Para isto, se faz necessário discorrer minimamente como a saúde mental é vista, em relação à população indígena.

O Ministério da Saúde lançou em 2011 o Plano de Ação em Atenção Básica em Saúde Mental para as Populações Indígenas – Manual de Planejamento. Neste Manual

de Planejamento verificaram-se vários autores referenciados que puderam contribuir para a compreensão da atenção à saúde mental das populações indígenas.

Desjrlais (1995), que enfatiza que a saúde mental deve ser considerada como profundamente associada com a política e a economia, expressados na pobreza, fome, desnutrição, mudanças sociais, violência e deslocamentos forçados da população. Estes problemas não podem ser vistos isoladamente, por estarem interagindo e cada um deles afeta os comportamentos e o bem estar. Cohen (1999) aponta que, “desde esta perspectiva, as patologias sociais (ex. abuso de drogas e violências), problemas de saúde (ex. doenças cardíacas e depressão) e condições sociais (ex. pobreza), estão inter-relacionadas sendo impossível diferenciar claramente um problema do outro”. (BRASIL, 2011, p 03).

Existe uma real dificuldade com os dados epidemiológicos de problemas em saúde mental, em relação à população indígena, apontado neste mesmo Manual de Planejamento (BRASIL, 2011). Além disso, há questionamentos relacionados aos diagnósticos, que trazem conhecimentos de perspectivas ocidentais, não pensados pelo olhar da etnopsiquiatria e a psiquiatria transcultural aplicados em culturas indígenas. Kleiman (1987) aponta que, a experiência de doença é realizada dentro de um conjunto de concepções e valores que se refletem na maneira como os problemas psicológicos se expressam em uma sociedade particular e modulam as interpretações, reações e processos.

Langdon (2009), sob um olhar antropológico, escreve sobre a visão de doença em contravenção a biomedicina, quanto à cultura indígena. Cita alguns autores, como Staiano (1981), que afirma:

doença não é um evento primariamente biológico, mas é concebida em primeiro lugar como um processo vivenciado cujo significado é elaborado por meio de episódios culturais e sociais e, em segundo lugar, como um evento biológico. A doença não é apenas uma categoria diagnóstica, mas, um processo que requer interpretação e ação no meio sociocultural, o que implica uma negociação de significados na busca da cura (STAIANO *apud* LANGDON, 2009, p.02).

Diante desta referência a Saúde Mental poderia ser absorvida como processo passível de interpretação e ação no meio sociocultural pela comunidade, mas, precisa-se mencionar que, atualmente, com a atuação da biomedicina, nem todos os processos de doença e cura são vistos como outrora as comunidades vivenciavam.

Assim, nossa medicina geralmente é recebida positivamente e hoje a garantia de acesso aos serviços biomédicos é uma demanda das organizações indígenas, cujas lideranças estão exigindo o direito universal à saúde garantido na Constituição brasileira. Rejeição à nossa medicina é um problema bem menor do que o desafio para os profissionais em oferecer uma atenção diferenciada, respeitando as culturas indígenas (LANGDON, 2009, p. 06).

Contudo, há uma substituição de valores e aquisição de outros tantos dentro do processo cultural indígena, mas, existem alguns formatos que permanecem e ficam como que enraizados junto à comunidade, o que sem dúvidas é o que lhes garante, enquanto donos de sua cultura, do seu saber. Assim, “enquanto a biomedicina tende a limitar suas noções de doença e cura aos processos biológicos verificáveis através da observação concreta, a medicina indígena busca uma compreensão maior. Na sua visão, o processo saúde/doença faz parte da ordem cosmológica e abarca as forças da natureza e as forças humanas” (LANGDON, 2009, p. 07).

Ao guiar-se pelo Manual de Planejamento (BRASIL, 2011), verifica-se que os princípios contidos na Portaria Nº 648 (28/03/2006), que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, para o desenvolvimento da atenção Básica em Saúde Mental para as populações indígenas, são definidos:

...ao conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida por práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (...) Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilidade, da humanidade, da equidade e da participação social. (...) A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2011, p.04)

A questão da Saúde Mental não apresenta um destaque específico na Política Nacional de atenção à Saúde dos Povos Indígenas. A qual, segundo a proposição do Manual de Planejamento (BRASIL, 2011), seria importante que na revisão desta Política, pudesse ser implementado, sendo necessário inclusive, considerar as particularidades específicas da população indígena que permitam intervir para obtenção de resultados benéficos à saúde.

Considera-se inclusive, o que propõe Stock (2011), quanto à denominação saúde mental – aponta que, é uma intervenção da sociedade ocidental, não fazendo parte da cosmologia dos povos indígenas. Daí o cuidado quanto à imposição de valores e a possibilidade de compreensão da dinâmica de vida, dos processos de saúde/doença, não acreditando que há uma verdade absoluta.

Salienta-se, inclusive, que dentro da Política Pública em Saúde Mental as populações Indígenas, houve um movimento positivo, da então responsável pela saúde indígena, a Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, com a celebração do Projeto Vigisus, junto ao Banco Mundial, através de um empréstimo. Este projeto contou com três fases e a que contempla a Saúde Mental aos Povos Indígenas é o Projeto Vigisus II, no seu subcomponente II, cujos objetivos são: “realizar ações inovadoras de atenção à saúde indígena com intervenções estruturadas em Medicina Tradicional Indígena, Saúde Mental e a implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional” (subcomponente II) (FUNASA, 2008, p.10).

A área de intervenção, a Saúde Mental, tinha como objetivo a “contribuição para definição de uma política nacional de atuação sobre os problemas do alcoolismo e outros transtornos mentais em populações indígenas” (FUNASA, 2008, p.10).

O projeto teve como foco incentivar, inclusive, financeiramente as organizações responsáveis pela atenção à saúde indígena, a desenvolverem trabalhos, projetos, programas em atenção à saúde mental junto às populações. Havia como princípios do Projeto, a saúde mental como prioridade em nível de conhecimento; o desenvolvimento de pesquisa-ação para a organização de modelos adequados de intervenção junto às comunidades indígenas e reuniões com os todos os representantes dos diversos Projetos, com intuito de compartilhar experiências e organizar metodologias adequadas para contribuir com a política nacional de saúde mental junto às comunidades indígenas.

Também contava, com o apoio e assistência técnica aos DSEIs, no que tange o desenvolvimento de programas, planos e ações em Saúde Mental, ao conter a leitura do contexto indígena quanto à problemática em saúde mental, a implantação, implementação, gerenciamento de atenção psicossocial, estratégias de intervenção, desenho e avaliação das realidades, segundo os subsistemas (DSEIs).

Havia como estratégia e proposta do Projeto a busca pelas limitações institucionais em relação a recursos humanos, implementação de centro de monitoramento da Saúde Mental Indígena; a aproximação do trabalho junto a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde; apoio às iniciativas locais

quanto às intervenções pontuais, proposta de redução de danos e abordagem interdisciplinar e participativa.

Compreende-se que, pelo viés do Projeto VIGISUS, foram também fomentadas as ações em Saúde Mental no Estado do RS. E o que se buscou desenvolver na Terra Indígena Guarita também teve reflexo a proposta do Projeto: princípios, plano de ação, estratégias.

Sabe-se que, a saúde mental é um dos campos de conhecimento em saúde, e, como propõe Saito (2008), existem várias competências e conhecimentos que se cruzam e se relacionam; o avanço neste sistema integrado em saúde exige o reconhecimento de quais são as dificuldades para a atenção às necessidades do tratamento, recuperação, prevenção e promoção da saúde mental, conforme já fora mencionado, em especial para as comunidades indígenas.

Esse reconhecimento deve impulsionar a instrumentalização de todos os profissionais envolvidos no atendimento de usuários em sofrimento mental sobre as doenças prevalentes, ações, condutas e intervenções. (...) Assegurar uma estrutura hierarquizada na saúde mental pressupões antes de tudo, reconhecer a estrutura de serviços e equipamentos, as competências, as práticas e as ações desenvolvidas nos diferentes níveis e equipamentos de saúde. Colabora com esse processo o reconhecimento do perfil socioeconômico e cultural dos usuários que utilizarão essa estrutura, no sentido de analisar principalmente as dificuldades relacionadas ao acesso e acessibilidade (SAITO, 2008, p.138).

Compreende-se que todo este percurso histórico que foi realizado, corrobora para positivar a organização e a proposta do fluxo, haja vista, uma nova perspectiva em relação a possibilidades de trabalho junto à comunidade indígena, ao pensar a referência e contra-referência, o apoio da própria comunidade – suas lideranças, seu conselho local de saúde, na compreensão da rede e nas possibilidades de utilizá-la da melhor forma possível, sendo ela benéfica e que faça parte, dentro do possível, do espaço cultural que a comunidade possa também permitir e agregar. Havendo a integração das práticas de atenção e promoção de saúde junto às Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), ao pensar a Política Nacional da Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e a Política Integral a Saúde Mental das Populações Indígenas.

5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS:

5.1 TIPO DE ESTUDO

Quando ao desenvolvimento metodológico do estudo, o mesmo, caracteriza-se por ser um estudo de caso. Segundo Coutinho & Chaves (2002), o estudo de caso combina a legitimidade de métodos quantitativos e qualitativos e o investigador está implicado pessoalmente nesta investigação.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo teve como foco o trabalho em saúde mental realizado junto à população indígena que habita a Terra Indígena Guarita/RS e com isto, a articulação de possibilidade para organizar um fluxo em saúde mental junto à rede de serviço local.

A Terra Indígena estudada localiza-se entre áreas de três Municípios: Tenente Portela, Redentora e Erval Seco, é a maior Terra Indígena do RS, com 23.407 habitantes (GASPARETTO, 2006, p.30). Faz fronteira, também, com o Município de Miraguaí, onde segundo Wisniewski (2011), a população circula com intensidade e relaciona-se à população não-indígena, com mais proximidade.

As etnias que habitam a Terra Indígena Guarita, são Kaingang e Guarani. Compreende-se aproximadamente um total de 5.746 indígenas. A população Kaingang em Tenente Portela é de 2.136 indígenas, em Redentora são 3.445 Kaingang e 56 Guarani e no Município de Erval Seco, 165 Guarani (RELATÓRIO SIASI, 2011).

Estes se subdividem em setores, conforme a organização estabelecida pela sua liderança, em especial, as proposições estabelecidas pelo Cacique, que ocupa o poder maior dentro da comunidade e exerce função de lei sobre a mesma. Segundo Gasparetto (2006), o controle social, que possui a sua forma de trabalho e o seu poder interno, que

refletem nas ações e na organização externa – fora de área. Este fato é verificado nas duas etnias.

Assim, a organização setorial encontra-se em: Tenente Portela, com três setores – Pedra Lisa, Três Soitas e Km 10, nove setores em Redentora – Pau Escrito, Irapuá, Mato Queimado, Bananeira, Laranjeira, Estiva, Missão, Katiú Griá, Capoeira dos Amaros e um setor em Erval Seco – Gengibre.

5.2.1 AS POPULAÇÕES: KAINGANG E GUARANI

Verifica-se que a população Kaingang, tem como característica a sua forma de organização:

... a partir de grupos sociocêntricos, que reconhecem princípios sociocosmológicos dualistas, de acordo com o mito de origem, representados pelos antepassados: Kame e Kairu-krê. Esta característica determina o modo de ser e viver Kaingang, ao mesmo tempo opostos e complementares, e preserva a unidade através dos laços matrimoniais. Essa percepção organizacional dual também se estende na interrelação com os seres naturais. (FALCADE e LUCKMANN, 2010, p.216).

Falcade e Luckmann (2010), apontam ainda que, todo o processo histórico que aconteceu fez com que a comunidade Kaingang passasse por significativas mudanças, sinalizadas para: o desmatamento, concentração populacional, mudanças de hábitos e práticas tradicionais, introdução de novas práticas medicinais e alimentares. E, isto é o que pode ser visualizado com as pessoas mais jovens da comunidade, as quais, simpatizam com a medicina alopática, desconsideram a cultura tradicional Kaingang, como as plantas medicinais, os chás, os rituais, os alimentos, entre outros. E, as pessoas mais idosas, mantêm as práticas antigas, têm com estas, força e vitalidade. Com estas alterações de valores, conforme apontam Falcade e Luckmann (2010), há evidências na comunidade de incidências maiores de doenças como: diarreia, verminose, anemia, doenças respiratórias, entre outras.

Atualmente, na Terra Indígena Guarita, não existe mais o Kujá – que era o responsável pelo tratamento dos problemas de saúde da comunidade Kaingang. O Kujá utilizava-se de recursos naturais e saudáveis para a realização da prevenção, cura e imunização de enfermidades. Contudo, com a alteração do modo de vida da comunidade e da sua organização social, a medicina tradicional, acabou por permanecer mais

silenciosa e oculta, deu-se espaço para a abordagem do sistema de saúde atual, com práticas não-indígenas, ocidentais. Com este contato interétnico, houve forte pressão por considerar a supremacia dos conhecimentos, saberes e técnicas concebidas então, pelas sociedades não-indígenas, como já mencionado, desconsideraram-se com isto, o saber tradicional Kaingang. Compreende-se assim, a necessidade de haver uma retomada, uma busca pela revitalização de saberes indígenas para auxiliar a comunidade.

Para os Kaingang, o bem-estar se estabelece quando ocorre à reestruturação de todas as relações ameaçadas pela doença, essa visão deriva ou é parte de uma concepção de saúde integral e holística, que envolve as diferentes dimensões da pessoa e da comunidade (física, psíquica, espiritual, relação comunitária, entre outras). A saúde está integrada à vida, a pessoa é um todo, pois, na cultura Kaingang, ela é vista de forma distinta, numa lógica própria, que não concebe um tratamento/cuidado em partes. A fragmentação da pessoa a torna frágil. Não se pode tratar a dor apenas de um membro do corpo se todos estão interligados. O mesmo acontece com os membros da família. Quando todos convivem mutuamente com o sofrimento ou com doenças de um dos componentes todos sofrem, todos adoecem. (FALCADE e LUCKMANN, 2010, p.224).

Esta é a visão do processo de saúde/doença vivenciado pela etnia, a comunidade Kaingang. Já, quanto a sua forma de subsistência, visualiza-se a agricultura, com o plantio de milho, feijão, mandioca, soja, trigo, entre outros, do artesanato, do trabalho em área com a formação de professores indígenas, na área da educação e na área da saúde com enfermeiros, nutricionista, técnicos em enfermagem, agentes indígenas de saúde, agentes indígenas de saneamento, auxiliares de serviços gerais, do trabalho formal e informal nos municípios – Tenente Portela e Redentora e fora deles, na colheita de maçãs em Vacarias – RS, por exemplo, no serviço de construção civil, em serviços gerais, entre outros. Contam também com benefício de aposentadoria, auxílio natalidade e bolsa família.

A ênfase ao artesanato como forma de subsistência, bem como, de expressão cultural, é compreensível, segundo o que aponta BALLIVIÁN (2011),

... o artesanato é parte integrante da cultura indígena, sendo uma expressão material de sua visão de mundo, do modo de ser e relacionar-se com elementos do meio. (...) Simbolicamente, o artesanato é uma maneira de caracterizar a identidade das pessoas, é como um *selo* que diferencia culturalmente um grupo do outro. Sua aplicação e utilidade respondem tanto as necessidades cotidianas e domésticas, no transporte e armazenagem de alimentos, artefatos de caça, etc., quanto para o uso de adornos e enfeites, como uma expressão artística e recreativa. Nos dias de hoje o artesanato passou a ter maior relevância para muitas famílias Kaingang e Guarani uma vez que é considerada uma das principais atividades geradoras de renda na região Sul do Brasil. (BALLIVIÁN, 2011, p.11)

Quanto à língua materna, ambas as etnias falam o idioma e se comunicam entre si, através do mesmo. Nas Escolas, em área, há uma organização semelhante à estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBSs). As Escolas são Estaduais e a Educação Infantil, municipalizada. Os alunos têm um currículo semelhante ao das escolas não-indígenas exceto, pela questão da aprendizagem da língua Kaingang e Guarani, existe um investimento, para que não haja um distanciamento cultural, da língua materna. Beckhausen (2002), aponta que:

“A educação bilíngue foi, de forma inédita, elevada à condição de norma constitucional. Dispõe, portanto, a Constituição em seu Artigo 210, parágrafo segundo: o ensino fundamental regular será ministrado em língua portuguesa, assegurada às comunidades indígenas também a utilização de suas línguas maternas e processos de aprendizagem” (BECKHAUSEN, 2002, p.11).

Conforme afirma Telles (2009), quanto à população Guarani, identificam-se atualmente, no Brasil, três subdivisões em grupos linguísticos: Nhandéva, Kayová e Mbyá.

A população Guarani, que habita a Terra Indígena Guarita, é do grupo Mbyá, que são considerados a parcialidade mais tradicional ou tradicionalista das três parcialidades que existem no Brasil. “A palavra “Mbyá” significa, simplesmente, “gente”, e não é, propriamente, uma auto-denominação deles (...), aqueles Guarani que chamamos de Mbyá designam, também de forma genérica, aos não-índios, pelo termo *jurá*”. (RAMOS et al, 2006, p. 24). Segundo Gasparetto (2006), os Guarani pertencem ao tronco linguístico Tupi, da família Tupi-Guarani, eles dividem-se em clãs, grandes famílias nucleares.

Caracteristicamente, os Guarani têm a terra como lugar de conviver, onde passam a diante suas histórias e seus ensinamentos, onde as crianças e jovens aprendem com os mais velhos. É o lugar onde o povo vive a sua religião e constrói a Casa de Reza – *Opy*. Nela o Pajé ou Karaí, cuida dos doentes e desanimados e aconselha a comunidade. A marca étnica dos Guarani é a prática do caminhar – *guata*. “Caminha na busca da terra sem males – *yvy maraey*, da terra perfeita – *yvyju*. Um caminhar que significa também evoluir e fortalecer-se espiritualmente (BALLIVIÁN, 2011, p.60).

O líder Mbyá-Guarani, Felipe Brisuela, em Palestra proferida no Seminário Povos Indígenas e Políticas Públicas (2002), afirmou como o povo Guarani visualiza o sistema de saúde e as questões da atualidade, por conseguinte:

“A Saúde para os Guarani não é só trabalho, alimento, produção. Saúde é ter terra, os costumes, alegria e felicidade. Mas, hoje já tem muita tristeza. Aí é sinal de falta de saúde. Tem tristeza, mas não é difícil de acabar. Porque o Guarani, hoje, está vendo para onde vai. Sabe o caminho. Mas não sabe como fazer. Por exemplo, muitos não sabem escrever. Mas precisa de documento. Coisa que antes não era preciso. Se não tem documento, fica triste, porque hoje precisa.(...). Agora vou falar sobre o sistema de saúde Guarani. Por exemplo, o que é o Karaf? Não é importante para vocês. Mas é importante para nós. Vocês vão à igreja. E nós? Para nós é importante a Opy, nossa casa de reza. Dar essa oportunidade para nós, para nossa cura, tem muitas soluções. O nome das crianças é lá que acontece. E quem está vendo? É Nhanderu! Ele que nos criou. Não para o mal, mas para ajudar” (BRASIL, 2002, p.18-19)

É importante pontuar que, existem várias modificações, transformações no decorrer dos anos que fizeram/fazem com que a comunidade indígena passe a comungar novos hábitos, crenças e modo de ser e viver. A interferência da comunidade não-indígena, das religiões, entre outras, trouxeram consigo algumas dificuldades identificatórias e conseqüentemente de valores, daquilo que se acreditava e que atualmente passou a ser questionado em relação à cultura indígena, em especial.

As mudanças são necessárias, pois, se sabe que a cultura não é estanque, todavia, é fundamental refletir quanto às problemáticas da comunidade indígena, na busca de deslizar do olhar paternalista e assistencialista, oferecido pelas instituições e governantes, a possibilidade de organizar o protagonismo e o posicionamento da comunidade quanto as suas demandas.

5.3 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados para este estudo envolveu a pesquisa documental e a pesquisa bibliográfica. A utilização do levantamento bibliográfico foi fundamental para sustentar e embasar esta produção, ao passo que as obras e seus autores, os documentos, as leis que foram pesquisadas, puderam se complementar e dar o significado necessário, na construção e organização da proposição do fluxo em saúde mental junto à rede local, à comunidade da Terra Indígena Guarita/ RS.

Assim, as ferramentas utilizadas para coleta de dados foram análises de documentos, bibliografias, legislação, relatórios do Sistema de Informação da Atenção a Saúde Indígena (SIASI), páginas na internet (Ministério da Saúde – Secretaria Especial

de Saúde Indígena), regimento municipal (Redentora/RS), Manual de Planejamento de ações em Saúde Mental do Ministério da Saúde; Planos Municipais de Saúde dos Municípios de Tenente Portela e Redentora; referência à rede de atenção e apoio propostos pelas Coordenadorias Regionais de Saúde, as que pertencem à população da Terra Indígena Guarita – 15ª CRS e 19ª CRS.

5.4 ANÁLISE E SISTEMATIZAÇÃO DOS DADOS

Esta pesquisa se propõe a analisar os dados coletados, que foram sistematizados em forma de quadros e referenciais teóricos, serão interpretados considerando suas descrições e inferências quanto à realidade e objetivo da pesquisa. A análise dos dados, parte da exploração, interpretação e estruturação dos mesmos, à luz dos referenciais teóricos abordados, quanto às políticas públicas em atenção à saúde indígena e saúde mental.

A forma de análise e sistematização dos dados será a apresentação dos mesmos e as reflexões que possam se produzir, para se chegar à possível organização, construção do fluxo da rede de atenção à saúde mental junto à população da Terra Indígena Guarita/RS.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização desta pesquisa houve o encaminhamento de pedido de autorização as Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios de Tenente Portela e Redentora, as quais, respondem pela Terra Indígena Guarita/RS. Ambas as Secretarias conferiram o aval de pesquisa e forneceram os materiais necessários, documentais para que a mesma pudesse acontecer.

A pesquisa utilizou-se de referenciais teóricos e documentais, sendo dispensado o encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa. Porém, destaca-se que a pesquisa manteve todo o rigor científico, ao obedecer todos os aspectos éticos definidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as pesquisas em seres humanos no Brasil.

6. RESULTADOS EM DISCUSSÃO

6.1 ATENÇÃO À SAÚDE NA TERRA INDÍGENA GUARITA/RS

A Terra Indígena Guarita é a maior Terra Indígena do Estado do Rio Grande do Sul, com uma extensão de 23.407 hectares, habitada pelas etnias Kaingang e Guarani. A população Kaingang é a maior e conta com aproximadamente 5.581 habitantes e a Guarani, menos populosa, com aproximadamente 165 habitantes. Há um total de aproximadamente 5.746 indígenas que habitam esta Terra Indígena (RELATÓRIO SIASI, 2011). Este povo e este território apresentam inúmeras problemáticas que demandam cuidados e precisam ser trabalhadas, dentre elas, destaca-se a atenção à saúde e a saúde mental.

Compreende-se que os indígenas que habitam a Terra Indígena Guarita, têm a sua forma de ser e viver, de compreender o mundo e se relacionar, as quais, nem sempre fazem parte de suas escolhas. Segundo Gasparetto (2006), percebe-se que existem muitos projetos e apoio governamental para a comunidade, mas a desigual distribuição da posse da terra e os condicionantes culturais são fatores de importância e que levam à pobreza e a falta de renda. Estes aspectos geram inúmeros problemas para comunidade, dificultando a administração do trabalho para as lideranças quanto: ao alcoolismo, a violência, a prostituição.

Apesar da presença de características culturais marcantes da comunidade indígena, é importante pontuar que esta população também é vulnerável a transformações em seu estilo de vida, incorporando novos hábitos e crenças. A presença dos problemas sociais e a interferência da comunidade não-indígena, trouxeram consigo algumas dificuldades e modificações daquilo que se acreditava e que atualmente passou a ser questionado em relação à cultura indígena, em especial.

Segundo Falcade e Luckmann (2010), as mudanças são necessárias, pois se sabe que a cultura não é estanque. Na comunidade indígena, essas modificações têm características peculiares em que o ritmo e a intensidade são passíveis da realidade e é

fundamental refletir sobre a necessidade de acompanhar estas modificações, na busca de superar o olhar, o modelo paternalista e assistencial oferecido pelas instituições e governantes, para avançar na possibilidade de fomentar o protagonismo da comunidade quanto às suas demandas.

A construção de políticas públicas em saúde à comunidade indígena é indispensável, ao pensar em uma construção coletiva – dos atores sociais.

A organização da estrutura na Terra Indígena Guarita é setorial – conta com treze setores – nove setores no Município de Redentora, um em Erval Seco e três em Tenente Portela. E, a forma de hierarquia, o comando interno é realizado pelo Cacique, que é e quem corresponde à lei maior e supremacia de poder, o qual possui a sua liderança e o controle social.

Os atores que articulam e têm o poder de buscar alternativas e contribuir com a manutenção da história indígena e a qualidade de vida da comunidade, através da visualização de quais políticas públicas precisam ser estruturadas. Identifica-se que, conforme propõe Rua (2009), “política pública geralmente envolve mais do que uma decisão e requer diversas ações estrategicamente selecionadas para implementar as decisões tomadas” (RUA, 2009, p.19). Frente a este contexto, verifica-se a importância do protagonismo indígena na busca de seu espaço, na construção de estratégias adequadas para dar conta das suas necessidades, ao mesmo tempo em que, procura manter a legalidade em seus posicionamentos e direitos.

É importante considerar as necessidades e demandas da comunidade indígena e compreender os papéis que os atores políticos como as lideranças indígenas exercem na dinâmica da aldeia. Rua (2009) aponta que os atores políticos podem ser indivíduos, grupos ou organizações e que há diferenças entre os atores públicos e o privados (os atores públicos são os que exercem funções públicas e mobilizam os recursos associados a esta função e os privados são os que têm grande capacidade de influir nas políticas públicas). Neste sentido, a identificação dos atores em uma política é conclusiva para compreender a problemática na defesa dos interesses ligados a questão.

Desta forma, pode-se considerar a atenção em saúde e a inclusão da atenção em saúde mental na Terra Indígena Guarita, como um interesse dos atores em questão. Há poder do Cacique e de sua liderança na viabilização destas políticas públicas. O poder da organização é mantido e a função do controle social, garantiram a inclusão de um trabalho focal em saúde mental.

Há com isto, a compreensão da função, papel do Conselho Local de Saúde e de seus conselheiros, as políticas públicas podem ser viabilizadas e implementadas. Ao se visualizar que, “os conselhos, como espaços de formação das vontades e da opinião, são também mecanismos de ação, que inserem na agenda governamental as demandas e os temas de interesse público, para que sejam absorvidos, articulados politicamente e implementados sob a forma de políticas públicas” (RUA, 2009, p.50-51).

Quanto às estruturas organizacionais – Ministério da Saúde, com a Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI; e o apoio dos subsistemas – Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEIs – que têm por objetivo “dispor uma rede de serviços de assistência básica hierarquizada e integrada com a rede de complexidade do SUS” (SERAFIM, 2004, p.27); dos Pólos Base – que são “distribuídos regionalmente, de acordo com as localizações das comunidades indígenas” (PASTORE, 2010, p.252) das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígenas (EMSI) – que “são responsáveis pela atenção básica e promoção à saúde da população indígena que vive em aldeia” (PASTORE, 2010, p.252).

Além, das Coordenadorias Regionais de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde, que contribuem com os serviços disponíveis na rede local e a referência e contra-referência dos serviços em saúde; da Política Nacional da Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e a da Política Integral a Saúde Mental das Populações Indígenas, que têm como proposição um trabalho na atenção básica em saúde mental, junto às Unidades Básicas de Saúde (UBS), na Terra Indígena Guarita, defendendo as ações de integralidade, promoção, prevenção, ao primar por um foco e olhar em modelo de atenção diferenciada.

Considerando que, ao guiar-se pelo Manual de Planejamento (BRASIL, 2011), verifica-se que os princípios contidos na Portaria Nº 648 (28/03/2006), que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, para o desenvolvimento da atenção Básica em Saúde Mental para as populações indígenas. Nesta legislação são definidos como um “conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde (...)” (BRASIL, 2011, p.04). Ainda acrescenta que, “a Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável” (BRASIL, 2011, p.04).

Identifica-se que, para a Terra Indígena Guarita, até o ano de 2010, o Pólo Base tido como referência era em Passo Fundo – RS. Em 2011, a ideia de aproximar a referência em saúde das Terras Indígenas fez com que se abrisse mais um Pólo Base no Estado. O município escolhido foi Tenente Portela – RS, para sediar o Pólo Base Guarita, com o objetivo de atender a Terra Indígena Guarita – Tenente Portela/Redentora – RS e a Terra Indígena Inhacorá – São Valério do Sul – RS. Totaliza este Pólo Base, com uma população de aproximadamente de 6.812 indígenas (RELATÓRIO SIASI, 2011). O mesmo está em processo de estruturação e organização de suas atividades, mas, já conta com profissionais na supervisão das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) – Enfermeiras, Odontóloga e Nutricionista, além de administração/chefia própria.

Na Terra Indígena Guarita, existem doze Unidades Básicas de Saúde que contam com Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), composta por: dois (2) médicos, três (3) odontólogos, sete (7) enfermeiros, dezoito (18) técnicos em enfermagem, vinte e dois (22) agentes indígenas de saúde (AIS), treze (13) agentes indígenas de saneamento (AISAN), sete (7) auxiliares de serviços gerais e um (1) auxiliar de saúde bucal (ASB) (PÓLO BASE GUARITA, 2011).

Segundo o Regimento do Serviço de Enfermagem (REDENTORA, 2009), o serviço das UBSs, realizados pelas EMSIs, é desenvolvido a partir do trabalho em equipe. O referido documento também preconiza a garantia à assistência integral aos usuários: física, psíquica e social, a promoção de saúde e programas de educação em saúde. Outro aspecto, definido pelo regimento, refere à qualificação dos profissionais nos serviços em saúde, promovendo a pesquisa e estudos científicos. Além de estabelecer a atuação dos serviços, a partir de redes de cuidado, mantendo um posicionamento ético, ao considerar também os códigos de ética profissionais.

Os serviços ofertados nas UBSs, segundo o mesmo regimento, são na área da enfermagem com o procedimento de acolhimento do usuário, triagem, pré-consulta, atendimentos ambulatoriais, consultas médicas e odontológicas. Além da dispensação de medicamentos, referência e contra-referência em média e alta complexidade.

Compreende-se que, em nível de estrutura de atenção a saúde, a porta de entrada são as UBSs e a partir destas, os usuários são encaminhados, conforme as especificidades e patologias as referências como: o Pólo Base Guarita, a rede de serviços municipais e além das Coordenadorias Regionais de Saúde – 15ª CRS referencia ao Município de Redentora e 19ª CRS ao Município de Tenente Portela.

6.2 ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NA TERRA INDÍGENA GUARITA/RS

O trabalho em saúde mental (FUNASA, 2008), que aconteceu junto às EMSIs, desde o período de final de 2008 a 2011, à comunidade da Terra Indígena Guarita/RS, num primeiro momento, teve o intuito de reduzir o uso abusivo de bebida alcoólica e dar suporte maior às EMSIs. Apesar das iniciativas referentes à abordagem em saúde mental, ter sido considerada como uma área pouco explorada e trabalhada, dentro das UBSs, pelas EMSIs, foi uma forma de integrar as ações em saúde e positivar o trabalho, com vistas a prevenção e a promoção em saúde junto à comunidade.

Compreende-se que, a demanda específica quanto à atenção em saúde mental, com um projeto junto à Terra Indígena Guarita, aconteceu em virtude de um movimento da própria comunidade indígena. O Cacique e sua liderança e o Conselho Local de Saúde, perceberam e em outros momentos foram apontados pelo Ministério Público Federal, que notificou a então responsável pelo subsistema de Saúde Indígena, Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, pelas várias mortes que eram registradas em via pública e tinham como pano de fundo, relação com bebidas alcoólicas – o alcoolismo entre os indígenas.

Desta forma, houve mobilização para estabelecer um trabalho mais pontual, que contemplasse minimamente esta realidade – enquanto política pública, de interesse comunitário e que realmente fosse *in loco*, haja vista, o tamanho da população e os índices que acreditavam estar aumentando em relação aos acidentes, por conta do alcoolismo.

A proposta do projeto em Saúde Mental foi instituída e visava contribuir com o trabalho que já existia em área, em relação à atenção a saúde indígena. Assim, os grandes e maiores parceiros na construção do projeto em Saúde Mental, foram os AIS, além é claro, da contribuição dos outros profissionais das EMSIs. Todavia, os AIS eram as pessoas que tinham o real conhecimento de toda a comunidade, tinham condições de repassar as informações necessárias para que se construísse uma abordagem adequada junto à comunidade, que viabilizasse o respeito cultural e étnico, fundamental para que o projeto também pudesse se viabilizar.

Inicialmente, aconteceram inúmeras resistências, pois, os temas relacionados à Saúde Mental, no enfoque do Alcoolismo, estavam muito distantes da realidade e ao mesmo tempo, avançavam demais, no possível da maioria das famílias que faziam parte da comunidade. Como que, se naquele momento, ainda não estivesse madura, adequada esta proposta de trabalho. Era algo presente, mas, ao mesmo tempo, era o que não se viabilizava, pois, estava velado e ainda intocável.

Aos poucos, através da construção de um diagnóstico situacional, através de entrevistas domiciliares, aconteceu o projeto em Saúde Mental na Terra Indígena Guarita/RS. O referido projeto contou com o apoio da profissional psicóloga e dos AIS, destacando o delineamento do projeto e estratégias de viabilizar as ações. O foco principal para as famílias, o que perturbava e causava desconforto, numa primeira análise, não era a questão do alcoolismo, mas, sim alguns fatores que poderiam antecipar o consumo de bebidas alcoólicas. Havia um desagrado em relação à questão de saneamento básico, em relação à empregabilidade, a falta de oportunidades dentro da própria comunidade, em especial aos adolescentes, aos jovens e em seguida a questão do alcoolismo como um dos agravos que desorganizava as famílias, mas, que muitas vezes, era compreensível, pela própria comunidade como um sintoma social, haja vista, a dureza da realidade, da pobreza e da falta de estrutura, condições sócio-econômicas, de habitação, entre outras, que se vivia ali.

As estratégias de trabalho a partir do que se pode constatar, ler, nas visitas e aplicação do diagnóstico situacional – que constava de uma entrevista dirigida, através de perguntas pré-formadas – foi delineando as ações do trabalho, com temas geradores, com a coletividade, com grupos, mediante oficinas terapêuticas, bem como algumas avaliações psicológicas, terapia breve, educação em saúde, entre outros, renderam bons frutos, além de contribuir com o trabalho desenvolvido junto as EMSIs. Houve neste período, da implantação do projeto em Saúde Mental, a reativação dos grupos de Gestantes, Hipertensos e Diabéticos e Mães com Crianças de 0 a 4 anos. Além da possibilidade de se pensar o protagonismo indígena através de Mostra de Saúde, Educação e Cultura Indígena e suas Interfaces.

Aos poucos, começou a esclarecer-se a proposta do projeto em Saúde Mental a comunidade indígena e deslizou-se da nomenclatura Abordando a Saúde Mental na Terra Indígena Guarita, para Qualidade de Vida. As mulheres geralmente eram as que mais participavam e contribuía com os encontros, também eram elas que traziam as problemáticas de seus lares – conseguindo filtrar as necessidades e encaminhar as

demandas. As crianças, adolescentes e jovens, seguiam nas mesmas dinâmicas de trabalho, muitas vezes nas escolas e em outros momentos com a produção de oficinas, rodas de conversas. Já os homens, compareciam enquanto lideranças e quando motivados para que realmente a comunidade se fizesse presente. Cada sujeito, dentro de sua especificidade e realidade ia se aproximando da proposta em Saúde Mental.

Neste meio tempo, os dias passavam, os meses, os anos (...), o projeto criou corpo e forma própria e a comunidade já identificava como algo positivo, uma possibilidade, havia a compreensão, que era um apoio e suporte a mais dentro das UBS e no meio comunitário, *desmistificando a questão da psicóloga para loucos e ou saúde mental como falta de sanidade, autonomia*. Chegavam à procura de apoio para dar conta do que até então, não se viabilizava no dia-a-dia. Organizaram-se as primeiras internações em saúde mental em hospital geral, encaminhamentos ao CAPS I, encaminhamentos a especialistas, apoio e acompanhamentos com as medicações controladas.

O trabalho desenvolvia-se e a comunidade dava retorno, ao passo que, um dos usuários - alcoolista, conseguiu, após o acompanhamento, internação hospitalar e retorno a comunidade, buscar o lugar de voluntário junto ao Qualidade de Vida. Este ator participava dos encontros, das palestras, dos seminários, das oficinas, expunha a sua história de vida e todo o seu processo de reabilitação, era um dos exemplos de que, é possível, sair, deslizar do vício e retomar a sua vida em comunidade, inclusive.

Quanto aos profissionais que trabalham junto às comunidades indígenas, a questão do desejo em estar e trabalhar junto à comunidade é fundamental. Carecem despojar-se de preconceitos e olhares restritivos, conseguir manter uma postura ética e de respeitabilidade a cultura, tradições, costumes e forma de ser e viver indígena. Langdon (2009) propõe que, “a construção de um modelo de atenção diferenciada para os povos indígenas requer que os profissionais de saúde desenvolvam uma postura reflexiva e antropológica nas suas intervenções em saúde.” (LANGDON, 2009, p.11). Afirma que, é fundamental que os profissionais se mantenham abertos a ouvir e através do que o outro está comunicando, possam compreender o processo de doença e com isto, construir uma atenção diferenciada, que tenha como foco, o respeito aos conhecimentos das práticas em saúde para os indígenas.

O trabalho de atenção em saúde e saúde mental na Terra Indígena Guarita, aconteceu, inclusive, pelas ações diretas desenvolvidas pelas EMSIs, nas UBSs. Desta forma, são estes profissionais que realizam o primeiro acolhimento à população da

comunidade e posteriormente interagem com a rede de apoio, caso haja demanda/necessidade. Foi organizada junto às equipes programações em níveis: municipais, estadual e federal, que eram realizadas em parceria, junto à comunidade.

Da mesma forma, a atuação com o projeto em saúde mental, a acolhida, a formação de grupos, em especial a dinâmica do projeto Qualidade de Vida, as visitas domiciliares, a aplicação de diagnóstico situacional, as avaliações e entrevistas, a terapia breve, a educação em saúde, as oficinas terapêuticas, o trabalho de redução de danos, os acompanhamentos, os encaminhamentos, a busca pelo protagonismo indígena – palestras, conferências, seminários, encontros, as rodas de conversa, a educação em saúde, a produção das mostras de saúde, educação e cultura indígena, a produção de relatórios, entre outros, acontecia em área, com o apoio das EMSIs e o acompanhamento contínuo dos AIS.

Estes trabalhos aconteciam como uma grande engrenagem, mas, não sem percalços e dificuldades. A necessidade de se pensar nas ações de promoção, prevenção da integralidade das ações em saúde, vinculando um trabalho adequado junto à comunidade indígena da Terra Indígena Guarita. A proposição de um fluxo de atenção a saúde mental a junto à população da Terra Indígena Guarita, também foi um dos esforços dos atores tendo em vista as peculiaridades desta Terra Indígena, bem como, o fato da rede de apoio ser diferenciada para toda a Terra (considerando a pertença da Terra a mais de um município) e as referências da mesma forma.

Na interface da integralidade das ações em saúde, o conceito de Fernandes (2008), define com o conjunto de ações e serviços de saúde preventivos e curativos presentes nos diversos níveis de complexidade do sistema. Também assume o conceito de um espaço singular dos serviços que envolvem a articulação entre serviços e ações setoriais e intersetoriais. O referido conceito apresenta relação com os profissionais das EMSIs, apropriando-se da relação de coletividade, da produção dos grupos, de visualizarem a importância da rede de apoio como uma referência à comunidade.

Compreende-se, portanto, a importância ao acesso da população a todos os níveis de complexidade, para poder aceder à integralidade e a integração das práticas de atenção e promoção de saúde junto às Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSIs), norteadas pelas Políticas Públicas, em especial, a Política Nacional da Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e a Política Integral a Saúde Mental das Populações Indígenas.

Desta forma, pensar a Atenção em Saúde Mental a Terra Indígena Guarita/RS, requer além de um modelo diferenciado de atenção à saúde, uma relação de proximidade com a rede de atenção, ao se considerar que existem peculiaridades nesta rede. Neste sentido, a Terra Indígena, compõe somente um território e faz parte de pelo menos dois municípios com Coordenadoria Regionais de Saúde distintas e com a disposição de serviços distintos à população desta mesma Terra Indígena.

Assim, os serviços em atenção à saúde mental que a 15ª CRS disponibiliza e é referência para o município de Redentora, conseqüentemente aos usuários indígenas que lá residem são:

Quadro 01: COMUNIDADES TERAPÊUTICAS EM SAÚDE MENTAL – ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

MUNICÍPIO	COMUNIDADE TERAPÊUTICA
Palmeira das Missões	Comunidade Terapêutica Leão de Judá

Fonte: 15ª CRS, 2011

Constata-se que a oferta de serviços em saúde mental pela 15ª CRS a população de Redentora, é de uma Comunidade Terapêutica, que tem por objetivo, desenvolver a recuperação dos usuários em saúde mental através de Programa Terapêutico-Educativo, que se foca nos objetivos e doutrinas institucionais, que visam à mudança de hábitos e de vida dos usuários do serviço (15ª CRS, 2011).

Quadro 02: HOSPITAIS COM LEITOS ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E PSIQUIÁTRICOS

MUNICÍPIO	HOSPITAL	AD	PSI
Ronda Alta	Hospital dos Trabalhadores	11	08
Jaboticaba	Hospital Santa Rita	14	04
Sarandi	Hospital Comunitário	10	04
Passo Fundo	Bezerra de Menezes	01	01

Fonte: 15ª CRS, 2011

Quanto às internações em saúde mental, a via de acesso é pela central de regulação da 15ª CRS. Compreende-se, contudo, que as CRSs mantêm contato uma com a outra e muitas vezes, referenciam de uma Coordenadoria para outra, os usuários. O caminho para se chegar a internação em hospital geral, com leitos em saúde mental, é através de encaminhamento médico (UBSs), os quais fazem contato com as Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios e ou o Pólo Base, que entram em contato com as

Coordenadorias que realizam, por conseguinte o provimento da vaga e o local de encaminhamento do usuário (15ª CRS, 2011).

E, quanto à 19ª CRS é possível visualizar como referência, para o município de Tenente Portela, em nível de atenção à saúde mental, aos usuários que neste município habitam:

Quadro 3: COMUNIDADES TERAPÊUTICAS EM SAÚDE MENTAL – ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

MUNICÍPIO	COMUNIDADE TERAPÊUTICA
Frederico Westphalen	CT Senhor Cristo Rei
Três Passos	CT Celeiro

Fonte: 19ª CRS, 2011

Estas Comunidades Terapêuticas têm por objetivos, realizarem um trabalho terapêutico-educativo, que se mantém por um programa específico a cada uma, com a ênfase em filosofia de trabalho, espiritualidade e cumprimento de regras rotineiras, as quais os usuários precisam seguir e cumprir no tempo de internação, pensando a mudança de comportamento (19ª CRS, 2011).

Quadro 4: HOSPITAIS COM LEITOS ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E PSIQUIÁTRICOS

MUNICÍPIO	HOSPITAL	AD	PSI
Caiçara	Sociedade Hospitalar	6	4
Frederico Westphalen	Divina Providência	10	7
Iraí	Hosp .N. Srª Auxiliadora	10	7
Nonoai	Comunitário	6	6
Palmitinho	Sta Terezinha	6	4
Tenente Portela	Hosp. Stº Antonio	10	7
Três Passos	Hospital de Caridade	08	0

Fonte: 19ª CRS, 2011

O funcionamento e as referências aos hospitais gerais com leitos em Saúde Mental na 19ª CRS, é o mesmo utilizado pela 15ª CRS, salientando a relação que as Coordenadorias mantêm quanto a viabilizar leitos, quando por ventura, possa estar faltoso em uma das CRSs para as internações em saúde mental (19ª CRS, 2011).

Verifica-se que as Coordenadorias Regionais de Saúde possuem uma estrutura que se viabiliza a partir das demandas locais e de referências e contra referências, às

populações indígenas e não-indígenas, haja vista, o que preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS): a equidade, a integralidade e o acesso universal da população aos serviços.

Ao realizar a reflexão e discussão dos Quadros 01 e 03, é permitido constatar a quantidade e onde estão localizadas as Comunidades Terapêuticas em Saúde Mental – Álcool e Outras Drogas e que as mesmas, ao fazerem parte da rede em saúde mental, servem como uma possibilidade para referenciar os usuários indígenas.

O que se compreende é que há uma necessidade de avaliação em relação às comunidades terapêuticas, quanto à adequação de um tratamento, no que tange o isolamento do usuário indígena e as restrições quanto aos vínculos familiares, que são fundamentais, pesando inclusive, a distância em quilometragem do local onde reside e por estar demarcada a forte relação com a sua comunidade de origem, seus costumes, sua forma de viver e ser. Ao considerar que, as comunidades terapêuticas, em sua maioria estabelecem regras e formas rígidas de condutas internas.

Ao indígena, poderá ser complexa a perda da liberdade, o regramento, a falta do seu espaço, (...). Conforme menciona Stock (2011), “... trabalhar no território indígena, antes mesmo de construirmos soluções conjuntas para os problemas, é compreender o que faz sentido para determinado povo” (STOCK, 2011, p.07). É fundamental, segundo Stock (2011), uma visão transcultural da subjetividade, de buscar saber como um problema em saúde mental é visto pela comunidade, compreender a genealogia do sofrimento, para então, juntos pensar alternativas possíveis de cuidado. E, não apenas enquadramentos, seguimento de uma normativa sistematizada.

Durante o período de atuação do Projeto em Saúde Mental junto à Terra Indígena Guarita/RS – 2008-2011 procedeu-se apenas uma (01) internação de usuário indígena em comunidade terapêutica e o tempo de permanência na mesma foi consideravelmente reduzido, por motivos de adaptação e indisponibilidade de acessar as normativas institucionais. Visualiza-se esta forma de encaminhamento, diante das circunstâncias e da experiência vivenciada, como pouco produtiva em nível de tratamento à população.

Quanto à análise e reflexão dos Quadros 02 e 04, que mencionam os leitos em Saúde Mental em Hospital Geral, da mesma forma, que as Comunidades Terapêuticas, também acabam cerceando a liberdade e vindo de um lugar de privação do convívio comunitário, mas, ainda apresentam-se como uma alternativa mais próxima dos usuários. Langdon (2009) propõe que, “a escolha de uma terapia ou outra depende do

andamento da doença e que esta escolha é guiada por várias considerações, entre elas a percepção de seu prognóstico e sua causa e as experiências individuais e grupais com as possíveis alternativas de tratamento”. (LANGDON, 2009, p.05-06).

Ainda Langdon (2009), aponta que, fatores que não estão relacionados somente a cultura, também podem influenciar na configuração do tratamento, como: “tempo ou distância do tratamento, custos econômicos e os conflitos e alianças nas redes sociais. Em geral, quando os serviços da biomedicina são acessíveis, eles também fazem parte do itinerário terapêutico e rejeição plena da biomedicina é rara” (LANGDON, 2009, p.05-06).

A aceitação e adesão ao tratamento, às internações em leitos em saúde mental, se tornaram mais próximas da comunidade, já que por outras patologias, que não as em saúde mental, também há rotineiramente internações hospitalares. Em média neste período do Projeto em Saúde Mental junto à Terra Indígena Guarita/RS – 2008-2011 verificou-se o registro de aproximadamente (37) internações em saúde mental entre psiquiátricas e álcool e outras drogas, sendo a maior nesta última categoria.

Quadro 5: CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS

MUNICÍPIO	CAPS
Frederico Westphalen	CAPS
Tenente Portela	CAPS I – Regionalizado
Três Passos	CAPS

Fonte: 19ª CRS, 2011

Há no município de Tenente Portela um CAPS I - Regionalizado, que atende mais três municípios da região (Derrubadas, Vista Gaúcha e Miraguaí), pois, somente desta forma, obtinha-se população suficiente para a sua implantação, conforme as Portarias 336/2002 e 189/2002.

Verifica-se, portanto, que a população referenciada a 19ª CRS, no município de Tenente Portela, está mais bem assistida quanto a referencia em saúde mental. Ao considerar que o número de habitantes/população no município de Redentora e de cobertura da 15ª CRS é insuficiente para que haja a implantação de um CAPS.

Dentro deste contexto, é possível referir que o número de usuários que foram referenciados aos CAPS I de Tenente Portela e permaneceram em tratamento são de 10 usuários, no período de atuação do Projeto em Saúde Mental na Terra Indígena

Guarita/RS (2008-2011). Entende-se que em relação a este serviço, os usuários que residem no Município de Redentora permanecem sem vias de acesso.

Ao sequenciar os dados coletados, após o referencial das Coordenadorias Regionais de Saúde e tê-los sistematizado, em relação à realidade local, observou-se a oferta e quais os serviços em saúde mental estão disponíveis, junto às redes Municipais.

No município de Tenente Portela a Atenção à Saúde Mental, proposta no Plano Municipal de Saúde – 2010-2013 tem como objetivo maior a ênfase ao trabalho desenvolvido pelo CAPS I, que realiza acompanhamento clínico e a reinserção social do usuário, pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários, compreendendo que é um serviço de atendimento em saúde mental que se propõe a substituir as internações em hospitais psiquiátricos.

Ao considerar que, a estrutura do CAPS I, em termos de equipe técnica e no foco da dispensação de medicamentos, contribui de maneira substancial e agrega vínculos em relação aos usuários indígenas, que recebem um acompanhamento inicial, e conseguem, com o passar do tempo, ter o CAPS I como uma das referências em saúde mental e usufruírem deste serviço da rede.

Assim, em nível de organização da rede de Atenção a Saúde Mental no município de Tenente Portela, visualiza-se: porta de entrada – a atenção básica, com Estratégia da Saúde da Família – ESF e as Unidades Básicas de Saúde – UBS, o Centro de Atenção Psicossocial Regional - CAPS I, o Núcleo de Atenção a Saúde da Família - NASF, a Associação Hospitalar Beneficente Santo Antônio - Hospital Geral, com leitos em Saúde Mental. Compreende-se que, dentro da disponibilidade da 19ª Coordenadoria Regional de Saúde, existem ainda as Comunidades Terapêuticas, que podem ser ofertadas como possibilidades aos usuários.

Quanto ao município de Redentora, o Plano Municipal de Saúde 2010-2012, apresenta como foco em Atenção em Saúde Mental, os grupos de apoio: saúde mental e educação em saúde; há junto à atenção básica uma profissional na área da psicologia que realiza os atendimentos clínicos. Em nível de referência e contra-referência para toda a atenção em saúde, existem parcerias com outras Coordenadorias Regionais de Saúde e com isto há hospitais gerais com leitos em saúde mental que acolhem a população do município.

Existem algumas diferenciações em relação à rede de Atenção à Saúde Mental disponível no Município de Tenente Portela em relação ao Município de Redentora, por

isto, a importância da compreensão e boa utilização dos serviços ofertados pela rede em prol à comunidade da Terra Indígena Guarita/RS.

Segundo Stock (2011), para garantir o acesso dos serviços dispostos na rede à população indígena, é fundamental que haja o entendimento diferenciado da saúde mental, o qual proporcionará a escuta do sofrimento subjetivo em suas diferentes graduações, formas e significações, ampliando o acesso das práticas de cuidado para as pessoas que estão em sofrimento. Compreendendo-se que não basta somente a existência e disponibilidade dos serviços é indispensável à escuta, a sensibilidade e o trabalho da equipe que acompanha os sujeitos que vivem na comunidade.

Ao que Langdon (2009) também propõe quanto aos profissionais das EMSIs, marcando que, precisam ter uma postura de ouvinte, estarem preparados para deixar o usuário falar sobre a sua experiência, expressar com as suas palavras o que vêm sentindo, o que lhes acontece; que o profissional não passe a filtrar essa narrativa para ouvir somente o que é importante para visão biomédica e bloqueie com isto, os aspectos sociais e culturais que fazem parte do entendimento do usuário.

Pode-se absorver, aprender muito com as narrativas dos usuários. Poder escutar a singularidade, o que e a quem aquele sujeito está referenciado para tomar uma ou outra decisão quanto ao seu tratamento, por exemplo – a família, aos vizinhos, a coletividade do pensamento comunitário, a liderança indígena (...). Muitas vezes, levar-se-á meses na condução deste trabalho, haja vista, o ciclo de pessoas que terão que ser escutadas, visitadas, acolhidas e fazem parte do tratamento, do olhar e atenção em saúde mental.

Assim, pensar na possibilidade da organização do fluxo junto à Rede de Atenção a Saúde Mental, remete a reflexão, análise e discussão do que propõe Pellegrini (2009), em que “os serviços de saúde onde atuamos é uma das opções de tratamento nos casos de doença, e sua utilização por parte das comunidades indígenas dependem de fatores de ordem econômica, política, social e cultural que interferem em cada caso particular de doença”. (PELLEGRINI, 2009, p.05). O autor refere que, os profissionais estão sempre sendo avaliados pela comunidade em que trabalham, desde as práticas, os hábitos, os costumes, as atitudes.

Desta forma, diante da peculiaridade, da realidade da comunidade indígena, não basta, tão somente, agregar todos os serviços em Saúde Mental que existe na rede e com isto, propor a organização de um fluxo para a facilitação do trabalho da gestão e da assistência em saúde. É imprescindível o entendimento de como se processa a relação

saúde/doença, a(s) rede(s) – internas (em Terra Indígena) e externa (fora da comunidade), o trabalho das EMSIs, além da postura dos profissionais.

Trabalhar a saúde mental, na Terra Indígena Guarita/RS, diz da possibilidade de articular redes - interna e a partir daí, avançar para a rede externa. Kuschnir, Chorny e Lira (2010), apontam que a rede de atenção “constitui-se num conjunto de unidades de diferentes perfis e funções, organizadas de forma articulada e responsáveis pela provisão integral de serviços de saúde à população de sua região” (KUSCHNIR, CHORNY e LIRA, 2011, p.52).

Os autores apontam que um território que existe no mundo real, tem base não apenas territorial e populacional, mas também social e cultural e que, “um dos maiores desafios ao planejamento e à programação é a questão de como traduzir o conceito de rede de serviços para uma determinada realidade. Se as regiões (e os distritos) são diferentes, também são diferentes seu perfil epidemiológico, suas demandas e suas necessidades” (KUSCHNIR, CHORNY e LIRA, 2010, p.52-53).

Ouriques (2000) refere à importância das instituições governamentais construir estratégias conjuntas com os grupos indígenas; compreender que somente desta forma, os objetivos poderão ser reconhecidos tanto pela população, quanto pelo setor público. “Somente os grupos indígenas podem apontar o caminho para construção de projetos que tragam respostas efetivas para as comunidades, ao considerar os resultados almejados pelos mesmos” (OURIQUES, 2000, p.10).

Assim, ao visualizar que há uma rede de serviços em saúde mental, em nível regional e municipal/local, que existem relações de protagonismo e vínculo junto à comunidade da Terra Indígena Guarita/RS, que existe um Plano Nacional de Ação em Saúde Mental que busca apontar vias de acesso que vem contribuir com o processo saúde/doença, no que tange a atenção a saúde mental a população indígena, é possível apontar: “para a efetiva implementação da Política Nacional de Saúde Mental e dos princípios estabelecidos no SUS, é necessário ter em conta as particularidades específicas da população indígena que permitem intervir para obter resultados benéficos em saúde” (BRASIL, 2011, p.05).

Considera-se, também, segundo BRASIL (2011), ao apontar que na Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, “a questão de saúde mental não apresenta um destaque específico, encontra-se uma menção sobre “agravos de violência (suicídios, agressões e homicídios, alcoolismo)” no sub-item 4.6 Promoção de Ações Específicas em Situações Especiais” (BRASIL, 2011, p.05). Demonstra-se então, a importância da

articulação, produção de subsídios, de estratégias que possam contribuir com um olhar, uma abordagem quanto à questão da saúde mental às populações indígenas.

6.3 CONSTRUIR POSSIBILIDADES: O FLUXO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL JUNTO À TERRA INDÍGENA GUARITA/RS

A leitura e sistematização dos dados coletados, a organização da rede de serviços, tendo presente a Portaria Nº 2.759/07, que “estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas (...)”, é possível identificar como resultado, a possibilidade de construir um fluxo junto à Rede de Atenção a Saúde Mental junto à população da Terra Indígena Guarita/RS:

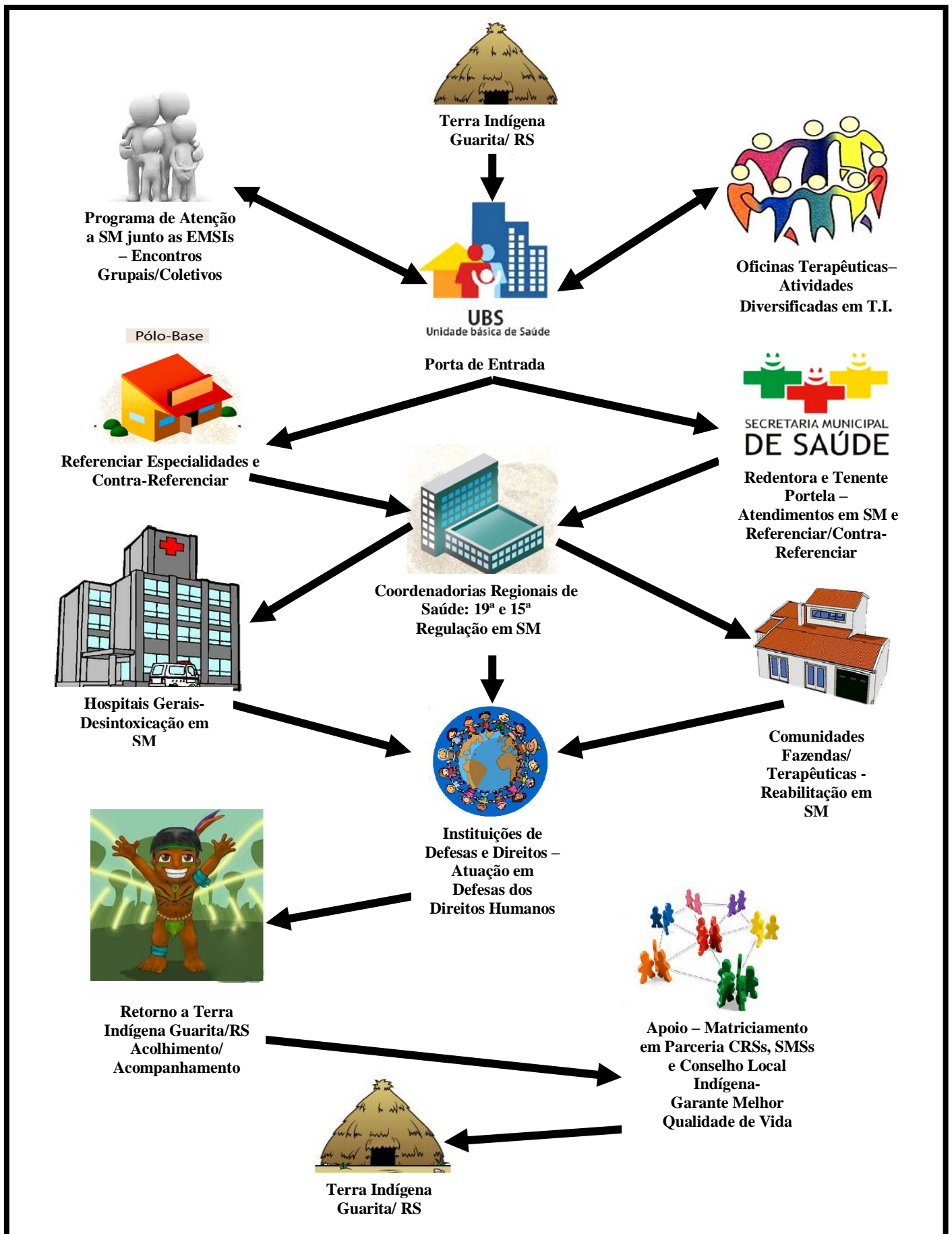
- 1. Porta de entrada:** acolhimento dos usuários pelos profissionais das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígenas (EMSIs), que têm como referência as Unidades Básicas de Saúde (UBS) – a atenção básica;
- 2. Programa de Atenção a Saúde Mental na Terra Indígena Guarita:** desenvolvido e ofertado pelas EMSIs – com encontros grupais e coletivos; abordagens em Saúde Mental – mapear a realidade da comunidade, para a organização de estratégias condizentes com a mesma; contar com o apoio do controle social e veicular o protagonismo indígena;
- 3. Oficinas Terapêuticas, Redução de Danos, Economia Solidária:** dentro da realidade das EMSIs e em especial da comunidade indígena, montar junto/com apoio as lideranças indígenas, conselho local de saúde, educação/escolas, assistência social, organizações não governamentais, cooperativas, entre outras instituições que atuem na Terra Indígena Guarita, espaços que contemplem e proporcionem atividades diversificadas aos usuários, como trabalho, lazer, cultura, esporte, entre outros, que viabilizem os objetivos terapêuticos (em área);
- 4. Secretarias Municipais de Saúde:** encaminhamentos conforme as demandas/necessidades da comunidade – atendimentos especializados

(psicológico, terapia ocupacional, médico psiquiatra...); participação em grupos em saúde mental: de apoio, de auto-ajuda (...); ao **Núcleo de Atenção a Saúde da Família – NASF** (com as suas especialidades profissionais); ao **Centro de Atenção Psicossocial - CAPS I** (atenção profissional especializada);

5. **Pólo Base:** referencia e acompanha, conforme a demanda/necessidade a especialidades – psiquiatra, neurologista, entre outros;
6. **Coordenadorias Regionais de Saúde (15ª CRS e 19ª CRS):** referência e contra-referência - regulação dos usuários para viabilizar leitos em saúde mental, em hospitais gerais – internações; Regulação de vagas para fazendas terapêuticas;
7. **Hospitais Gerais de Referência** – leitos específicos para usuários em saúde mental – psiquiátricos e álcool e outras drogas;
8. **Fazendas Terapêuticas** – desenvolvimento de programas de recuperação terapêutico-educativo, com usuários em dependência química e etílica;
9. **Instituições de Defesa dos Direitos dos Usuários:** instituições de ordem jurídica e ou social, que atuam em defesa dos direitos humanos – individuais e ou coletivos. Como: Ministério Público Federal, Conselhos – Conselho Tutelar; da Criança e Adolescente, do Idoso, da Saúde, da Assistência Social, entre outros, CRAS – Centro de Referência da Assistência Social, CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social, entre outros;
10. **Retorno:** Terra Indígena Guarita, novamente com a contra-referência do tratamento, as EMSIs, realizar o acolhimento e acompanhamento contínuo do usuário, inserindo-os aos programas e grupos ofertados (pré-agendados) junto a EMSIs, estabelecer junto ao usuário um programa terapêutico, conforme as suas necessidades, indicações e demandas;
11. **Apoio:** As EMSIs poderão ser apoiadas pelos profissionais das SMSs – que respondem pelas ações em Saúde Mental e pelos profissionais das CRSs, que

também respondam pela saúde indígena junto aos municípios; pensar a relação de apoio/matriciamanto e a interlocução para que o usuário consiga dentro desta rede e de todo o seu contexto, manter uma melhor qualidade de vida.

1. Fluxograma da Rede de Atenção à Saúde Mental junto à Terra Indígena Guarita/RS



A construção de uma proposição, uma possibilidade de fluxo a atenção à saúde mental junto à comunidade da Terra Indígena Guarita/RS, surge para contribuir e viabilizar algumas demandas que por ventura estejam/possam ficar reprimidas, contudo, também pode ser útil para motivar algumas estratégias de gestão que possam dinamizar o trabalho em área e referenciar os lugares de fala, escuta e interlocução junto à comunidade.

Ao considerar o que escrevem Kuschnir, Chorny e Lira (2010), quanto à configuração da rede de serviços de saúde efetiva, “é necessário (...) o conjunto de unidades que trabalhe de forma articulada, responsabilizando-se pela atenção integral à população de sua região (ou distrito, ou microrregião).” (KUSCHNIR, CHORNY e LIRA, 2010, p.67).

A saber, que, segundo Serafim (2004), “para a efetivação da política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas, destacou-se a necessidade de uma rede de serviços básicos de saúde nas terras indígenas, a fim de superar as deficiências de cobertura, as dificuldades de acesso e aceitabilidade do SUS para esta população” (Serafim, 2004, p.26). E, ainda que, a eficácia do Sistema estava alocada aos princípios e diretrizes da descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social. Permanecia a ênfase no processo saúde-doença, havia o respeito às concepções, valores e práticas próprias de cada sociedade indígena.

A autora menciona que, não é somente o sistema, com um olhar tecnológico, de conhecimento e biomédico, que faz a diferença para a cura, para o tratamento dos povos indígenas, mas também, a abordagem holística, que considerava as relações individuais, familiares e comunitárias com o universo que rodeia as comunidades. “As suas práticas de cura conceituam uma lógica interna de cada comunidade e sua relação com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem” (SERAFIM, 2004, p.26);

E que, por fim, a esta análise e discussão dos resultados, Stock (2011), propõe que, quanto à denominação saúde mental – é uma intervenção da sociedade ocidental, não fazendo parte da cosmologia dos povos indígenas. Daí o cuidado quanto à imposição de valores e a possibilidade de compreensão da dinâmica de vida, dos processos de saúde/doença, não acreditando que haja uma verdade absoluta.

Assim, a possibilidade, neste momento, da organização deste fluxo junto à Rede de Atenção a Saúde Mental à comunidade da Terra Indígena Guarita/RS, ao compreender que, o mesmo, está como um referencial a gestão e contribuirá para

mediar e dar suporte ao trabalho da assistência em área, ao permanecer como uma possibilidade, mantendo o dinamismo e circulando conforme as demandas e necessidades desta comunidade, bem como, a realidade da rede de serviços disponíveis.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Pensar as políticas públicas em saúde mental à população indígena é poder estar referenciado a uma estrutura organizacional e legal, que garantam, estabeleçam diretrizes que amparem e dêem sentido ao processo saúde/doença, conforme estabelece a Portaria Nº 2.759 de 25 de outubro de 2007, em seu Art.1º, inciso I, que remete ao apoio e ao respeito em relação às diversidades étnicas e das comunidades indígenas, ao considerar: valores, economias, tecnologias, modos de organização, de expressão e de produção de conhecimento, para identificar problemas, mobilizar recursos e criar alternativas para construção de soluções para os problemas da comunidade.

Assim, construir possibilidades, a organização de um fluxo junto à Rede de Atenção a Saúde Mental a População da Terra Indígena Guarita/RS, mediante as necessidades reais desta comunidade, servem como a via de compreensão do porque as Políticas Públicas estão e pode existir em favor dos sujeitos, na garantia de seus direitos.

A motivação ao produzir esta pesquisa, esteve na compreensão de que poucos referenciais existem na área da atenção a saúde mental indígena e que, para a gestão, é imprescindível que haja vias de apoio que garantam o bom andamento e facilitem o trabalho da assistência em saúde, junto à comunidade.

Desta forma, com a coleta de dados focada ao referencial documental e bibliográfico, foi possível analisar e sistematizar informações, concomitantemente discuti-las, para haver a compreensão de como está disposta a Rede de Atenção a Saúde Mental e com isto, veicular possibilidades e alternativas de organizar, construir um fluxo junto a esta Rede de Atenção a Saúde Mental da comunidade da Terra Indígena Guarita/RS.

Pode-se constatar, a partir da sistematização, análise e discussão dos dados apontados nos quadros, que referenciavam os serviços ofertados pela Rede em Saúde Mental, em níveis regional e local, que não há a mesma cobertura dos serviços em saúde mental em todo o território da Terra Indígena Guarita/RS. Haja vista que, existe uma Terra Indígena e dois municípios e duas coordenadorias de referencia. Compreendendo-se com isto que, parte da população pode permanecer descoberta quanto alguns tipos de

atendimentos, como na defasagem de CAPS junto à 15ª Coordenadoria Regional de Saúde, que referencia o município de Redentora, onde a população é mais numerosa.

Outro ponto que vale enfatizar é a própria construção desta possibilidade, ao se pensar a organização do fluxo de Atenção a Saúde Mental junto à Terra Indígena Guarita/RS, havendo participação dos atores sociais – dos indígenas neste processo de construção. Daí, a grande compreensão, de que, sem o protagonismo indígena, não há política pública viável e possível para comunidade.

Compreender que existe saberes indígenas que circulam no meio social, dentro da organização interna em área e que estes saberes podem ser agregados, trabalhados junto ao conhecimento da comunidade não-indígena, dos profissionais da área da saúde, pode ser a questão primordial ao se trabalhar com o enfoque da saúde e saúde mental indígena.

Então, existe um fluxo de rede de atenção à saúde mental junto a Terra Indígena Guarita/RS, possível? Sim, existe um possível, existe a construção da possibilidade deste possível, mas, esta possibilidade não é estanque, haja vista, a necessidade de escuta e interlocução com a comunidade rotineiramente, para se compreender o que realmente é doença, tratamento, busca pela cura, cura do sujeito, do coletivo, saúde, em última instância.

É nestes termos que, estar sustentado pelas Políticas Públicas, em especial, a Política Nacional da Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e a Política Integral a Saúde Mental das Populações Indígenas, que se pode concluir que, há a sustentação da problematização do tema, desta pesquisa, que pode servir de referencial para outras, ao se pensar em todos os pontos trabalhados, como: a rede, os serviços disponíveis, a construção de um fluxo possível, os atores sociais – os indígenas, os profissionais que compõe as equipes multidisciplinares de saúde indígena, entre outros. Enfim, a visualização deste trabalho em gestão, pode contribuir substancialmente para o trabalho da assistência, ao garantir a integralidade das ações na atenção em saúde.

8. REFERENCIAL:

BALLIVIÁN. José M. Palazuelos. **Artesanato Kaingang e Guarani: Territórios Indígenas** – Região Sul. São Leopoldo: Oikos, 2011, p. 260.

BECKHAUSEN, Marcelo da Veiga. As consequências do reconhecimento da diversidade cultural. In.: **Povos Indígenas e Políticas Públicas da Assistência Social no Rio Grande do Sul**, 2002, p.08-15.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde – FUNASA. **Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas**, janeiro/2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde – FUNASA. **Manual de Atenção à Saúde da Criança Indígena Brasileira – Orientações Técnicas**, maio/2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano de Ação em Atenção Básica em Saúde Mental para as Populações Indígenas – Manual de Planejamento**. Brasília, 2011, p.35.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena - **Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena – SIASI**, outubro/2011.

BRASIL, Fundação Nacional de Saúde. **Projeto vigisus – resultados**. Abril, 2008, p.20.

BRASIL. Lei 8080/ 90. Presidência da República. **Lei Orgânica da Saúde**, disponível em www.gov.br/legislacao, acesso em 07/01/2012.

BRASIL. Lei Federal 10216/2001. **Dispõe sobre os Direitos das Pessoas com Sofrimento Mental**, disponível em www.saude.gov.br/saudemental/legislacao, acesso em 05/01/2012.

BRASIL. Lei nº 9.836/1999. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e**

recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, disponível em http://www.funasa.gov.br/web%20Funasa/Legis/pdfs/leis/lei%209836_1999.pdf, acesso em 05/01/2012.

BRASIL, Lei nº 8.101/1990. **Dá nova redação ao art. 11 da Lei nº8.029, de 12 de abril de 1990**, disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8101.htm, acesso em 05/01/2012.

BRASIL, Decreto nº 3.156/1999, **Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas**, disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/decreto_3156_27_08_99_si.pdf, acesso em 05/01/2012.

BRASIL. Portaria nº 189/2002. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/37_Portaria_189_de_20_03_2002.pdf, acesso em 05/01/2012.

BRASIL, Portaria nº 648/2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**, disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>, acesso em 05/01/2012.

BRASIL. Portaria 2.759. Disponível em http://www.fiscolex.com.br/doc_1213610_PORTARIA_N_2759_DE_25_DE_OUTUBRO_DE_2007.aspx, acesso em 05/01/2012.

BRASIL, Portaria nº 254/2002, disponível em http://www.funasa.gov.br/web%20Funasa/Legis/pdfs/portarias_m/pm_254_2002.pdf, acesso em 07/01/2012.

BRASIL, Portaria nº 336/GM/2002, disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>, acesso em 07/01/2012.

BRISUELA. Felipe. Políticas Públicas na perspectiva Guarani. In.: **Povos Indígenas e Políticas Públicas da Assistência Social no Rio Grande do Sul**, 2002, p. 18-19.

CONSELHO DE MISSÃO ENTRE ÍNDIOS – COMIN. **Modo de ser Guarani – Mbyá Reko Régua**. Semana dos Povos Indígenas, 2009, p.26.

COUTINHO, Clara Pereira. CHAVES, JOSÉ HENRIQUE. **O estudo de caso na investigação em Tecnologia Educativa em Portugal**. Portugal. Universidade do Minho: Revista Portuguesa de Educação, 2002, 15(1), p. 243

FALCADE, Noelí Teresinha e LUCKMANN, Sandro. Espaço de Revitalização da Cultura na Promoção da Saúde: Uma experiência em Ater na TI Guarita. In.: **Experiências de Assistência Técnica e Extensão Rural junto aos Povos Indígenas: O Desafio da Interculturalidade**. Brasília, DF: NEAD/SAF, 2010, p. 215-233.

GARNELO, Luiza. PONTES, Ana Lúcia (org). **Saúde indígena uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECADI, 2012, p. 280.

GASPARETTO, Luciane Magalli Owerghoor. Tenente Portela dos Índios: os séculos da presença indígena nos cinquenta anos do Município de Tenente Portela, RS. In.: **Memórias de Tenente Portela e Municípios Descendentes**, Ijuí: Ed Unijuí, 2006, p. 17-36.

GOVERNO DO ESTADO DO RS. **Departamento de Ações em Saúde – Seção de Saúde Mental e Neurológica**. 2008. mental@saude.rs.gov.br; www.saudementalrs.com.br (apresentação em power point).

KUSCHNIR, Rosana Chigres, CHORNY, Adolfo Horácio e LIRA, Anilka Medeiros Lima. **Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC [Brasília]: CAPES:UAB, 2010, p.180

LANGDON, E. Jean. A Construção Sociocultural da Doença e seu Desafio para Prática Médica. Curso de Especialização em Saúde Indígena. UAB/UNIFESP, 2009. In.: **Parque Indígena do Xingú: Saúde, Cultura e História**. Ed. Terra Virgem, São Paulo, 2005.

LOPES, Fernanda Dias. **Seminário de Metodologia da Pesquisa - aspectos operacionais para elaboração do TCC**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Escola de Administração – EA, Porto Alegre, set.2011. p.19.

MATTOS, Ana Maria. FRAGA, Tânia. **Normas para apresentação acadêmica da escola de administração à NBR 14724 de 2011**, Porto Alegre, 2011, p.55.

NEVES, Tatiana Pereira. Reflexão sobre a Promoção da Saúde. **Revista Espaço Acadêmico**, nº 62, ano VI, julho/2006.

OURIQUES, Luciana F. **A Pesquisa Antropológica como a Ação: o caso exemplar do Projeto de Redução de Danos causado pelo Uso Abusivo de Bebidas Alcoólicas entre os Mbyá-Guarani do RS**. Projeto Vigisus/FUNASA, 2000, p.10.

PASTORE, Elisabeth Pasero. Reflexões sobre a Experiência de Gestão Pública em Saúde Mental Indígena no Estado de São Paulo. In.: Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região (org.), **Psicologia e Povos Indígenas**. São Paulo: CRPSP, 2010, p. 250-258.

PELLEGRINI, Marcos. **Sistemas de Atenção à Saúde e contato entre Saberes: para uma reflexão sobre as práticas**. Curso de Especialização em Saúde Indígena, UAB/UNIFESP, 2009, p.06.

RAMOS, Antonio Dari, et al. **Diálogos Interculturais: identidades indígenas na escola não indígena**. Campinas, SP: Curt Nimuendajú, 2006, p.80.

REDENTORA, Prefeitura Municipal. **Secretaria Municipal de Saúde: Plano Municipal de Saúde – 2010-2012**. maio/2010, 49 p.

REDENTORA, Prefeitura Municipal. **Regimento do serviço de Enfermagem**. 2009, p. 12.

RUA, Maria das Graças. **Políticas Públicas**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC[Brasília]:CAPES:UAB, 2009, p.130

SAITO, Raquel Xavier de Sousa. **Integralidade da Atenção: Organização do Trabalho no programa Saúde da Família na Perspectiva Sujeito-Sujeito**, São Paulo: Martinari, 2008, p.119-158.

SERAFIM, Maria das Graças. Política Nacional de atenção aos Povos Indígenas – Situação da Criança Indígena no Brasil. In.: **Manual de Atenção à Saúde da Criança Indígena Brasileira**, Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004, p.23-33.

SILVA, Ana Lúcia da. **Análise da Implantação da Estratégia para Qualificar a Gestão da Atenção Básica de Saúde Indígena na Terra Indígena Guarita, no Município de Redentora – RS**. Porto Alegre, 2006, p.46.

SILVA, Anelise Kirst. MAYER, Manoel Jr. **Sobre os Desafios da Integralidade na Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**.

STOCK, Bianca Sordi. Os Povos Indígenas e a Política de Saúde Mental. **Cadernos IHU Ideias**. São Leopoldo, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Instituto Humanitas Unisinos, Ano 9, nº 145, p.01-25, 2011.

TELLES, Lucila Silva. **Maino’i rape – O caminho da sabedoria**. Rio de Janeiro: IPHAN, CNFPC:UERJ, 2009, p. 76.

TENENTE PORTELA, Prefeitura Municipal. **Secretaria Municipal de Saúde: Plano Municipal de Saúde 2010-2013**, maio/2011, 114 p.

WISNIEWSKI, Fernanda. A Terra Indígena do Guarita – RS e o seu Processo de Formação. **Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH**. São Paulo, julho, 2011.

ANEXOS

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, **Fernanda Furini**, psicóloga, sob registro profissional nº 07/11399, especializanda no Curso em Gestão em Saúde, EaD, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, orientada pela professora Roberta Alvarenga Reis, venho por meio deste, solicitar a autorização para realizar pesquisa documental e coleta de dados populacionais, para desenvolver/complementar o meu trabalho de conclusão de curso, cuja temática é *Propor a organização do fluxo da Rede de Atenção à Saúde Mental a população da Terra Indígena Guarita Tenente Portela/Redentora - RS, considerando a integralidade das ações em Saúde junto as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI's) preconizadas pelas Políticas Nacional da Atenção à Saúde das Povos Indígenas e a Política Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas.*

Certa de poder contar com a vossa compreensão, aceitação e disponibilidade, desde já agradeço.

Tenente Portela, 16 de dezembro de 2011.


Fernanda Furini
Especializanda em Gestão em Saúde - UFRGS

AUTORIZADO POR: 

CARGO/FUNÇÃO: _____

Jelaide F. D. Heidemann
Secretaria Municipal de Saúde
Port. Nº 008/2011

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, **Fernanda Furini**, psicóloga, sob registro profissional nº 07/11399, especializanda no Curso em Gestão em Saúde, EaD, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, orientada pela professora Roberta Alvarenga Reis, venho por meio deste, solicitar a autorização para realizar pesquisa documental e coleta de dados populacionais, para desenvolver/complementar o meu trabalho de conclusão de curso, cuja temática é *Propor a organização do futuro da Rede de Atenção à Saúde Mental a população da Terra Indígena Guarita Tenente Portela/Redentora – RS, considerando a integridade das ações em saúde junto as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) preconizadas pelas Política Nacional da Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e a Política Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas.*

Certa de poder contar com a vossa compreensão, aceitação e disponibilidade, desde já agradeço.

Tenente Portela, 16 de dezembro de 2011.

Fernanda Furini
Fernanda Furini

Especializanda em Gestão em Saúde – UFRGS

AUTORIZADO POR: *Clarly Alencar*
CARGO/FUNÇÃO: *Responsável pela SMS.*