

A INSERÇÃO DO PSICÓLOGO NA SAÚDE MENTAL INDÍGENA

THE INSERTION OF THE PSYCHOLOGIST IN INDIGENOUS MENTAL HEALTH

Thais H. Santana¹
Wesley Leão da Silva²
Leonardy Negrini³

RESUMO: Diante dos desafios na busca da temática da saúde mental indígena, esse trabalho tem como objetivo compreender qual o lugar do profissional psicólogo no âmbito da saúde mental indígena. Buscamos apresentar no primeiro momento do trabalho, o que é saúde mental, e saúde mental indígena. Procurando assim, ter como embasamento teórico, leis que planejam e regulamentam as diretrizes da saúde indigenista e como é realizada a inserção do profissional psicólogo diante dessas diretrizes. Sendo que o trabalho tem como principal foco levantar dados de como é realizado o acolhimento dos indigenistas de Mato Grosso, que necessitam de atendimento na saúde mental e que chegam a capital Cuiabá. Tendo como método de pesquisa, o estudo cartográfico procurando fazer um mapeamento de como é realizado o planejamento, regulamento e execução da saúde mental indígena.

Palavras Chaves: Saúde mental Indígena, Normatização da Saúde Indígena e Inserção da Psicologia.

ABSTRACT: This study aims to understand and report on What place does of the psychologist in the context of indigenous mental health in view of the challenges in the pursuit of the thematic of indigenous mental health. We sought to present in the first moment of the work what is mental health, and specifically the indigenous mental health. Seeking thus having as theoretical foundation, planning laws and govern the guidelines of indigenist health and how the placement of the psychologist is performed on these guidelines. Whereas the article is mainly focused on collecting data, and find out how it's performed the hosting of Mato Grosso indigenist, who need care in the mental health and who come to Cuiaba, coming from other cities. Having as a research method, the study cartographic, seeking to do the mapping is performed as planning, regulation and implementation of indigenous health metal.

Key-Words: Indigenous Mental Health, Norming of Indigenous Health, The insertion from psychology in indigenous.

1. INTRODUÇÃO

O motivo pelo qual os pesquisadores se interessaram em estudar as questões da saúde indígena, parte do princípio de estarem relacionado com essa cultura, desde o princípio de nossa criação, pois fomos criados no meio de algumas comunidades indígenas no estado de Mato Grosso.

Ao iniciar o curso de psicologia em 2011, participando de alguns encontros relacionados ao tema, foi possível observar a psicologia em vários seguimentos a qual a mesma se faz presente, com isso nos surgiu a indagação de como é pensado, realizado e

executado o trabalho do profissional psicólogo em uma cultura tão complexa e diversificada dentro do nosso contexto. Diante dessa demanda levantada, buscou-se interagir com os trabalhos desenvolvidos sobre os indigenistas, podendo constatar que ainda é muito escasso levando em consideração a relevância de tal cultura. Decorrente das diversas indagações que foram sendo formulados com o passar dos estudos realizados pôde-se pensar em relação à inserção do psicólogo na saúde mental indígena. A partir disso, outras indagações foram sendo formuladas, como, quais são os órgãos competentes que regulamentam a saúde mental indígena em Cuiabá? E onde vão parar os índios que sofrem de algum transtorno mental, que chegam a capital Cuiabá?

No processo de investigação e estudo sobre as questões da saúde mental indígena, foi recorrente encontrar estudos que investigam a saúde dos povos indígenas, porém, focado mais em projeto e dados para as instituições responsáveis pelas etnias.

Portanto foi realizada visita ao órgão responsável pela saúde indígena na capital de Cuiabá, com o objetivo de realizar um levantamento de dados, referentes a forma com que é feito o acolhimento da população indigenista, que chega a capital com algum tipo de transtorno. No decorrer da visita realizada, foram relatados pelo órgão responsável alguns procedimentos que são realizados, quando o índio chega a capital, ou quando é preciso atendimento no próprio âmbito da etnia indígena.

O trabalho desenvolvido irá passar por três processos, onde o primeiro concentra-se na reflexão teórica, que tentará abordar os conceitos de saúde mental e saúde mental indígena. Sendo essa reflexão realizada, a partir dos estudos referenciais da própria psicologia. A segunda é a normatização da saúde indígena. Que ressaltará o processo de mudança de uma instituição para outra, sendo ela a FUNAI e FUNASA. Na terceira parte o trabalho vai relatar como é realizado o acolhimento dos povos indígenas, que chegam a capital Cuiabá. Sendo que, o trabalho é embasado em algumas referências CID 10, DSM IV, DALGALORRONDO e MINISTÉRIO DA SAÚDE e os seguintes órgãos: FUNASA e SESAI.

Este artigo se trata de uma pesquisa cartográfica, onde é realizada através pesquisas de campo com o enfoque não apenas no objeto de estudo, mas sim em toda a sua complexidade.

A cartografia é um método formulado por G. Deleuze e F. Guattari (1995) que visa acompanhar um processo, e não representa um objeto. Em linhas gerais trata-se sempre de investigar um processo de produção. De saída, a idéia de desenvolver o método cartográfico para utilização em pesquisas de campo no estudo da subjetividade se afasta do objetivo de definir um conjunto de regras abstratas para

serem aplicadas. Não se busca estabelecer um caminho linear pra atingir um fim. (KASTRUP, 2007, p. 15).

Portanto, o método cartográfico vai fazer com que o cartógrafo realize através de suas pesquisas um “mapeamento”, não sendo necessária a utilização de somente documentos, pois aqui cabe também levantar informações fragmentadas de todo o processo que vai ser pesquisado. Buscando assim, não seguir uma forma linear de alcançar os objetivos da pesquisa, pois se trata de um método onde o cartógrafo irá poder utilizar tanto suas vivências particulares, quanto a possibilidade de levantar hipóteses de determinados objetos.

2. SAÚDE MENTAL E SAÚDE MENTAL INDIGENA

Ao nos referirmos à saúde mental, nos perguntamos muitas vezes, de acordo com o senso comum, se saúde mental está unicamente se referindo ao doente mental. Porém, sabe-se que saúde se trata de um campo de estudo, que engloba o indivíduo como um todo, ou seja, mentalmente, fisicamente e socialmente.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu, em 1958, a saúde como o completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente como ausência de doença. É um conceito criticável por ser muito vasto e impreciso, pois bem-estar é algo difícil de se definir objetivamente. Além disso, esse completo bem-estar físico, mental e social é tão utópico que poucas pessoas se encaixariam na categoria “saudáveis”. (DALGALARRONDO, 2000, p. 26).

Sendo assim, a saúde não está unicamente ligada à patologia, e que em determinados momentos, pode ser possível que o indivíduo esteja, ausente de doenças mentais, porém possa não estar ausente de doenças físicas, ou sociais.

No entanto, saúde mental como falamos acima, não está unicamente relacionada à patologia, pois assim como o conceito de saúde, ela também é um campo de estudo na qual o indivíduo pode ou não apresentar algum tipo de transtorno.

Além disso, embora este manual ofereça uma classificação dos transtornos mentais, devemos admitir que nenhuma definição especifica adequadamente os limites precisos para o conceito de “transtorno mental”. (DSM-IV, 1995, p. 20-21).

Sendo assim, o mesmo afirma que:

Neste, cada um dos transtornos mentais é conceitualizado como uma síndrome ou padrão comportamental ou psicológico clinicamente importante, que ocorre em um indivíduo e que está associado com sofrimento (por ex., sintoma doloroso) ou incapacitação (por ex., prejuízo em uma ou mais áreas importantes do funcionamento) ou com um risco significativamente aumentado de sofrimento atual, morte, dor, deficiência ou uma perda importante da liberdade. Além disso, essa síndrome ou padrão não deve ser meramente uma resposta previsível e futuramente sancionada a um determinado evento, por exemplo, a morte de um ente querido. Qualquer que seja a causa original, ela deve ser considerada no momento como uma

manifestação de uma disfunção comportamental, psicológica ou biológica no indivíduo. Nem o comportamento que apresenta desvios (por ex., político, religioso ou sexual) e nem conflitos primariamente entre o indivíduo e as sociedades são transtornos mentais, a menos que o desvio ou conflito seja um sintoma de uma disfunção no indivíduo, como descrito antes. (DSM-IV, 1995, p. 21).

Dessa forma, o diagnóstico de um transtorno se trata de uma avaliação minuciosa de diferentes sintomas e comportamentos e que segundo o DSM-IV (1995) “não são todos os comportamentos nem mesmos todos os conflitos, que irão se enquadrar enquanto transtorno”.

No entanto o DSM-IV como referido acima, não se trata do único material utilizado no processo de classificação dos transtornos. Portanto temos também a CID 10 para a devida classificação dos sintomas e dos comportamentos. Sendo que segundo o CID 10 (1993) a utilização do termo transtorno, se trata de uma junção de sintomas, onde está quase sempre ligado ao tipo de sofrimento.

O termo “transtorno” é usado por toda a classificação, de forma a evitar problemas ainda maiores inerentes ao uso de termos tais como “doença” ou “enfermidade”. “Transtorno” não é o termo exato, porém é usado aqui para indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecível associado, na maioria dos casos, a sofrimento e interferência com funções pessoais. Desvio ou conflito social sozinho, sem disfunção pessoal, não deve ser incluído em transtorno mental, como aqui é definido. (CID 10, 1993, p. 5).

Portanto, segundo o CID-10 (1993), a saúde mental estará aqui relacionada à patologia, a partir da manifestação do transtorno, sendo o mesmo como já citado acima, um conjunto de sintomas e fatores, no qual devem ser diagnosticados com muita precisão. No entanto esses fatores podem ser diversos, e é a partir de um estudo cuidadoso, científico e profissional que irá buscar a compreensão do que pode ser considerado normal ou patológico.

Tradicionalmente, no País, a discussão sobre direitos humanos do portados de transtorno mental nos serviços como hospitais psiquiátricos, CAPS ou residência terapêutica não é promovida rotineiramente ou em eventos específicos podendo estar presente nas discussões de equipes, administrativas ou de discussão clínica, na dependência da importância dada ao tema e da disponibilidade de cada serviço. (MATEUS e MARI, 2013, p. 22).

Durante o caminhar da prática de saúde mental no Brasil, grandes transformações forem sendo construídas. E no decorrer dessas transformações, a reforma psiquiátrica foi a maior.

O ano de 2001 é marcado por dois eventos cruciais para política de saúde mental: a aprovação, em Abril, da lei n°. 10.216, a lei da reforma psiquiátrica; e a realização da III CNSM, com ampla participação e a elaboração de um relatório final extenso, com propostas variadas, às vezes conflitantes, mas certamente voltadas entre outras coisas para a inovação do modelo assistencial e expansão da

rede de serviços alternativos. Esse processo deixa marcas através das portarias produzidas no momento seguinte: a maioria delas tem ligação direta com o relatório da III CNSM ou com seminários que passaram a ser mais frequentemente organizados pela Coordenação Nacional de Saúde Mental. (BORGES e BAPTISTA, 2008, p.463).

Segundo Borges e Baptista (2008), com essa aprovação no ano de 2001, pode-se pensar a saúde mental como um modelo diferenciado do que estava até então imposto. Tendo esse novo modelo ganhado sua importância necessária a partir dos encontros e seminários realizados com a Coordenação Nacional de Saúde Mental que a partir das mesmas elaboravam suas portarias, e com isso a CNSM ganha forças para a aprovação de novas leis e novos seminários.

Tentando expandir essa estrutura para a comunidade como um todo, podemos dizer que o CAPS se transforma muito facilmente nesse local de resistência, onde o “louco” pode ser e fazer o que, fora do CAPS, será rejeitado e invalidado por grande parte da população. Servimos de mediadores, reduzindo conflitos e emprestando nosso poder contratual, permitindo a circulação dos nossos usuários em espaços onde normalmente não seriam aceitos ou, por conta de um autoestigma, não se autorizam a entrar. (MATEUS e MARIO, 2013, p.156).

Decorrente de toda a transformação da reforma psiquiátrica, a saúde mental sai da ótica de internação, e passa a ser trabalhada na ótica assistencial, voltada para a expansão de serviços alternativos. Assim buscando um olhar não somente da psiquiatria para os usuários da rede de saúde mental.

Se a psiquiatria, assim como outras especialidades envolvidas no tratamento do transtorno mental, assume a dimensão política de seu saber, sua insuficiência, e também a incurabilidade da doença mental, abre-se espaço para olhar o doente como um cidadão de existência complexa, multidimensional, portador de história e construtor de sentidos e valores. Abre-se espaço para buscar o cuidado ao invés da cura. Quanto ao cuidado é pressuposto não ser operado exclusivamente pelo psiquiatra, mais por todo profissional do campo da saúde mental, pelo meio social e pelo próprio paciente. (BORGES e BAPTISTA, 2008, p.465).

Sendo assim, segundo Borges e Baptista (2008), a importância da Coordenação Nacional de Saúde Mental não é somente olhar a sua função, mas sim levar em consideração outros contextos na qual ela esta inserida. Sendo fundamental pensar os aspectos internos e externos de toda saúde mental, ou instituição que ela se insere.

3. REGULAMENTAÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA

No início da Colonização Portuguesa, após a atuação dos jesuítas, que eram representados pelo império até a chegada da República. Havia vários fragmentos referentes a

disputas territoriais, as doenças “infecto-contagiosas”, o trabalho escravo e falta de saúde integral. A Primeira política indigenista foi criada em 1910 em meados do século XX, surgindo assim o primeiro órgão de serviço voltado às populações indígenas - o Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais – (SPI). (FUNASA, 2002)

Uma política indigenista começou a se esboçar com inspiração positivista, em que os índios, considerados num estágio infantil da humanidade, passaram a ser visto como passíveis de “evolução” e integração na sociedade nacional por meio de projetos educacionais e agrícolas. Assistência à saúde de povos indígenas, no entanto, continuou desorganizada esporádica mesmo após a criação do SIP, não se instituiu qualquer forma de prestação de serviços sistemática, restringindo-se a ações emergenciais ou inseridas em processos de “pacificação”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS, Fundação Nacional da Saúde-FUNASA, 2002, p. 7).

Em se tratando de saúde indígena, a Constituição Federal regulamenta todos os direitos de cada tribo, proporcionando assim, uma atenção integral a saúde. Para que essa saúde seja ofertada de forma efetiva é fundamental que haja políticas públicas direcionadas, respeitando a contextualização indígena dentro do seu processo histórico.

Assim é imprescindível a contribuição dos diversos segmentos profissionais que atua na busca de oferecer melhores condições de saúde, as etnias indígenas.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais. [...] Esta proposta foi regulamentada pelo Decreto n.º 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas, e pela Medida Provisória n.º 1.911-8, que trata da organização da Presidência da República e dos Ministérios, onde está incluída a transferência de recursos humanos e outros bens destinados às atividades de assistência à saúde da FUNAI para a FUNASA, e pela Lei nº 9.836/99, de 23 de setembro de 1999, que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS, Fundação Nacional da Saúde-FUNASA, 2002, p. 6).

Portanto, toda a organização da saúde indígena teve seu início com a criação da SPI, que buscou integrar os povos indígenas com as diferentes etnias. Buscando a integralidade do trabalho da saúde, sendo que a posteriori, toda essa responsabilidade que até então era da SPI será passada a FUNAI e depois FUNASA. Cabendo assim, a todos envolvidos nesse processo um olhar com suas particularidades, porém, sempre levando em consideração as normativas que a Constituição Federal impõe.

Segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE – FUNASA (2002), a partir da regulamentação, teve-se a ideia de tentar alavancar e assegurar a promoção, proteção e prevenção dos povos indígenas. Pois seguindo essas diretrizes vai conseguir consolidar a proposta de saúde integral.

A saúde indígena é também dever da União e deve ser prestada de forma rigorosa como diz a Constituição e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, sendo a mesma, distribuída de forma universal e integral. Essa atenção à saúde indígena deverá ser prestada de forma que não poderá afetar ou dificultar os serviços de atenção à saúde nos municípios e estados. Para que isso não ocorra devem-se ter claramente diretrizes de promoção, recuperação, proteção da saúde do índio, buscando uma base sólida bio-psico-social, respeitando a diversas particularidades e subjetividades de cada comunidade.

Art. 3º O Ministério da Saúde estabelecerá as políticas e diretrizes para a promoção, prevenção e recuperação da saúde do índio, cujas ações serão executadas pela Fundação Nacional de Saúde – FUNASA. (MINISTÉRIO DA SAÚDE - Secretaria-executiva, 2007, p. 363).

É importante ressaltar que, essas políticas e diretrizes de saúde indígena, de acordo com a lei 8.080 da constituição federal deveriam ser construídas juntamente com as lideranças indígenas.

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso. (MINISTÉRIO PÚBLICO, 2008, p.20).

Pois segundo o departamento da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), toda e qualquer regulamentação referente aos índios, são pensadas única e exclusivamente entre os representantes dos órgãos que regulamentam a saúde indígena. Deixando de levar em consideração a participação das lideranças indígenas na construção das diretrizes de saúde de seus povos.

Portanto caberá a FUNAI o comunicado sobre a existência de qualquer grupo indígena isolado, para que possa receber todo e qualquer aparato de saúde mínima necessária. Diante das políticas voltadas para a saúde indígena fomentou-se a formação de uma comissão de diversos órgãos que regulamentavam a saúde, aprovou-se assim, perante o Ministério da Justiça um representante da saúde indígena na qual se foi nomeada a FUNAI (Fundação Nacional do Índio) com o comprometimento de resgatar a saúde dos povos indígenas.

Em sentido oposto ao processo de construção da política de atenção à saúde indígena no âmbito do SUS, em 19 de maio de 1994 o Decreto Presidencial nº 1.141/94 constitui uma Comissão Intersetorial de Saúde - CIS, com a participação de vários Ministérios relacionados com a questão indígena, sob a coordenação da FUNAI. O decreto devolve, na prática, a coordenação das ações de saúde à FUNAI. A CIS aprovou, por intermédio da Resolução nº 2, de outubro de 1994, o "Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio", que atribuía a um órgão do Ministério da Justiça, a FUNAI, a responsabilidade sobre a recuperação da saúde dos índios doentes, e a prevenção, ao Ministério da Saúde, que seria responsável pelas ações de imunização, saneamento, formação de recursos humanos e controle de endemias.

(MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS, Fundação Nacional da Saúde-FUNASA, 2002, p. 9).

Após a realização da primeira e segunda conferência nacional de proteção à saúde do índio em, 1986 e de 1993, buscou-se a consolidação de um projeto específico e diferenciado, a atenção da saúde indígena, estruturados pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), para assim poder obter os direitos integrais a saúde e atender as demandas de necessidades dos mesmos. Sendo assim, o Ministério da Saúde criou-se em 1990 a instituição FUNASA-Fundação Nacional de Saúde, a qual é responsável pela inclusão dos povos indígenas dentre os diversos aspectos da saúde.

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. Ambas já tinham estabelecido parcerias com municípios, organizações indígenas e não-governamentais, universidades, instituições de pesquisa e missões religiosas. Os convênios celebrados, no entanto, tinham pouca definição de objetivos e metas a serem alcançados e de indicadores de impacto sobre a saúde da população indígena. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 9).

Sendo assim, após a divisão entre FUNASA, e FUNAI, constituiu-se a Lei 9.836 de 1999 que institui o SASISUS- Subsistema de Atenção a Saúde Indígena (Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – PNASI) como Subsistema Distrital. Estando assim, vinculado ao SUS através dos Ministérios da Justiça e da Saúde. Institui-se agora a FUNASA, como a responsável pela a realização do Subsistema de Atenção a Saúde Indígena.

Assim, com a homologação desse Subsistema, criou-se a partir de novembro de 2011, pós Decreto n.º 7.336 de 20/10/2010 a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), sendo assim, todas as funções da área da saúde até então de responsabilidade da FUNASA, são transferidas para SESAI.

Isso não quer dizer que a FUNASA, deixou de exercer as suas funções as quais as competem segundo a legislação, mais sim, buscou-se através do subsistema a divisão de atribuições e responsabilidades entre FUNASA/SUBSISTEMAS dos serviços da saúde indígena. Porém, todos os subsistemas, não se tratam de órgãos desvinculados da FUNASA e sim um departamento responsável por determinadas demandas indígenas.

4. SAÚDE MENTAL INDÍGENA NO MATO GROSSO.

Em visita realizada com a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), foi constatada que no Estado de Mato Grosso toda a demanda dos índios que sofrem de algum tipo de transtorno mental, é a princípio levada para os CAPS das unidades mais próximas das aldeias indígenas.

O CAPS é um serviço substitutivo de atenção em saúde mental que tem demonstrado efetividade na substituição da internação de longos períodos, por um tratamento que não isola os pacientes de suas famílias e da comunidade, mas que envolve os familiares no atendimento com a devida atenção necessária, ajudando na recuperação e na integração social do indivíduo com o sofrimento psíquico. (SCHRANK e OLSCHOWSKY, 2008, P. 128)

Segundo o departamento da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), conta atualmente com uma psicóloga na capital, que tem a função de prestar assistência a todas as aldeias do Estado, sendo essa assistência psicológica aos índios e de capacitação aos multiprofissionais que fazem parte do núcleo de assistência à saúde indígena.

A Portaria 336/2002 do Ministério da saúde institui a psicoterapia no CAPS. Intende-se por psicoterapia, na atenção psicossocial (Vieira Filho, 1998a), uma modalidade de atendimento clínico psicológico ao sujeito-social que tem como esse central a dialogicidade na relação terapêutica e a realização temporal a curto ou longo prazo. Seu objetivo maior é o bem-estar e melhor inserção social do usuário. (FILHO, 1998 apud FILHO e NÓBREGA, 2004, p. 377).

Diante dos desafios que indagam o sistema de saúde mental, bem como todos os procedimentos e articulações que envolvem o tema, os beneficiados e a instituição e busca-se fazer com que os usuários tenham a atenção básica do SUS.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do sistema único de saúde (SUS), como movimentos sociais usuários trabalhadores e gestores das três esferas de governo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, 2012, p. 09).

Essas diretrizes são fundamentais, servindo de alicerce para que as equipes multidisciplinares possam realizar suas técnicas diante das particularidades das etnias indígenas. Pois segundo o Ministério da Saúde (2012) “No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas”.

O SUS “é o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das funções mantidas pelo Poder Público” (Lei 8.080, Art. 4º apud SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2002, p.18).

Segundo a Secretaria De Estado De Saúde (2002), os órgãos que fazem parte do eixo de prestação de serviço ao SUS, tem sua função garantida por lei, assim, as diretrizes de atuação são controladas dando suporte para saber as demandas alcançadas no setor público.

1.1 O atendimento em saúde mental prestado em nível ambulatorial compreende um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas nas unidades básicas/centro de saúde e/ou ambulatórios especializados, ligados ou não a

policlínicas, unidades mistas ou hospitais. (BRASIL. PORTARIA/SNAS n°224, 1992).

Todos os processos que envolvem as questões do atendimento a saúde mental indígena são direcionadas as unidades, básica de atendimento do CAPS que se encontra inserido no modelo citado acima.

Segundo a Portaria n° 336/2002 do Ministério da Saúde, os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial – I, II, III) seriam os mais representativos desses serviços, que tem como prioridade “o atendimento dos pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo” (Art. 1º, 1). (FILHO e NÓBREGA, 2004, p. 374).

Assim, toda e qualquer demanda indígena merecem ter um acompanhamento respeitando suas diversidades, atentando-se que se trata de lidar com a particularidade e subjetividade das culturas, e etnias indígenas no âmbito da saúde mental.

Segundo o departamento da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), o relacionamento entre as etnias indígenas e a sociedade na qual estamos inseridos, traz uma junção de relações sociais um tanto quanto estreitas. Pois percebem uma problematização de choques entre a cultura dos brancos, com a cultura dos índios. Um fato determinante que vem alastrando medo e mudanças, dentro da equipe multiprofissional na qual estão inseridos (psicólogos, pedagogos, enfermeiros, dentistas, médicos, técnico de enfermagem, serviço social) é a entrada e o uso abusivo de substâncias como drogas lícitas, ou ilícitas, que vem ocasionando índices consideráveis de preocupação com o suicídio e consumo exagerado de medicamentos antidepressivos, que além de trazer o vício, traz também o distanciamento das relações entre lideranças e comunidades indígenas.

A equipe técnica de saúde mental para atuação nas unidades básicas/centros de saúde deverá ser definida segundo critérios do órgão gestor local, podendo contar com a equipe composta por profissionais especializados (médico psiquiatra, psicólogo e assistente social) ou com equipe integrada por outros profissionais (médico generalista, enfermeiro, auxiliares, agente de saúde). (BRASIL. PORTARIA/SNAS n°224, 1992).

Os profissionais que compõem a equipe multiprofissional serão selecionados de acordo com as normativas de cada unidade de saúde. Sendo que as profissões acima nomeadas estão asseguradas por lei através da portaria citada acima.

A implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI, tem contribuído para um olhar mais aprofundado sobre a saúde indígena, que pressupõe convivência, dialogo e construção de uma outra relação intercultural. Mas essa nova política de saúde indígena que vem se estruturando e consolidando nos últimos anos, se por um lado torna mais acessíveis os serviços de saúde e os recursos da medicina, e o serviços de saúde aos povos indígenas, por outro lado, amplia bastante a rede de

interlocutores, de novos personagens e papéis sociais no âmbito das aldeias, e, conseqüentemente, impõem um ritmo mais acelerado de medicalização. (MINISTÉRIO PÚBLICO, 2008, p.15).

A entrada dos vários segmentos de prestação de serviços à saúde mental foi possível devido à nova política de saúde indigenista. Que amplia então a atuação desses novos personagens e papéis sociais na cultura indígena.

Art. 1º estabelecer como diretrizes gerais para uma Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas: I - Apoiar e respeitar a capacidade das diversas etnias e das comunidades indígenas, com seus valores, economias, tecnologias, modos de organização, de expressão e de produção de conhecimento, para identificar problemas, mobilizar recursos e criar alternativas para a construção de soluções para os problemas da comunidade. (BRASIL. PORTARIA N° 2.759, 2007).

Sendo que, segundo a Portaria n° 2.759 (2007), alguns fatores são entendidos como fundamentais como, a prestação de serviços com responsabilidade, ser capaz usar suas técnicas, conhecimentos para serem aplicadas nas aldeias indígenas e observar alguma problemática para que com seus recursos possam construir estratégias para a comunidade.

II – apoiar a organização de um processo de construção coletiva de consensos e de soluções, que envolva a participação de todos os atores sociais relevantes, em especial o movimento social e as lideranças indígenas, que considere e respeite as especificidades e a cultura de cada comunidade indígena envolvido, que respeite e convoque os conhecimentos da medicina tradicional das comunidades, e que crie alternativas viáveis e consensuais para a abordagem dos problemas de saúde dessas comunidades. (BRASIL. PORTARIA N° 2.759, 2007).

Sendo assim, a citação acima afirma que, é fundamental unificar a forma de trabalho entre os profissionais e as lideranças indígenas. Na busca de uma melhor atuação na saúde mental indígena. Portanto nesse processo poderão ser diagnosticadas algumas situações relevantes, ou não. Pois, com a construção junto com as lideranças indígenas, poderá pensar em uma estratégia de saúde melhor para todos, e a não participação das lideranças indígenas juntamente com as equipes multiprofissionais e gestores dos órgãos poderá trazer ações distantes da realidade e necessidade cultural dos indigenistas.

A Lei federal n° 10.216, de 06/04/2001, da reforma psiquiátrica brasileira, dispõe sobre o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental e os direitos das pessoas dita portadoras de transtornos mentais. Discorre que esses cidadãos devem ser tratados, preferencialmente, em serviços comunitários “com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar a saúde, visando alcançar sua inserção na família, no trabalho e na comunidade” (Art. 2º, II). (FILHO e NÓBREGA, 2004, p. 374).

Segundo a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), não existe na constituição federal uma lei que rege o atendimento à saúde mental indígena específico, pois os povos

indígenas encontram-se inseridos como todo e qualquer brasileiro, no Sistema Único de Saúde (SUS), podendo assim ser usuário das redes primária, secundária e terciária.

Art. 1º Esta Lei regula a situação jurídica dos índios ou silvícolas e das comunidades indígenas, com o propósito de preservar a sua cultura e integrá-los, progressiva e harmoniosamente, à comunhão nacional.

Parágrafo único. Aos índios e às comunidades indígenas se estende a proteção das leis do País, nos mesmos termos em que se aplicam aos demais brasileiros, resguardados os usos, costumes e tradições indígenas, bem como as condições peculiares reconhecidas nesta lei.

Art. 2º Cumpre à união, aos Estados e aos Municípios, bem como aos órgãos das respectivas administrações indiretas, nos limites de sua competência, para a proteção das comunidades indígenas e a preservação dos seus direitos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE - Secretaria-executiva, 2007, p. 347).

Cabendo ao profissional da área da saúde a preparação e capacitação ao realizar os serviços ofertados, pois mesmo que não haja de fato leis que regem como sendo específica a saúde mental indígena, e qualquer outra área da saúde indígena. Ao realizar toda e qualquer técnica, é necessário o respeito às diversidades, particularidades e subjetividades das etnias indígenas.

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. (MINISTÉRIO DA SAÚDE - Secretaria-executiva, 2007, p. 340).

Diante da lei vigorada, os serviços de saúde devem ser prestados a todos aqueles que necessitam inclusive as etnias indígenas. Assim, todo e qualquer serviço direcionado a saúde mental indígena, é realizado à priori nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) mais próximos das aldeias.

[...] Centro de Apoio Psicossocial – CAPS, implantados em vários municípios, com equipes especializadas para acompanhamento desse tipo de problema, composta por médico, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional da Saúde, 2002, p.69).

Sendo que se necessário, é realizado o acolhimento no próprio âmbito das aldeias, pelas equipes capacitadas que se encontram inseridas. Após esse acolhimento é feito avaliações pela equipe da saúde que vai constatar se há necessidade ou não de realizar o encaminhamento do mesmo para a capital, para que possam realizar um atendimento aprofundado sobre o seu estado mental.

Segundo o departamento da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), alguns índios que vieram das aldeias para a capital em plena situação de surto, causado pelo álcool ou por alguma disfunção psíquica, já chegaram a ser encaminhados para o Pronto Atendimento do CIAPS Adauto Botelho.

O Centro Integrado de Assistência Psicossocial – CIAPS Adauto Botelho, consiste e um conjunto de instituições de saúde mental, que são atualmente a principal referencia estadual da área. Tem o objetivo de prestar atendimento aos cidadãos portadores de transtornos mentais, promovendo a implantação e implementação de assistência à saúde mental da população. (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. CIAPS – ADAUTO BOTELHO, 2013, p. 2).

Segundo a Secretaria De Estado De Saúde (2013), o CIAPS deverá realizar o acolhimento a todo brasileiro que possa vir a necessitar de atendimento dos serviços de transtornos mentais. Os serviços são divididos por diferentes unidades, “CAPS AD”, “CAPSi”, “Pronto Atendimento”, “Unidade I”, “Unidade II”, “Unidade III” e “Lar Doce Lar”. Cada uma dessas unidades irá trabalhar com diferentes demandas.

CAPS AD – atendimento multidisciplinar a dependentes químicos e uso prejudicial de substâncias psicoativas, de ambos os sexos; CAPSi – atendimento multidisciplinar a crianças e adolescentes com transtorno mental grave e invasivo, em sofrimento psíquico, em suas comorbidades; Pronto Atendimento – PA livre demanda e assistência à urgência e emergência em saúde mental 14 leitos; Unidade I – composta pelos postos de internação para adultos de ambos os sexos, portadores de transtorno mental severo em crise 70 leitos; Unidade II – Pascoal Ramos – internação masculina a pacientes psiquiátricos em cumprimento de medida de segurança 22 leitos; Unidade III – internação de usuários dependentes químicos do sexo masculino 50 leitos; Lar Doce Lar – residência de cidadãos portadores de deficiência física e mental tutelados pelo Estado de Mato Grosso 22 moradores. (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. CIAPS – ADAUTO BOTELHO, 2013, p. 2).

Diante da divisão existente entre as unidades do CIAPS, é visível uma organização no fluxo de atendimentos prestados, pois cada demanda é direcionada a unidade de referencia. Sendo que, todo o trabalho realizado é desenvolvido a partir de um projeto terapêutico.

O projeto terapêutico é um documento que expressa um processo um de elaboração transdisciplinar, ou seja, uma pactuação entre os profissionais de diversas áreas que fazem parte das equipes que atendem cada paciente. O projeto terapêutico devem *“necessariamente, incluir ações que visem ao aumento da autonomia do doente e da família sobre o seu problema, no sentido do cuidado de si com a transferência de informações e técnica de cuidado”*. (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. CIAPS – ADAUTO BOTELHO, 2013, p. 4).

Vimos na citação acima, que dentro do projeto terapêutico, há uma importância com a autonomia dos usuários da rede de saúde mental. E decorrente desse fator nos permitimos perguntar em determinados momentos qual o objetivo da internação psiquiátrica?

O objetivo da Unidade I do CIAPS Adauto Botelho é atender em nível de internação, usuários em crise aguda ou crônica de sofrimento psíquico, provenientes do Pronto Atendimento, cujo o prognóstico de internação seja superior a 72 (setenta e duas) horas, após avaliação conjunta do médico e de pelo menos 02 (dois) profissionais de nível superior. O primeiro critério para a internação do paciente é o contato com seus familiares ou responsáveis, no próprio ato de admissão em caráter de urgência ou emergência no Pronto Atendimento.[...] O segundo critério é a indicação clínica sancionada pela equipe multiprofissional do Pronto Atendimento, mediante prévia consulta quanto à disponibilidade de leitos nas alas masculina e feminina. (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. CIAPS – ADAUTO BOTELHO, 2013, p. 13).

A internação, portanto, não é conduzida de forma única e exclusiva de um profissional, e sim um trabalho em equipe, na qual irão informar aos familiares ou acompanhantes dos usuários sobre as condutas que serão realizadas.

Segundo o departamento da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), o paciente indígena no qual foi encaminhado ao Pronto Atendimento do CIAPS Adauto Botelho não recebeu qualquer acolhimento, fazendo assim, com que o paciente ficasse na estrutura de saúde da unidade do SESAI e a posteriori foi encaminhado ao CAPS. O episódio relatado acima, se trata especificamente do paciente na qual se refere.

2.2 Os NAPS/CAPS podem constituir-se também em porta de entrada de rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. deveram estar integradas a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados de saúde mental. (BRASIL. PORTARIA/SNAS n°224, 1992).

Devido ao fato de não ter sido realizado o acolhimento que era necessário no Pronto Atendimento do CIAPS Adauto Botelho, não houve mais nenhuma tentativa da equipe em levar os pacientes até o CIAPS Adauto Botelho. E não foi encontrada no projeto terapêutico dessa unidade uma especificação de conduta a ser tomada quando no caso de pacientes indígena. As solicitações de consultas especializadas são feitas pelo médico de família, através das Secretarias Municipais de Saúde, e efetivadas através das Centrais Estadual ou Regional de Regulamentação, que encaminham o paciente para o especialista. Este decide se será necessária a internação [...]. (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2002, p.69 e 70).

Assim, para que seja tomada alguma decisão o paciente deve passar primeiro pela central de regulação para a partir desse registro, ser encaminhando para um especialista da área que vai dar seu diagnóstico e fazer os encaminhamentos cabíveis caso necessário. O SESAI faz todo o acompanhamento desse paciente indígena que chega a capital, para assegurar seus direitos que é regido por lei.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho permitiu pensar e realizar algumas compreensões, a respeito da atuação do psicólogo no campo da saúde mental indígena, referente à capital Cuiabá.

Foi possível perceber que o profissional psicólogo realiza seus serviços direcionados a população indígena, estando ligado ao Sistema Único de Saúde (SUS). E que em determinadas situações o mesmo irá desenvolver um trabalho muito maior no campo da capacitação, direcionadas a equipe multiprofissional que ofereceram o primeiro acolhimento necessário aos índios que estejam sofrendo de algum tipo de transtorno mental. E que o psicólogo inserido dentro do sistema de saúde mental indígena, esteja reciclando seus conhecimentos a partir de um melhor entendimento, para uma melhor atuação.

Assim que o profissional psicólogo adentra em uma sociedade, cultura e etnia indígenas é fundamental desconstruir todo e qualquer conceito que tenha em relação cultura indígena. Neste contexto é primordial que o psicólogo tenha noção teórica e prática, para compreender a complexidade da cultura indigenista, pois se o mesmo não se apropriar desses elementos tão pouco, ou nada poderá fazer para as populações indígenas.

Nos movimentos e encontros relacionados à saúde mental e políticas públicas, na qual participamos durante o processo acadêmico. Pouco ouviu falar sobre o papel, a função e atuação do psicólogo na saúde indígena, ainda mais se tratando de um Estado onde se tem um número considerável da população indígena como é o Estado de Mato Grosso. O que foi percebido é que precisa-se não somente de projetos de atuação para tal cultura, mas também de estratégias de atuações práticas, para assim ampliarmos o nosso espaço enquanto profissionais dentro das diversas etnias existentes.

Ressalvamos de que o olhar de uma cultura para a outra devem ir além dos saberes e práticas adquiridos. A partir desse estudo é importante pensar o planejamento e a forma de atuação do psicólogo, dentro dessa cultura tão diversificada e complexa que é a cultura indígena. E o trabalho poderá vir indagar novos estudos, a partir do interesse pelo tema.

6. REFERÊNCIAS

BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. **O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 à 2004.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(2): 456-468, fev, 2008. Acesso em 20 de Outubro de 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000200025&script=sci_arttext.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília – DF, 2012. Acesso em 06 de Novembro de 2014. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/bocs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.

_____. Ministério da saúde. Fundação Nacional da Saúde. Política Nacional de atenção à Saúde dos povos Indígenas. – 2ª edição – Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. Acesso em 11 de julho de 2014. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-executiva. **Direitos dos Usuários dos Serviços e das Ações de Saúde no Brasil Legislação Federal Compilada – 1973 a 2006** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério Público. **Manual de atuação – saúde indígena**. Grupo de trabalho Saúde indígena 6ª CCR/MPF, 2008. Acesso em 20 de Outubro de 2014. Disponível em http://6ccr.pgr.mpf.mp.br/institucional/grupos-de-trabalho/saude/docs_manual_de_atuacao/Manual_saude_indigena_Final_1.pdf.

CID 10, Classificação de transtornos Mentais e de comportamento das **Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – da 6ª Região (org). **Psicologia e povos indígenas**. São Paulo: CRPSP, 2010. Acesso em 22 de Outubro de 2014. Disponível em <http://www.crsp.org.br/povos/povoslivro.pdf>.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia Semiologia dos Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artes Médica Sul, 2000.

DSM-IV. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Trad. Dayse Batista; - 4 ed. – Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

FILHO, Nilson Gomes Vieira; NÓBREGA, Sheva Maia da. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. Universidade Federal de Pernambuco, 2004. Acesso em 03 de Novembro de 2014. Disponível em www.scielo.br/pdf/epsic/v9n2/a20v9n2.pdf.

KASTRUP, Virgínia. **O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo**. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Acesso 20 de Outubro de 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v19n1/a03v19n1.pdf>

MATEUS, Mário Dinis, MARI, Jair de Jesus. **O sistema de saúde mental brasileiro: avanços e desafios**. In: CERQUEIRA, Luiz da Rocha. **Políticas de saúde mental**. São Paulo: instituto de saúde. 2013. Acesso em 03 de Novembro de 2014. Disponível em www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/politicas_de_saude_mental_capa_e_miolo_site.pdf

MATEUS, Mário Dinis. **O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**. In: CERQUEIRA, Luiz da Rocha. **Políticas de saúde mental**. São Paulo: instituto de saúde. 2013. Acesso em 03 de Novembro de 2014. Disponível em www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/politicas_de_saude_mental_capa_e_miolo_site.pdf.

MATO GROSSO. Secretaria de estado de saúde. **Guia do usuário: Sistema Único de Saúde em Mato Grosso**. Júlio Strubing Muller Neto (org.). Cuiabá: SES, 2002.

_____. PORTARIA N° 2.759, 2007. Acesso em 04 de Novembro de 2014. Disponível em [www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2759-\[2969-120110-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2759-[2969-120110-SES-MT].pdf).

_____. PORTARIA/SNAS n°224, 1992. Acesso em 03 de Novembro de 2014. Disponível em www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n224.htm.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. CIAPS – ADAUTO BOTELHO. **Projeto Terapêutico dos Postos de Internação dos Usuários do CIAPS Adauto Botelho – Unidade I**. Cuiabá MT, 2013. Acesso em 04 de Novembro de 2014. Disponível em <http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/4127>

SCHRANK, Guisela; OLSCHOWSKY, Agnes. **O centro de atenção psicossocial e as estratégias para a inserção da família**. Rev, Esc Enferm USP, 2008. Acesso em 20 de Outubro de 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/17.pdf>.