

# ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AOS POVOS INDÍGENAS

TECENDO REDES PARA PROMOÇÃO DO BEM VIVER



**FORTELECIMENTO  
DA COMUNIDADE**



**DIÁLOGO  
INTERCULTURAL**



**AUTONOMIA**



**PROTAGONISMO**



**PRÁTICAS  
TRADICIONAIS  
INDÍGENAS**



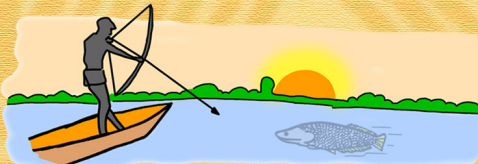
**TROCA DE  
SABERES**



**VÍNCULO**



**BEM VIVER**



**ACOLHIMENTO**





MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria Especial de Saúde Indígena  
Departamento de Atenção à Saúde Indígena

# ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AOS POVOS INDÍGENAS

*Tecendo redes para promoção do bem viver*



Brasília – DF  
2019

2019 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)>.

Tiragem: 1ª edição – 2019 – 5.000 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações*

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria Especial de Saúde Indígena

Departamento de Atenção à Saúde Indígena

Esplanada dos Ministérios, bloco G, 4º andar

CEP: 70750-520 – Brasília/DF

Tel.: (61) 3315-3784

E-mail: [sesai@saude.gov.br](mailto:sesai@saude.gov.br)

Site: [www.saude.gov.br/sesai](http://www.saude.gov.br/sesai)

*Elaboração Técnica:*

Fernando Pessoa de Albuquerque

Lucas da Silva Nóbrega

Roberta Aguiar Cerri Reis

Jaqueline Medeiros Silva Calafate

*Revisão:*

Janini Selva Ginani

Vera Lopes dos Santos

Lívia Dias Pinto Vitenti

Renata Vasconcelos de Souza Brito

Marina Rios Amorim

*Colaboração:*

Andrea Borghi Moreira Jacinto

Juliana Silva Gama

Isadora Simões de Souza

Mariana Vaz Tassi

Pedro Lemos Macdowell

Roberto Tykanori Kinoshita

*Apoio financeiro:*

Organização Pan-Americana de Saúde

*Normalização:*

Daniela Ferreira Barros da Silva – Editora MS/CGDI

*Revisão:*

Khamila Silva e Tamires Alcântara – Editora MS/CGDI

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

---

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Departamento de Atenção à Saúde Indígena.

Atenção psicossocial aos povos indígenas : tecendo redes para promoção do bem viver / Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Saúde Indígena, Departamento de Atenção à Saúde Indígena. – Brasília : Ministério da Saúde : 2019.

50 p.: il.

ISBN: 978-85-334-2724-2

1. Saúde Indígena. 2. Serviços de Saúde Mental. 3. Promoção da Saúde. I. Título.

---

CDU 614.39(=1-82)

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2019/0112

*Título para indexação:*

Psychosocial care to indigenous peoples: creating networks to promote well living

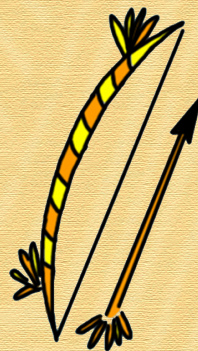
## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	7
<b>1- INTRODUÇÃO</b> .....	8
<b>2- MISSÃO DA SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO INDÍGENA</b> .....	10
<b>3- MODELO DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NOS DSEI</b> ....	11
<b>4 - A TRANSVERSALIDADE DAS PRÁTICAS DE CUIDADO E SABERES INDÍGENAS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AOS POVOS INDÍGENAS</b> .....	16
<b>5 - AÇÕES DE CUIDADO E PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO TERRITÓRIO</b> .....	20
5.1 atendimentos Individuais/Familiares.....	21
5.2 Visitas Domiciliares .....	22
5.3 Grupos de Saúde Mental e Bem Viver .....	22
5.4 Ações Participativas/Intersetoriais .....	23
<b>6- APOIO MATRICIAL NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AOS POVOS INDÍGENAS</b> .....	24
<b>7- AÇÕES DE APOIO MATRICIAL</b> .....	25
7.1 Reuniões de Equipe .....	25
7.2 Consulta Conjunta .....	30
7.3 Educação Permanente .....	31
<b>8- ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DOS DSEI NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL</b> .....	32
8.1 Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena – EMSIs.....	32
8.2 Equipes de Referência em Saúde Mental dos Polos-Base e CASAI .....	35
8.3 Profissional de Referência Técnica de Saúde Mental da DIASI .....	36
<b>9 - REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – RAPS</b> .....	37

<b>10- VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA EM SAÚDE MENTAL</b> .....	40
10.1 Violências e Suicídios .....	41
10.2 Manual de Monitoramento do Uso Prejudicial de Álcool.....	42
10.3 Manual de Monitoramento do Uso de Medicamentos Psicotópicos.....	43
10.4 Indicadores de Saúde Mental e Bem Viver .....	43
10.5 Indicadores de Processo .....	46
<b>11- PLANEJAMENTO DAS AÇÕES</b> .....	47
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	49

## APRESENTAÇÃO

Reconhecendo a magnitude do impacto dos agravos de saúde mental sobre as populações indígenas brasileiras, que **interferem drasticamente no bem viver e na organização social destes povos**, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) produziu este material com vistas à qualificação da abordagem do sofrimento psíquico das populações indígenas.



Esta produção é fruto da cooperação técnica entre **SESAI e Organização Panamericana de Saúde (OPAS)**, que coproduziram um processo de construção participativa junto a indígenas, profissionais de saúde e gestores sobre suas práticas, perspectivas e expectativas em relação ao acolhimento e atenção diferenciada às populações indígenas.

Desta maneira, este documento orientador sobre a gestão da atenção psicossocial nos Distritos Sanitários Especiais Indígena (DSEI) tem como principal objetivo fornecer subsídios para a organização das ações relacionadas à atenção psicossocial dos povos indígenas, assim como orientações básicas para o desenvolvimento dessas ações, tanto para os profissionais de saúde quanto para os gestores. Um desafio que tem sido constatado em diversos fóruns de discussão e interlocuções sobre o tema da saúde mental como demanda premente na atenção à saúde indígena.

Entre os marcos operacionais que orientam o desenvolvimento das ações em saúde mental, destaca-se a **Portaria de consolidação N° 2, de 28 de setembro de 2017**, Anexo 3 do Anexo XIV, publicada originalmente em 2007, que estabelece as diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas. **Este tem sido o principal documento para a organização das ações de atenção à saúde mental das comunidades indígenas nos DSEI.** Em complementariedade a esta portaria, o presente documento busca traçar com maior detalhamento as possibilidades de atuação e de organização das ações e das informações produzidas no âmbito dos DSEI.

Este documento representa, portanto, um importante passo na estruturação das ações de atenção psicossocial nos DSEI, uma vez que orienta a perspectiva ético-política da abordagem do sofrimento psíquico vivenciado pelas comunidades indígenas brasileiras, bem como subsidia os profissionais na execução dessas ações.

*Secretaria Especial de Saúde Indígena*

## 1- INTRODUÇÃO

A atenção à saúde mental tem sido um campo desafiador para os Distritos Sanitários Especiais Indígena (DSEI), uma vez que ultrapassa o domínio das dimensões estritamente biológicas. Por estar envolvida com aspectos relacionais da experiência humana, inexoravelmente ligados à cultura e ao social, a atenção à saúde mental exige que os profissionais de saúde tenham que lidar com dimensões às quais não estão habituados em sua prática. Além disso, a experiência institucional no desenvolvimento de ações em saúde mental em contexto indígena é recente. A soma desses fatores torna a atenção psicossocial para as populações indígenas uma área do serviço de saúde que ainda precisa ser melhor compreendida pelos profissionais, gestores e usuários.

Este documento técnico nasce de uma demanda identificada em diversos fóruns de discussão e diálogos sobre o tema da saúde mental indígena com os DSEI e outros setores. Por um lado, a demanda observada refere-se à necessidade de orientações básicas sobre as possibilidades de atuação dos profissionais nesta área e, por outro, a uma maior sistematização de aspectos da gestão da atenção à saúde mental nos DSEI como, por exemplo, organização de indicadores de monitoramento para os DSEI, atribuições dos diferentes profissionais nesta área, etc.

Este documento pretende, então, suprir alguns elementos destas demandas apresentadas. As bases para a elaboração deste documento foram:

- a) Portaria de consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo 3 do Anexo XIV. (originalmente publicada em 2007).
- b) A experiência acumulada no desenvolvimento das ações de alguns DSEI.
- c) A produção acadêmica na área.
- d) A reunião de profissionais de Referência Técnica (RT) de Saúde Mental dos DSEI, realizada em outubro de 2013.





A referida reunião, realizada por meio da cooperação técnica entre SESAI e OPAS, ocorreu em Brasília e reuniu profissionais como assistentes sociais, psicólogos e enfermeiros, contabilizando 32 dos 34 DSEI, além de participantes representantes do Ministério da Saúde (SESAI, CASAI Brasília, Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, Política Nacional de Humanização) e FUNAI. Durante a reunião, foram discutidos temas pertinentes à atenção psicossocial aos povos indígenas e construído, coletivamente, alguns marcos operacionais para fundamentar e organizar as ações relacionadas à saúde mental na atenção primária à saúde indígena. Todos os itens deste documento foram pactuados com as referências técnicas de cada DSEI, durante a plenária de fechamento da reunião técnica.

O objetivo deste documento é proporcionar um maior aporte aos DSEI para a organização da gestão da atenção psicossocial, bem como fornecer uma direção mais clara para o trabalho em saúde mental dos profissionais e gestores da saúde indígena. A fim de chegar a este resultado, procurou-se elaborar um texto que fornecesse insumos para o desenvolvimento de ações de maneira a não fixar fórmulas prontas e que não enrijeça ou diminua a capacidade dos profissionais em elaborarem estratégias criativas para lidar com os problemas apresentados localmente. Ou seja, este material busca estabelecer marcos operacionais, possibilitando que os gestores e os profissionais adequem as estratégias aqui elencadas para suas realidades locais.



## 2- MISSÃO DA SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO INDÍGENA

O conceito de saúde mental tem sido questionado por vários setores que discutem a atenção psicossocial, e merece ser abordado diante da complexidade que existe na perspectiva transcultural (que envolve outras culturas). Sendo assim, é difícil chegar a uma definição única do que é saúde mental, pois cada sociedade compreende este conceito de maneira diferente e para muitas delas não faz sentido o seu uso, uma vez que o termo “mente” é um construto da sociedade ocidental moderna. Nesse sentido, no âmbito da saúde indígena no Brasil, o termo saúde mental tem sido bastante debatido, e têm sido propostos outros termos que traduzam melhor este conceito, como por exemplo: atenção psicossocial em contexto indígena, bem viver indígena, etc. Nesses casos, da mesma forma, não há ainda um consenso sobre os termos a serem utilizados. De maneira geral, compreende-se que a saúde mental ou psicossocial ou bem viver se referem a algo mais do que simplesmente a ausência de sofrimento ou doença, mas sim ao bem-estar ou bem viver individual, familiar e social/comunitário.

Historicamente, as ações de saúde mental ou atenção psicossocial nos DSEI organizaram-se a fim de oferecer cuidados a diferentes situações de sofrimento psicossocial nas comunidades envolvendo, por exemplo, pessoas com problemas devido ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas e/ou outras drogas, situações de violências e suicídios e outros agravos relacionados. Porém, destaca-se o fato de que as diferentes sociedades indígenas têm enfatizado a importância dos determinantes socioculturais relacionados a estes agravos como, por exemplo, a dificuldade em se garantir a subsistência econômica das famílias, as barreiras para a reprodução dos modos de vida próprio das diferentes comunidades (como as comunidades desejam viver), o preconceito sofrido nas cidades, os conflitos decorrentes na interação com as cidades, conflitos familiares, os feitiços, entre outros. Nestes casos, os usuários indígenas têm relacionado a “saúde mental” com diferentes aspectos da dimensão social e coletiva, não se restringindo à dimensão da subjetividade individual.

Na perspectiva de alcançar estes aspectos elencados, compreende-se que, enquanto princípio geral da atenção à saúde mental ou psicossocial, é missão dos DSEI:

*“Contribuir para a potencialização dos projetos de bem viver das diferentes comunidades, famílias e indivíduos indígenas a partir de ações de promoção da saúde, prevenção e atenção a agravos relacionados à saúde mental, que compartilhem responsabilidades e ações com comunidades, profissionais de*

*atenção primária e redes de apoio locais, incentivem o protagonismo indígena e a mobilização social, valorizando e respeitando os saberes, modos de organização social, crenças, economias e as tecnologias próprias de cada comunidade.”*

### **3- MODELO DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NOS DSEI**

A maior parte dos profissionais de saúde, durante sua formação, recebe pouca qualificação para atender e oferecer resposta para demandas relacionadas ao sofrimento mental. Muitos deles têm expectativas de curar os sintomas ou resolver a situação causadora do sofrimento. Porém, no âmbito da Saúde Mental, muitas vezes não é possível corresponder a essas concepções e expectativas, o que causa mais angústia nos profissionais que se dispõem a escutar e a acolher essas queixas. Em geral, esses profissionais alegam que não sabem o que fazer ou como manejar a situação, ou ainda que não têm acesso a esse campo de saberes.

Em alguns casos, a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), por não se sentir apta a responsabilizar-se por situações envolvendo agravos em saúde mental, acaba encontrando como última alternativa a transferência da responsabilidade do cuidado para profissionais como psicólogos ou assistentes sociais. Esses profissionais são rotulados como aqueles que cuidam “da saúde mental” e tornam-se alvo exclusivo para o encaminhamento de situações de sofrimento psicossocial. Neste cenário, o acesso dos usuários aos cuidados necessários para seu sofrimento é dificultado, além de acarretar uma atenção fragmentada. Obviamente, neste modelo, a quantidade de profissionais disponíveis, psicólogos ou assistentes sociais, dificilmente será suficiente diante do tamanho dos territórios e a quantidade de demandas. Além disso, esta configuração faz com que as EMSIs (enfermeiros, técnicos de enfermagem, Ações Integradas de Saúde (AIS), médicos etc.) não entrem em contato com os agravos relacionados à saúde mental por compreender não ser essa uma responsabilidade sua.

A organização do serviço desta maneira, muitas vezes, baseia-se em concepções equivocadas a respeito das situações de sofrimento psicossocial. Por exemplo, muitos profissionais de equipes de Atenção Primária evitam entrar em contato com estas situações por acreditarem que pessoas em sofrimento mental podem ser violentas, o que se trata de um preconceito, pois se sabe que a grande



maioria das pessoas que está passando por momentos de dificuldade em suas vidas não é violenta e é capaz de viver de forma integrada em suas comunidades. Outras pessoas acreditam que o cuidado à indivíduos nestas situações só pode ocorrer em ambientes especiais, como hospitais ou clínicas psiquiátricas, ou ainda que só poderão ser atendidos por profissionais especializados, quando na verdade a grande maioria destas situações pode ser resolvida pelas equipes de Atenção Primária presentes no território onde a pessoa vive.

Em outros casos, há quem considere que se responsabilizar por pessoas em sofrimento psicossocial significa fazer o papel de psicólogo, e que não teriam tempo para tal atribuição. Na realidade, é importante destacar que todos os profissionais das EMSIs tem algo a contribuir no cuidado às pessoas que procuram ajuda para seu sofrimento, sejam elas usuárias prejudiciais de bebidas alcóolicas ou outras drogas, pessoas em situação de violência ou que apresentam ideações suicidas. Porém, deve ser ressaltado que o cuidado a estes e outros agravos devem ser realizados em **REDE** e a **RESPONSABILIDADE PELO CUIDADO DEVE SER COMPARTILHADA**. Ou seja, nem o enfermeiro ou o técnico de enfermagem, AIS, psicólogo, assistente social, ou qualquer outro profissional irá se responsabilizar sozinho pelo cuidado às pessoas em sofrimento psicossocial. Ao promover o cuidado a estas pessoas e às comunidades, qualquer profissional ou equipe deverá contar com o apoio e a colaboração de outros atores que estejam disponíveis nesta rede de cuidados. Essa concepção parte do pressuposto de que atenção psicossocial é responsabilidade de todos e precisa ser feito de modo intersetorial e interdisciplinar, para se alcançar a integralidade do cuidado.

Cada ponto constituinte desta teia é importante e pode oferecer contribuições fundamentais para a promoção da saúde mental e o cuidado às pessoas em sofrimento, pois possuem diferentes inserções no contexto da atenção psicossocial. A seguir, são descritas as inserções específicas de alguns atores desta rede:

### **EMSI: Enfermeiros, Médicos, AIS, Técnicos de Enfermagem etc.**

As EMSIs estão em posição privilegiada no desenvolvimento de ações de cuidado em saúde mental pelas seguintes características:

- As EMSIs são porta de entrada para os cuidados, uma vez que, geralmente, são o primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde. Elas também são fonte de cuidado a cada novo problema ou episódio de um mesmo problema de saúde.
- As EMSIs têm condições de ofertar cuidados de uma maneira continuada

ao longo do tempo. A relação interpessoal entre a população e a EMSI é mais frequente quando se propicia condições para o estabelecimento de relações de confiança mútua.

- As EMSIs têm condições de ofertar cuidados de maneira abrangente à população, não focando apenas nos problemas psicossociais, mas ofertando cuidados em diversas áreas da saúde como, por exemplo, saúde da mulher, ISTs, doenças crônicas etc.

Recebendo o apoio dos profissionais de referência em Saúde Mental dos DSEI, das equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e de outros profissionais ou instituições de referência, a EMSI pode e deve estar apta a desenvolver ações de cuidado e promoção da saúde mental.

### **Profissionais de referência em Saúde Mental dos DSEI**

Os profissionais de referência em Saúde Mental dos DSEI são os antropólogos, os assistentes sociais, os enfermeiros, os psicólogos, os médicos, os terapeutas ocupacionais e qualquer outro(a) profissional que tenha uma inserção maior na área da Saúde Mental, que possua experiência ou algum tipo de especialização e/ou qualificação específica nesta área. Geralmente, estes profissionais estão lotados:

- Na Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI). Este é o profissional conhecido como “RT de Saúde Mental”.
- Nos Polos-Base (antropólogos, assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, médicos, terapeutas ocupacional e qualquer outro(a) profissional do campo da Saúde Mental lotados nos polos-base).
- Na CASAI (antropólogos, assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, médicos, terapeutas ocupacional e qualquer outro(a) profissional do campo da Saúde Mental lotados nas CASAIs).

Estes profissionais estão em quantidade limitada nos DSEI e a proposta deste modelo de organização dos serviços é que os mesmos possam dividir sua agenda de trabalho em duas atividades principais:

1. Na oferta de apoio técnico e pedagógico às EMSIs visando ampliar a capacidade delas em lidar com as situações de sofrimento psicossocial.
2. Na assistência direta aos casos mais complexos encontrados no território, nas aldeias ou nas CASAIs.

A agenda de trabalho desses profissionais priorizará a oferta de apoio técnico e pedagógico às EMSIs. Esta estratégia permite potencializar e ampliar

o alcance dos cuidados em saúde mental às pessoas em sofrimento. Este apoio será ofertado às EMSIs na forma de Apoio Matricial, como será detalhado mais adiante.

Os profissionais de referência em saúde mental lotados na DIASI (os “RT de Saúde Mental”) também dividirão sua agenda de trabalho para o desempenho de atividades de gestão da atenção à saúde mental dos DSEI, conforme será descrito no item “Atribuições dos Profissionais”.

### **Comunidade: Lideranças, Cuidadores Indígenas, Familiares, Amigos etc.**

A participação de pessoas da comunidade em todo o processo de implementação e execução das ações de saúde mental é de importância fundamental para que as estratégias sejam socioculturalmente contextualizadas e eficazes. A construção e o desenvolvimento conjunto de estratégias com os participantes das comunidades ampliam as chances de que as atividades tenham um alcance e uma efetividade maior. Além disso, evita que sejam realizadas ações que não façam sentido para as comunidades.

A importância dada à participação comunitária deve-se ao fato de que muitas sociedades indígenas já implementam há bastante tempo estratégias de promoção daquilo que chamamos de saúde mental, e as diferentes etnias estão constantemente produzindo e renovando as estratégias de lidar com seus próprios problemas e contam com seus cuidadores tradicionais indígenas. Muitas vezes, esses elementos estão integrados com os diferentes aspectos da vida cotidiana na aldeia e não são percebidos pelas equipes de saúde. A elaboração de estratégias que contam com a participação comunitária favorece que estes aspectos sejam contemplados de maneira adequada, além de facilitar a potencialização de estratégias elaboradas pelas próprias comunidades enquanto promotoras da saúde mental. Esta perspectiva se mostra mais coerente do que a proposição de novas atividades que possam não se adequar a contextos sociais e culturais variados. Nesta mesma concepção, a Portaria nº 2.759/2007, diretriz da Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas, estabelece: “apoiar e respeitar a capacidade das diversas etnias e das comunidades [...] para identificar problemas, mobilizar recursos e criar alternativas para a construção de soluções para os problemas da comunidade.” (BRASIL, 2007b, art. 1º).

Além disso, durante a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) é de extrema importância que usuários, famílias, grupos envolvidos e cuidadores tradicionais participem das negociações sobre as decisões

terapêuticas. Esta conduta favorece a inclusão da rede de suporte social comunitária nos processos de cuidado, agregando os processos terapêuticos próprios da comunidade aos quais os profissionais de saúde podem não ter acesso.

### **Pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): CAPS, hospitais gerais, ambulatórios etc.**

Os pontos de atenção da RAPS podem se incluir no itinerário de cuidado das situações mais complexas, que demandam processos de cuidados específicos. Nesses casos, os pontos de atenção da RAPS podem oferecer atenção a partir de atendimentos em CAPS, consultas, internações de curta duração em leitos de hospitais gerais etc. Porém, outro tipo de contribuição importante envolve uma inserção no território das comunidades indígenas. Sobretudo, o CAPS tem como atribuição a promoção do cuidado de base comunitária e territorial. É possível que, a partir de uma articulação adequada entre as partes, os pontos de atenção da RAPS (em especial os CAPS) possam desenvolver atividades voltadas para a qualificação do campo de trabalho das EMSIs. Nisto se inclui a importante contribuição de atividades de suporte técnico e pedagógico que as equipes dos CAPS podem oferecer às EMSIs, sobre temas como o manejo de situações de crise, a oferta de cuidado no território e outros temas relacionados ao seu campo de trabalho. A construção e o desenvolvimento de propostas em conjunto entre estes dois atores potencializam a efetividade e o alcance do cuidado ofertado. Este apoio pode ser ofertado às EMSIs na forma de Apoio Matricial, como será detalhado mais adiante.

### **FUNAI, Esporte, Cultura e outras instituições de promoção social**

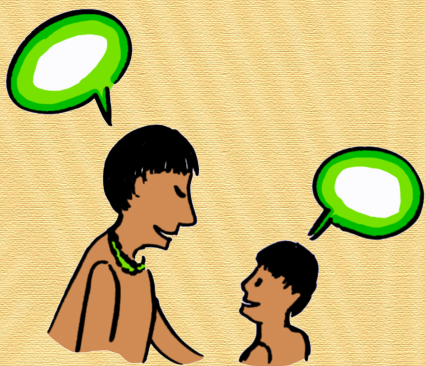
Outro aspecto importante que deve ser destacado para a formulação de estratégias de promoção da saúde mental diz respeito aos determinantes sociais, econômicos, culturais, políticos etc., que estão necessariamente envolvidos nas situações de sofrimento psicossocial encontradas no território.

Em outras palavras, os problemas encontrados e as estratégias de promoção da saúde não devem ser tratados unicamente em suas dimensões individuais ou simplesmente no campo da Saúde. A falta de acesso à terra, condições de vida adversas, preconceito, racismo, limitações de reprodução de aspectos da vida cultural são alguns dos pontos levantados por etnias sobre os problemas de saúde mental em seus territórios. Muitas comunidades indígenas, por exemplo, têm enfrentado de maneira eficaz os altos índices de suicídio ou o consumo prejudicial de álcool e outras drogas com estratégias de valorização

da vida, promoção do bem-viver, ações que geram um sentimento positivo de pertencimento entre os mais jovens, entre outros. Entre as ações que compõem estas estratégias, destacam-se atividades de valorização da identidade cultural, geração de renda, atividades esportivas, entre outras. Demais situações, como, por exemplo, contextos de violência, irão demandar que outros órgãos estejam incluídos no processo do cuidar, sejam eles a FUNAI, o Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), os conselhos tutelares, etc.

Dessa maneira, é de extrema importância a compreensão de que a atenção psicossocial para as populações indígenas deve estar articulada com a promoção e a proteção social. A FUNAI, enquanto órgão de articulação das políticas indigenistas, deve ser acionada sempre que possível, a fim de que acompanhe o desenvolvimento de ações de cuidado e promoção da saúde mental. Além disso, diversas ações poderão ser articuladas e desenvolvidas conjuntamente com este órgão. Da mesma maneira, a Assistência Social, a Educação, a Cultura, o Esporte, são áreas chave entre as políticas públicas para estarem articuladas com as estratégias de atenção psicossocial.

#### **4 - A TRANSVERSALIDADE DAS PRÁTICAS DE CUIDADO E SABERES INDÍGENAS NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AOS POVOS INDÍGENAS**



A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), de 2002, aponta a importância de se considerar os saberes e as práticas de cuidado indígenas para a promoção da saúde desta população, sendo que a biomedicina deve ser complementar às práticas de cuidado de cada comunidade. A articulação entre as práticas de cuidado e os saberes indígenas com o trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde tem sido um tema central de ampla discussão

na área da Saúde Indígena. Diferentes termos como Medicina Tradicional Indígena, Práticas de Autoatenção, Práticas de Cura, circulam nesse debate. São diversos os sentidos dados a esses conceitos, tanto pelos órgãos oficiais quanto por pesquisadores, profissionais da área e a população indígena. Nesta conjuntura, a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza a integração entre as medicinas tradicionais e a biomedicina, definindo a medicina tradicional como:



*“práticas, enfoques, conhecimentos e crenças sanitárias diversas que incorporam medicinas baseadas em plantas, animais e/ou minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios aplicados de forma individual ou em combinação para manter o bem-estar, além de tratar, diagnosticar e prevenir enfermidades. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002, p. 33, tradução do autor).*

*“O princípio que permeia todas as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é o respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas. [...] A articulação com esses saberes e práticas deve ser estimulada para a obtenção da melhoria do estado de saúde dos povos indígenas” (BRASIL; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002, p. 18).”*

Muitas vezes, a sociedade ocidental em geral tem a concepção equivocada de que as práticas de cuidado ou as medicinas indígenas são um correspondente indígena à biomedicina como a conhecemos. Ou seja, que as práticas de cuidado indígenas teriam um papel social e seguiria lógicas semelhantes àquelas atribuídas à biomedicina. Um exemplo desta compreensão é a suposição de que o pajé na aldeia tem um papel social equivalente ao do médico em nossa sociedade. Em boa parte das situações, as práticas de cuidado estão integradas a outros aspectos da vida das aldeias, como práticas rituais, ritos de passagem ou elementos da vida cotidiana. Essas práticas de cuidado se remetem e se integram a um sistema cosmológico que dá sentido a elas. Dessa maneira, não é possível realizar uma comparação direta entre os pajés, os rezadores, os raizeiros e outros tipos de cuidadores indígenas aos médicos e profissionais de saúde. Muitas vezes, em diferentes comunidades, não serão nomeadas tais figuras e, mesmo assim, as práticas de cuidado estarão presentes na vida dos indivíduos sem que os profissionais de saúde se deem conta disso. Nesse sentido, é ressaltada a importância do aprofundamento do entendimento dos profissionais de saúde sobre os aspectos socioculturais das sociedades com as quais trabalham.

Segundo as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, as práticas de cuidado e os saberes indígenas devem ser levados em consideração em todas as ações desenvolvidas no campo da Atenção Psicossocial pelos DSEI. As atividades de cuidado em saúde mental desenvolvidas pelas EMSIs devem considerar o sistema cosmológico que organiza as práticas de cuidado das populações indígenas. Os diferentes povos indígenas possuem saberes e práticas próprias, utilizados para cuidar de seus adoecimentos e os proteger de possíveis agravos ao corpo e ao espírito. Estas práticas e saberes são, as vezes, apropriados por populações indígenas de outros contextos socioculturais, e devem ser consideradas na sua dimensão de promoção da saúde e de organização social.

A compreensão de um sistema cosmológico e a articulação com as práticas de cuidado indígenas se fazem muito relevantes quando se trata do campo da Atenção Psicossocial, devido à dimensão subjetiva do que podemos chamar de sofrimento psíquico. A subjetividade do sofrimento tem grande relação com a estrutura e o funcionamento da cosmologia de cada povo, com as regras sociais estabelecidas e os diferentes aspectos da organização sociocultural de cada sociedade. Os significados sociais e individuais conferidos à experiência do sofrer estão diretamente relacionados àquilo que cada sociedade considera como sofrimento. Para se compreender a dimensão subjetiva do sofrimento de um indivíduo, família ou povo, é necessário conhecer a organização sociocultural da comunidade, já que a experiência emocional é um registro da cultura. Na medida em que o sofrimento psicossocial se remete à esfera da cultura, também a sua resolução poderá ser encontrada nesta mesma esfera. Assim, destaca-se a importância das práticas de cuidado indígenas enquanto formas de cuidar e aliviar o sofrimento, pois compartilham do mesmo sistema cultural que dá sentido à experiência do sofrer.

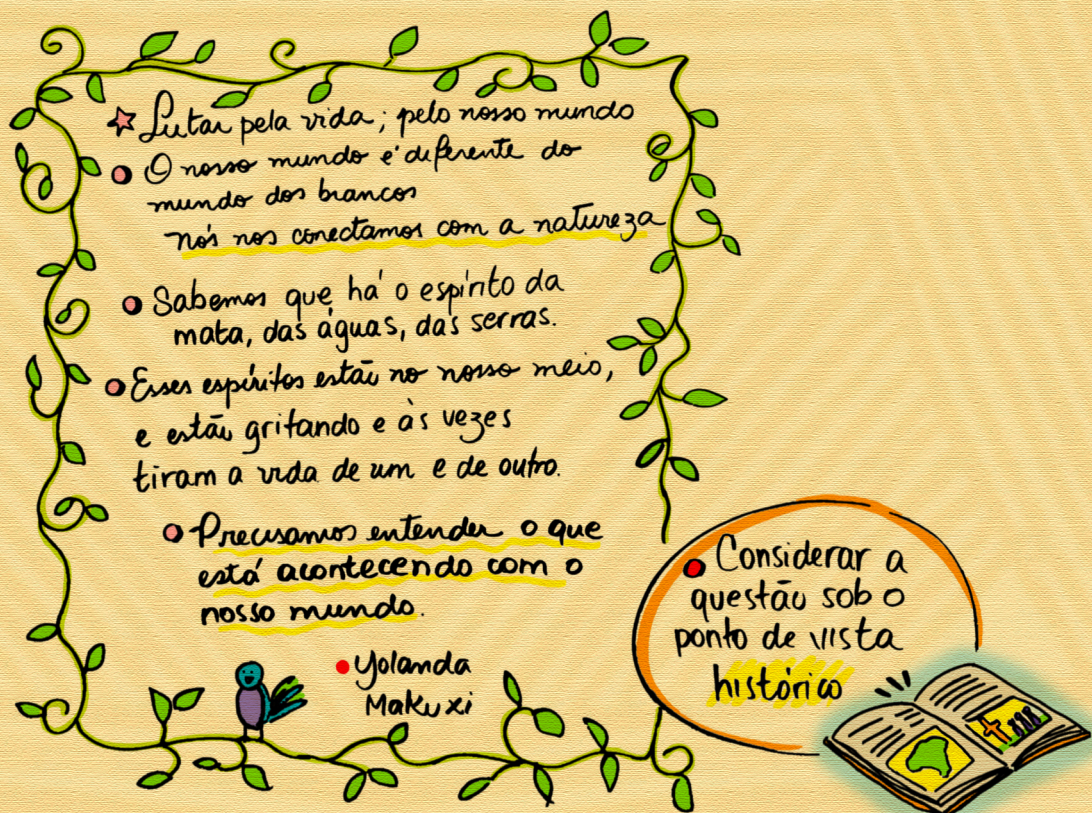
Além disso, é importante considerar que os modos mais efetivos de cuidados à saúde mental são estratégias realizadas no território em que o paciente vive e com a participação dos principais vínculos que compõem a vida da pessoa, desde familiares e amigos até lideranças políticas e espirituais, visto que o suporte psicossocial só pode ser realizado por meio de uma rede de cuidados que tem significado emocional para a pessoa em sofrimento.

A articulação do trabalho das EMSIs com as práticas de cuidado e os saberes indígenas se faz importante também na medida em que valoriza a utilização dos recursos da própria comunidade para a resolução de problemas que a população identifica. Por outro lado, esta articulação pode fomentar um engajamento maior dos usuários nas atividades realizadas. A articulação adequada com estas práticas e saberes contribui para que as atividades realizadas estejam adaptadas ao contexto sociocultural local.

Partindo-se do princípio de que a coesão do tecido social de uma comunidade promove bem viver e melhores condições de saúde em geral e, em especial, de saúde mental, destaca-se que a aproximação das práticas de cuidado e saberes de um povo indígena pode favorecer a mobilização social da aldeia. Assim, a busca pela valorização destas práticas e saberes não deixa de ser um elemento fomentador do protagonismo indígena. Afinal, compreende-

se que é a comunidade que deve ser a protagonista na busca de melhores condições de saúde e de vida, e os profissionais de saúde devem promover ações que incentivem a autonomia dos sujeitos no autocuidado em saúde.

Desse modo, considera-se como imprescindível a aproximação da equipe com cuidadores indígenas, sejam eles pajés, rezadores, raizeiros, benzedeiros e outros, para que os problemas de saúde mental possam ser identificados e cuidados por meio da articulação entre os saberes tradicionais e convencionais. Essa articulação e a aproximação deverão ser realizadas de maneira cautelosa a partir do conhecimento de elementos importantes que balizam este diálogo. Nesse contexto, a aproximação com profissionais da área da Antropologia é de extrema importância.



☆ Lutar pela vida; pelo nosso mundo

- O nosso mundo é diferente do mundo dos brancos  
nós nos conectamos com a natureza
- Sabemos que há o espírito da mata, das águas, das serras.
- Esses espíritos estão no nosso meio, e estão gritando e às vezes tiram a vida de um e de outro.
- Precisamos entender o que está acontecendo com o nosso mundo.

● Yolanda Makuxi

● Considerar a questão sob o ponto de vista histórico

## 5 - AÇÕES DE CUIDADO E PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO TERRITÓRIO

A Portaria de consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo 3 do Anexo XIV, do Ministério da Saúde, estabelece as diretrizes para o desenvolvimento de ações de atenção integral à saúde mental dos povos indígenas, o que orienta o modelo de atenção a ser desenvolvido. O presente documento lhe é complementar, estabelecendo os marcos operativos para realização dessas ações, tendo essa Portaria como diretriz. Os princípios estabelecidos por ela são norteadores das práticas de profissionais de saúde na atenção psicossocial aos indígenas. Todas as ações desenvolvidas no campo da atenção psicossocial nos DSEI deverão ser pautadas por esses princípios. Destacam-se aqui alguns deles, apresentados de maneira resumida:

- Apoio e respeito à capacidade das etnias na identificação de problemas, mobilização de recursos próprios e criação de alternativas. Este princípio procura fomentar o protagonismo indígena no desenvolvimento das atividades.
- As ações devem reconhecer e valorizar as perspectivas indígenas sobre os modos de adoecer, sofrer, curar, assim como as práticas indígenas de promover e restabelecer a saúde. As ações desenvolvidas pelas equipes de saúde devem atuar evitando transformar as concepções indígenas sobre seus problemas e possibilidades de soluções. Elas devem reconhecer e valorizar os modelos explicativos indígenas sobre aquilo que denominam sofrimento, assim como a organização sociocultural própria de cada comunidade. As práticas de cuidado e saberes indígenas devem ser convocados para integrar o trabalho das equipes de saúde, incluindo-se pajés, rezadeiras, benzedeiras, raizeiros e outros cuidadores indígenas nas ações de atenção psicossocial. Para tanto, é de extrema importância que os profissionais de saúde tenham conhecimento de aspectos importantes das culturas com as quais trabalham como, por exemplo, as concepções de saúde-doença, concepções de morte, corporalidade, compreensão sobre ciclos de vida, e outros aspectos que compõem a cosmologia do povo. O desenvolvimento de atividades deve estar baseado num processo de construção coletiva envolvendo a participação de diversos atores com destaque para as lideranças indígenas e o movimento social. Os profissionais de saúde devem negociar com os cuidadores, lideranças, famílias e usuários indígenas as formas a partir das quais as ações de atenção psicossocial poderão ser realizadas. Este processo deve incentivar a autonomia dos sujeitos, tanto em âmbito individual quanto coletivo. Com isso, as possibilidades de atuação dos profissionais devem

respeitar as opiniões e as concepções da população. A incorporação de ações de atenção psicossocial nos cuidados primários exige que as equipes estejam sensíveis para a identificação de situações, demandas e possibilidades de atuação que extrapolam a dimensão biológica. Nesse sentido, as ações de cuidado, sejam elas coletivas, familiares e/ou individuais, são voltadas para a construção de espaços de escuta, acolhimento do sofrimento e para a construção compartilhada de soluções para os problemas. As estratégias de cuidado e a promoção da saúde mental devem considerar os mais diversos aspectos da vida dos usuários como trabalho, cultura, arte, esporte, economia, saúde, espiritualidade, etc. Parte-se da perspectiva de que os pontos de coesão no tecido social são espaços produtores de saúde mental e bem viver e podem diminuir vulnerabilidades sociais e individuais. Os agravos relacionados ao campo da Saúde Mental nas populações indígenas têm forte relação com o esgarçamento do tecido social das comunidades e este será um dos principais objetos de atuação dos profissionais. (BRASIL, 2007).

A seguir, são sistematizadas algumas categorias de ações de cuidado possíveis a serem incluídas na rotina das equipes e dos profissionais dos DSEI.

### 5.1 atendimentos Individuais/Familiares

Consistem em atendimentos de profissionais visando oferecer suporte psicossocial a partir da escuta das queixas e das demandas de saúde dos usuários e das famílias, da identificação das redes de suporte familiar e individual, da oferta de apoio emocional, do estabelecimento de vínculo de confiança entre usuários e profissional, entre outras estratégias.

Ex.: O técnico de enfermagem oferece um espaço de escuta ao relato de sofrimento de mulher que não consegue dormir desde que o pai ficou doente e foi para a CASAI. Sob orientação do RT de Saúde Mental via telefone, o profissional tenta construir uma rede de cuidados pra dar suporte psicossocial à usuária, incluindo família e cuidadores indígenas, além de poder colaborar na conduta do caso com o médico da equipe.

## 5.2 Visitas Domiciliares

São atendimentos profissionais individuais ou familiares realizados no ambiente doméstico dos usuários. Da mesma maneira que a ação anterior, esta ação visa oferecer suporte psicossocial, mas diferencia-se por criar condições para que os profissionais de saúde conheçam de maneira aprofundada o cotidiano das famílias e possam estabelecer uma relação de confiança com a população. Além disso, a visita domiciliar se faz importante à medida que os profissionais são capazes de acessar famílias e pessoas que de outra maneira não acessariam o serviço de saúde. Destaca-se que em muitas etnias ou famílias a entrada o ambiente doméstico é regido por regras locais que devem ser conhecidas e respeitadas pelos profissionais.

Ex.: O AIS relata ao enfermeiro que um homem não sai de casa há quatro meses, desde que seu filho de 9 anos faleceu com uma picada de cobra. Então, o enfermeiro faz uma primeira visita domiciliar, avalia a situação familiar, discute o caso com o profissional de referência em Saúde Mental do Polo-Base e, juntos, planejam fazer uma consulta conjunta com o paciente e sua família.

## 5.3 Grupos de Saúde Mental e Bem Viver

Os Grupos de Saúde Mental e Bem Viver constituem-se de ações coletivas que se valem da ferramenta grupal para promover a saúde mental, o bem viver comunitário, a prevenção de agravos e o fortalecimento dos vínculos sociais. Os grupos criam condições para a oferta de espaços de escuta, a construção de redes de apoio e cuidado, a organização conjunta de soluções para os problemas e outras estratégias promotoras da coesão do tecido social. Esses grupos não precisam estar vinculados necessariamente a temas específicos tradicionais do campo da Saúde Mental, como álcool, drogas etc., mas podem abranger diferentes temáticas voltadas ao bem viver coletivo, familiar e individual nas comunidades. Entre as diferentes ações que podem ser incluídas nesta categoria, encontram-se as Rodas de Conversa, os Grupos Temáticos de Discussão (gestação, juventude, álcool e drogas etc.), Grupos Artístico-Culturais (dança, teatro, música etc.) e as mais diferentes manifestações grupais.

Ex. 1: Oficina sobre práticas tradicionais de cura com participação de pajés, benzedeiras e raizeiros para valorização dos saberes indígenas coordenada pelo enfermeiro e cuidador indígena e acompanhada regularmente pelo RT de Saúde Mental.

Ex. 2: Roda de Conversa com jovens para discussão sobre as dificuldades enfrentadas no cotidiano e na elaboração de propostas de solução dos problemas, além de outros assuntos trazidos pelo grupo. Essa atividade pode ser coordenada por dupla composta por um profissional da EMSI e por um profissional de Saúde Mental do Polo-Base e/ou RT de Saúde Mental da DIASI.

## 5.4 Ações Participativas/Intersetoriais

Estas ações se diferenciam por duas características: (a) elas privilegiam o protagonismo das comunidades no desenvolvimento das atividades, inclusive procurando apoiar ações que já são realizadas por indígenas no território. O desenvolvimento deste tipo de ação é articulado entre as comunidades e os profissionais de saúde. E (b) elas oportunizam estratégias de promoção de saúde intersetoriais envolvendo áreas como trabalho, geração de renda, esporte, arte, cultura, espiritualidade, promoção social, entre outras, e podem estar articuladas com outras instituições governamentais e não governamentais. Destaca-se que o profissional de Saúde Mental tem importante papel de articulação dos atores dessas ações.

Ex.: A comunidade aponta a insegurança alimentar como um dos principais problemas e se organiza para fazer uma roça comunitária, incentivando os jovens que passavam grande parte do dia consumindo álcool a participarem do grupo que cuidará do plantio. As lideranças indígenas, em parceria com o RT de Saúde Mental da DIASI e a FUNAI, buscam parceiros de outras instituições para o fornecimento de sementes e equipamentos de trabalho, construindo alianças com as secretarias de Agricultura, Educação, universidades e outros parceiros. Além disso, os jovens participantes da atividade formam grupos de encontros regulares para discussão sobre a vida na aldeia e o uso de álcool.

## 6- APOIO MATRICIAL NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AOS POVOS INDÍGENAS

A estratégia do Apoio Matricial surge como alternativa para ampliar a resolutividade das ações das equipes de atenção primária em casos de pessoas em sofrimento mental. Este dispositivo procura criar condições para que profissionais de áreas de conhecimentos específicos possam oferecer suporte especializado aos profissionais da Atenção Primária que estão em contato direto com a população no território.

Contudo, o processo de introdução de ações de saúde mental na Atenção Primária não é uma tarefa fácil. Muito se fala que as questões de saúde mental são responsabilidade de todos os profissionais de saúde e o conceito de corresponsabilização é sempre mencionado. Porém, como dito anteriormente, muitas vezes os profissionais das EMSIs não se sentem aptos a lidar com este assunto e a única resposta possível é o encaminhamento dos casos encontrados.

Nesse contexto, o Apoio Matricial procura ampliar a resolutividade do cuidado das EMSIs no campo da Saúde Mental. Esta estratégia permite que as EMSIs se sintam mais seguras para incluir em seu cotidiano ações voltadas para a atenção psicossocial das populações indígenas, pois podem receber suporte de equipes e profissionais do campo específico da Saúde Mental. Dessa maneira, é possível potencializar as ações de cuidado realizadas pelas equipes de Atenção Primária; no caso, as EMSIs. No âmbito dos DSEI, os profissionais participantes do processo de matriciamento seriam os que integram as EMSIs e os profissionais de referência em saúde mental da DIASI, dos Polos-Base ou CASAI, conforme descrito anteriormente.

O Apoio Matricial funciona a partir de encontros entre as EMSIs e os profissionais de referência em saúde mental, objetivando a potencialização das estratégias desenvolvidas. Esses encontros criam condições para que os profissionais de referência possam ofertar um suporte técnico e pedagógico especializado às EMSIs, que, por sua vez, contribuirão com o conhecimento sobre o cotidiano do território e as populações atendidas. Estes espaços de encontro criam condições para aproximação entre os atores envolvidos, visando o fortalecimento das ações de cuidado. Eles devem ser pautados por uma relação horizontal, na qual nenhum dos atores detém mais poder que outros e podem contar inclusive com a participação da comunidade e de outros profissionais, de outras instituições.

No matriciamento, é possível, por exemplo, que os profissionais construam e planejem conjuntamente as ações a serem desenvolvidas, discutam casos



complexos, realizem atividades de Educação Permanente entre si, construam Projetos Terapêuticos, realizem atendimentos conjuntamente, além de inúmeras outras ações possíveis. Todas estas práticas visam aumentar a capacidade das EMSIs em lidar com as pessoas em sofrimento psicossocial. Para que este objetivo seja alcançado, o Apoio Matricial exige que se criem espaços de encontros constantes e regulares entre os profissionais envolvidos.

O Apoio Matricial também contribui para a organização dos processos de Referência e Contrarreferência para os casos mais complexos. Os espaços de encontros estabelecidos possibilitam que sejam viabilizadas discussões e negociações entre a EMSI responsável pelo caso e o profissional de referência em Saúde Mental. Nesses casos, os pacientes não seriam apenas encaminhados aos serviços de média e alta complexidade, mas teriam nos profissionais de referência em Saúde Mental uma retaguarda de apoio para o processo de referência. Assim, o sofrimento psicossocial também passa a fazer parte dos agravos possíveis de serem acolhidos e tratados no próprio território pelas EMSIs, que terão suporte técnico e pedagógico para desenvolver as atividades de cuidado.

Dessa maneira, é de fundamental importância que os profissionais de referência em Saúde Mental, sejam eles da DIASI, dos Polos-Base ou da CASAI, organizem sua agenda de trabalho de maneira a contemplar tanto o suporte às EMSIs no Apoio Matricial quanto nas ações de assistência direta às comunidades, de acordo com as necessidades apresentadas pelo território e pelos profissionais de saúde.

## 7- AÇÕES DE APOIO MATRICIAL

A seguir, serão apresentadas diferentes atividades possíveis de serem realizadas nos encontros de Apoio Matricial:



### 7.1 Reuniões de Equipe

Nas reuniões de equipe, estarão presentes os profissionais de referência em Saúde Mental e toda a EMSI, ou parte dela, e inclusive integrantes da comunidade ou do controle social, quando esta participação for adequada. Esta é uma estratégia de extrema importância na aproximação dos profissionais de referência em Saúde Mental com as EMSIs. Nelas, é possível que se planejem as ações conjuntamente, realizem-se discussões de caso, problematizem-

se os processos de trabalho em saúde e discutam-se estratégias de soluções dos problemas e de potencialização do trabalho. Em especial, a discussão de caso pode ser feita por outras formas de comunicação, como o telefone. A participação de atores da comunidade, como os cuidadores, as lideranças e outros membros da mesma, pode ser de fundamental contribuição para as Reuniões de Equipe, uma vez que permite que sejam discutidos aspectos do ponto de vista dos usuários. Entre as diversas ações possíveis de serem realizadas durante as reuniões de equipe, seguem alguns destaques:

### Discussão de Caso

A discussão de caso pode ser realizada em situações em que a EMSI sinta necessidade de suporte para manejar um caso com demandas de saúde mental, podendo ter dificuldades na escuta qualificada da subjetividade do sujeito e/ou da família, na construção de uma rede de cuidados, no estabelecimento de vínculos com o usuário ou na elaboração de intervenções psicossociais específicas da atenção primária.

A discussão de caso com o profissional de referência em Saúde Mental, que é a retaguarda especializada da assistência, deve oferecer suporte técnico-pedagógico pra fundamentar as ações da equipe, proporcionando uma construção coletiva e compartilhada do cuidado integral à saúde mental de populações indígenas.

Esta ação se diferencia da supervisão, primeiramente, por não se tratar de uma relação vertical entre supervisor e supervisionando. O apoio constrói, com a equipe, numa relação horizontal, estratégias de cuidado à saúde mental da população adstrita no território da EMSI.

### Construção de Projeto Terapêutico Singular

Durante as entradas nos territórios indígenas, a equipe poderá se deparar com pessoas em situação de vulnerabilidade extrema, vivendo em condições precárias e sem suporte social algum, ou ainda em conflito com outras pessoas da comunidade. Essas situações levarão à necessidade de se planejar um cuidado integrado e específico para esses sujeitos ou grupos, requerendo-se a ativação de uma rede de cuidados para melhorar as condições de vida e oferecer suporte psicossocial ao sujeito, à família e/ou ao grupo. Esses cuidados deverão ser oferecidos a partir de um plano de ação formulado pela

EMSI em conjunto com os sujeitos, em que o usuário e seus familiares também participam da elaboração do plano de cuidados.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) objetiva utilizar os recursos presentes no próprio território para que o cuidado seja mais efetivo e que o indígena seja melhor acolhido. Dessa maneira, a participação da comunidade no Projeto Terapêutico é de extrema importância para se incluir as práticas e os saberes indígenas de cuidado e cura nas propostas construídas. O PTS deve ser construído com sujeitos e/ou famílias em situação de maior vulnerabilidade, priorizando ações em situações complexas e de maior impacto negativo. A equipe da DIASI deverá participar como equipe de Apoio Matricial apoiando a articulação das ações e facilitando o encontro entre as redes e os usuários.

A Política Nacional de Humanização (PNH) orienta que o PTS tenha quatro principais momentos: o diagnóstico participativo; a definição de metas e propostas de curto, médio e longo prazo; a divisão de metas e responsabilidades de cada profissional e instituição presente na rede de cuidados; e a reavaliação do processo. Ressalta-se que, nesses quatro momentos, o sujeito deve ser parte ativa do processo e as decisões devem ser negociadas com ele e sua família.

Outras estratégias interessantes possíveis no PTS são as ferramentas de compreensão da dinâmica familiar, como o genograma e/ou ecomapa.

Estes instrumentos permitem, em casos específicos, identificar quais são as redes de suporte da família, quais pessoas da comunidade podem colaborar no suporte psicossocial do sujeito e/ou grupo etc.

## Cartografia do Território

Na proposta de apoio à EMSI, a cartografia apresenta-se como uma estratégia capaz de operar mudanças no modelo assistencial e nas práticas sanitárias existentes. Só é possível produzir integralidade nas práticas de saúde ao se construir o processo de trabalho das equipes de APS a partir da análise aprofundada das necessidades de saúde explícitas e implícitas da comunidade presente no território. A busca pela compreensão do modo como as pessoas ocupam e interagem no território irá interferir no processo de trabalho das equipes, que passam a problematizar as estratégias que utilizam para organizar suas ações e atividades, e também sobre os vínculos que constroem com a comunidade.

É importante que as equipes de saúde indígena tenham condições de

planejar e produzir seu processo de trabalho baseado nas necessidades de saúde das comunidades indígenas, e que a cartografia seja utilizada regularmente, sendo sempre problematizada e atualizada. Nesse sentido, a cartografia não se esgota com a sua elaboração, pelo contrário, ela estará em constante processo de atualização e discussão com as equipes de saúde.

Dessa forma, o profissional de referência em Saúde Mental ofertará um instrumento que sensibiliza a EMSI para uma apreensão das condições de saúde e seus determinantes e condicionantes, além de problematizar as práticas de cuidado.

O desenvolvimento da cartografia deve ser realizado *in loco*, com a possibilidade de o profissional de saúde mental desenvolver rodas de conversa com a equipe, lideranças e comunidade, até mesmo para colaborar na produção do vínculo entre comunidade e EMSI.

### Planejamento, Monitoramento e Avaliação das Ações

No âmbito local, nos Polos-Base, as ações de planejamento, monitoramento e avaliação ocupam um espaço estratégico, pois possibilitam a qualificação das estratégias desenvolvidas. As reuniões de equipe para desenvolvimento dessas atividades são espaços privilegiados para que os profissionais da DIASI possam dialogar com as EMSIs, facilitando a compreensão dos contextos locais e permitindo a aproximação entre estas duas esferas do serviço de saúde. Nestas reuniões, é possível que seja ofertado o suporte técnico necessário para o desenvolvimento das atividades a partir da discussão sobre a agenda e o processo de trabalho das EMSI, as necessidades de saúde da população, as dificuldades para realização, as atividades de cuidado, etc. Estas reuniões podem contribuir para promover a reflexão sobre as condições de saúde mental das comunidades que atendem e avaliam o cuidado ofertado para essas demandas. O apoio realizado pelo profissional de referência em Saúde Mental pode também colaborar na integração das ações realizadas por cada membro da equipe. Assim, esse profissional de Apoio Matricial pode colaborar na problematização das relações dentro da equipe.

As reuniões devem ser periódicas e organizadas de modo que o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações possam ser realizados coletivamente e não por esferas específicas do serviço. O profissional de referência em Saúde Mental poderá facilitar a participação dos membros da equipe, por meio de dinâmicas de grupo e outras estratégias de mobilização.

A participação da comunidade nestes momentos é de extrema importância, pois permite que sejam identificadas as necessidades de saúde, as ações que poderão ser priorizadas e outros aspectos essenciais do trabalho, engajando os usuários como protagonistas do processo.

A cartografia do território pode ser um instrumento disparador de um processo de reconhecimento das necessidades de saúde do território, e subsequente reorganização dos processos de trabalho a partir do detalhamento das necessidades identificadas. Nesse sentido, ela contribui como metodologia para planejamento e avaliação das ações em atenção primária à saúde indígena.

## Cuidando do Cuidador

Essa atividade pode ser oferecida para dar suporte às dificuldades internas nos processos de trabalho das EMSIs e para atuar como promoção de saúde para os profissionais. Principalmente, quando houver necessidade de apoio para resolver problemas relativos ao desempenho de suas tarefas, como, por exemplo, dificuldades nas relações pessoais ou nas situações difíceis do cotidiano de trabalho.

Esse tipo de atividade é de extrema importância para a saúde indígena, devido ao modelo de organização do processo de trabalho das EMSIs, que exige o contato com uma realidade cultural extremamente diferente, muitas vezes dividem o mesmo espaço doméstico durante 20 dias do mês nas entradas em áreas indígenas, vivenciando variadas dificuldades de transporte até as aldeias, além de estarem distantes de seus familiares e amigos. Esse convívio constante tensiona as relações entre os membros da equipe, que necessitam ter um espaço para cuidar dos vínculos entre os profissionais.

Além disso, o contexto intercultural e as complexas condições de vida das populações indígenas expõem os profissionais de saúde a situações que estão pouco habituados a oferecer alguma resposta, já que extrapolam as intervenções biomédicas e exigem compreensão das concepções indígenas sobre o processo saúde-doença e suas práticas de cuidado. Essas condições de trabalho dos profissionais da EMSI provocam maior vulnerabilidade a síndromes de esgotamento no trabalho (burn-out) e necessitam de intervenções de cuidado e prevenção.

Contudo, o “cuidando do cuidador” não visa oferecer psicoterapia aos profissionais. Nessa atividade, poderão se discutir questões pertinentes aos processos de trabalho, às relações com os usuários e entre os membros da

equipe, sendo que as questões pessoais de cada membro não deverão se misturar diretamente com o espaço formado pelo grupo da EMSI. Assim, quando o profissional de Saúde Mental identificar um profissional da EMSI com um comprometimento maior de sua saúde mental, poderá, gentilmente, encaminhá-lo a uma referência em saúde mental fora dos DSEI. A promoção de saúde para o trabalhador é fundamental para o melhor desempenho de seu papel de cuidador.



## 7.2 Consulta Conjunta

Outra forma de suporte técnico-pedagógico que pode ser desenvolvido com os profissionais da EMSI é a realização de uma consulta conjunta, entre paciente, profissional da EMSI e profissional de referência em Saúde Mental. Essa ação se faz a partir da solicitação de um dos profissionais para complementar e/ou elucidar aspectos da situação de cuidado em andamento que fujam ao entendimento da equipe de Atenção Primária, a qual passa a necessitar da colaboração de outro saber para desenvolver o plano terapêutico para um paciente e/ou família.

É necessário frisar que essa ação tem caráter pedagógico, já que não se propõe que essa seja uma ação rotineira, e sim uma estratégia para qualificar a EMSI a realizar práticas de saúde mental. Neste momento, a EMSI tem a oportunidade de vivenciar o processo de aprendizagem na própria prática de trabalho com o profissional detentor desse saber especializado. A consulta conjunta ajuda o profissional da EMSI melhorar seu entendimento sobre questões relacionadas à saúde mental. Na consulta conjunta, a EMSI pode sentir-se mais segura para lidar com os casos mais complexos, favorecendo o vínculo entre equipe e usuários. Desse modo, propõe-se que a consulta conjunta possa ser utilizada para incentivar os profissionais da EMSI a acolherem questões relacionadas ao campo psicossocial.

Deve-se apontar que a presença de um profissional da EMSI que já conheça o paciente facilita o trabalho do profissional de referência em Saúde Mental. Nessas situações, o paciente pode sentir-se mais à vontade mesmo na presença de um profissional que ainda não conheça, como acontece muitas vezes com o profissional de referência em Saúde Mental que visita os territórios indígenas de modo irregular. Além disso, a consulta conjunta poderá ser realizada contando com a participação de cuidadores indígenas, com os quais os profissionais de saúde poderão articular propostas de cuidado aos usuários.

### 7.3 Educação Permanente

Ações de educação permanente, “têm como missão fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas que a dinâmica das organizações não oferece por outros meios” (BRASIL, 2007a, p. 39), vale ressaltar que essas ações devem ser planejadas de modo que tenham constância e regularidade para construir um processo de ensino-aprendizagem, que por sua vez dispare reflexões sobre a prática profissional do trabalhador em saúde e produza um novo agir, além de promover outras formas de comunicação na relação com os usuários e também entre profissionais. Igualmente, esse cronograma de atividades deve ser negociado com as equipes e os profissionais que coordenam o processo de trabalho na DIASI e nos Polos-Base.

Os profissionais devem ser sensibilizados a oferecer atenção ao sofrimento, identificando possíveis agravos à saúde mental, de modo a ofertar um espaço de escuta e de acesso da população aos serviços da unidade. Da mesma forma esses profissionais podem ser apoiados e incentivados a desenvolver atividades de grupo e comunitárias, para prevenção de agravos e promoção da saúde, a partir das temáticas relacionadas à saúde mental, álcool e outras drogas. Dessa forma, amplia-se o escopo da atenção, propiciando diagnóstico precoce de diversas morbidades, inclusive as relacionadas aos sofrimentos psíquicos (prevenção secundária).

É claro que as ações expostas nos itens anteriores não deixam de ser consideradas como ações de educação permanente para saúde mental na atenção primária, já que também oferecem suporte pedagógico diante das demandas recebidas cotidianamente pela própria EMSI. Contudo, é necessário que se planeje espaços de formação para as EMSI, para que estas possam ser qualificadas em temáticas relacionadas ao campo da atenção psicossocial. Essas temáticas devem ser escolhidas em parceria com as EMSIs, para que sejam adequadas às necessidades de capacitação vivenciadas pelos profissionais e objetivando-se que os mesmos possam ser protagonistas no processo de ensino-aprendizagem.

As ações de educação permanente não devem ser realizadas somente pelo RT de Saúde Mental da DIASI. Apesar de muitas vezes este profissional ser ainda a principal figura de Apoio Matricial em saúde mental na atenção primária à saúde indígena, é importante que se identifiquem possíveis parceiros para a realização de um cronograma contínuo de formação em saúde mental no contexto indígena para as EMSIs. O profissional RT de Saúde Mental da DIASI poderá atuar no sentido de articular projetos de educação permanente com outras instituições do setor da saúde e também de outras

redes, a fim de possibilitar que um número maior de equipes possam ser qualificadas. Pessoas das comunidades, lideranças e cuidadores indígenas também têm um papel fundamental nas propostas de educação permanente, dado que podem permitir o acesso às perspectivas indígenas sobre diferentes aspectos da cultura, além de potencializar as discussões a serem realizadas nas ações de educação permanente.

Entre os possíveis atores que podem colaborar no processo de educação permanente das EMSIs, destacam-se: FUNAI; CAPS; Secretarias Municipais de Saúde; Secretarias Estaduais de Saúde; Hospitais Gerais; CRAS; CREAS; Conselho Tutelar; Secretarias de Educação, Esporte e Lazer; Escolas Técnicas do SUS; Universidades; ONGs Indigenistas e outras ONGs; Conselhos de Saúde Indígena; Associações Indígenas, outros representantes indígenas e potenciais parceiros.

## **8- ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DOS DSEI NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Neste material, serão destacadas três esferas de atuação de profissionais dos DSEI: as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSIs), os profissionais de Referência em Saúde Mental dos Polos-Base e os profissionais de Referência Técnica de Saúde Mental da DIASI. A seguir, são descritas as atribuições nestes espaços.

### **8.1 Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena – EMSIs**

A atuação das EMSIs nas ações de atenção psicossocial refere-se às ações de assistência direta nas aldeias, Polo-Base ou CASAI. As referidas ações, desenvolvidas pela EMSI, constam no item “Ações de Cuidado e Promoção da Saúde Mental no Território”. Seguem as atribuições de cada profissional da EMSI no que tange às ações de atenção psicossocial na Atenção Básica:

#### **Atribuições comuns a todos os profissionais da EMSI:**

- Conhecer o território indígena, identificando em sua complexidade os espaços de encontros sociais (escola, igreja, festas e atividades tradicionais, pescarias, caçadas etc.), as dinâmicas político-sociais, os aspectos etnoculturais, ambientais e epidemiológicos.
- Conhecer e colaborar na identificação dos principais agravos e dos possíveis determinantes que afetam a saúde do seu grupo populacional.



- Ofertar escuta e apoio às pessoas de sua área de abrangência, em especial, aquelas em sofrimento mental ou que façam uso prejudicial de álcool e outras drogas.
- Construir redes de suporte social às pessoas em sofrimento mental ou que façam uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas.
- Atendimento integral que considere a cosmovisão, a compreensão dos ciclos de vida e os significados de saúde e doença para a comunidade atendida.
- Buscar sempre que possível a parceria/ação conjunta ao cuidador tradicional no tratamento do paciente.
- Promover ações de valorização e empoderamento das práticas de cuidado e saberes tradicionais indígenas.
- Propor e conduzir processos de educação em saúde na comunidade (rodas de conversa, visitas domiciliares, oficinas, entrevistas individuais ou com familiares).

### **Atribuições do enfermeiro:**

- Conhecer o fluxo de encaminhamento/itinerário terapêutico das pessoas em sofrimento psíquico e/ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas, com a sensibilidade para observar novos caminhos e propor soluções criativas.
- Avaliar e coordenar as ações executadas pela EMSI com o apoio e o suporte pedagógico do Núcleo de Assistência à Saúde Indígena (NASI).
- Organizar o fluxo de informações, planejar e monitorar a EMSI em consonância com as referências técnicas da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI).

### **Atribuições do técnico de enfermagem:**

- Auxiliar e apoiar a EMSI nas atividades de educação em saúde.
- Desenvolver ações individuais, familiares e coletivas para educação e promoção em saúde e prevenção dos principais agravos identificados no território sob sua responsabilidade.

### **Atribuições do médico:**

- Observar em toda prescrição/prognóstico conflitos com crenças,

saberes populares, e negociar soluções com o paciente e/ou a comunidade.

- Identificar os processos sociais (determinantes sociais em saúde) nos processos de adoecimento e propor intervenções em relação a estes com respeito às especificidades culturais.

### **Atribuições do agente indígena de saúde:**

- Em cooperação com os outros profissionais, deve buscar a produção de um cuidado em saúde integral, humanizado e adequado à realidade local, sendo o elo de comunicação e articulação entre as práticas de cuidado e saberes indígenas e a medicina ocidental não indígena.
- Participar de reuniões de equipe para análise das informações coletadas, planejamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas no território.
- Apoiar a EMSI na organização e no planejamento das ações de saúde, considerando as práticas socioculturais e os calendários locais de cada etnia.
- Identificar espaços sociais propícios para realização de atividades de educação em saúde.
- Realizar ações de comunicação e articulação, buscando o apoio das lideranças e a utilização dos meios de comunicação disponíveis para interagir com sua equipe e com sua comunidade.
- Mobilizar a comunidade e seus atores políticos para o desenvolvimento de ações preventivas e de educação em saúde.
- Encaminhar usuários que necessitem de cuidados em saúde à Unidade Básica de Saúde Indígena e informar os demais profissionais da EMSI.
- Acompanhar as atividades desenvolvidas pelos outros profissionais da EMSI realizadas na aldeia e oferecer tradução quando necessário.

Dessa forma, as EMSIs são responsáveis por desenvolver ações de acolhimento e escuta qualificada individual e/ou familiar, construção de redes de cuidado para pessoas em sofrimento mental e atividades grupais como rodas de conversas, grupos de discussão que fortaleçam os vínculos comunitários e o sentimento de pertencimento a um grupo. Além disso, a participação da EMSI em projetos intersetoriais é importante para promoção da saúde da população.

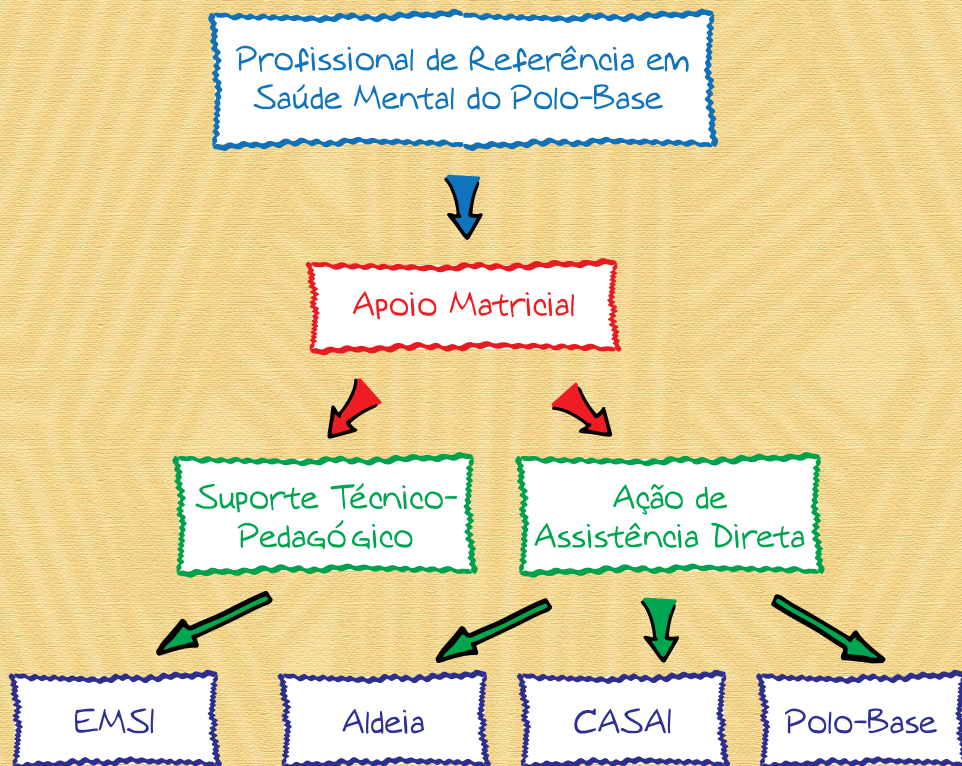
Para que as EMSIs possam desenvolver as ações expostas, é imprescindível o suporte técnico e pedagógico dos profissionais e das equipes de Apoio Matricial. A introdução das ações em determinada aldeia deve ser um processo estudado e discutido com as comunidades indígenas, com os profissionais e as equipes de Apoio Matricial para que se adequem às necessidades de saúde e ao contexto sociocultural local. Além disso, é necessário que se garanta o suporte e o Apoio Matricial regular para que as EMSIs se sintam aptas a desenvolver um trabalho consistente.

## 8.2 Equipes de Referência em Saúde Mental dos Polos-Base e CASAI

Os profissionais mais indicados para compor as equipes de referência em Saúde Mental podem ser antropólogos, assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais e qualquer outro profissional que tenha uma inserção maior na área da Saúde Mental, que possua experiência ou algum tipo de especialização e/ou qualificação específica nesta área. A atribuição destes profissionais refere-se à oferta de Apoio Matricial em dois eixos distintos. O primeiro eixo diz respeito ao suporte técnico e pedagógico, ofertado às EMSIs, sobre as questões de saúde mental, conforme exposto anteriormente. O segundo eixo diz respeito às ações de assistência direta com a população, que poderão ser realizadas nas aldeias, nos Polos-Base ou na CASAI, como descrito no item “Ações de Cuidado e Promoção da Saúde Mental no Território”. Em especial, as atividades em grupo poderão ser realizadas com profissionais da EMSI. Além disso, uma possibilidade de atuação deste profissional diz respeito ao desenvolvimento de projetos intersetoriais de promoção da saúde e fomento ao protagonismo indígena. Estes dois eixos de atribuições deverão ser arranjados no processo de trabalho destes profissionais, de acordo com as necessidades e as possibilidades locais.



**Figura 1** – Apoio Matricial em Saúde Mental



Fonte: Área Técnica de Saúde Mental/CGAPSI/DASI.

### 8.3 Profissional de Referência Técnica de Saúde Mental da DIASI

Estes são os profissionais conhecidos como RT de Saúde Mental lotados na DIASI dos DSEI. A atribuição destes profissionais se diferencia um pouco dos demais, pois sua atuação profissional está voltada para a Gestão da Atenção Psicossocial nos DSEI. Em outras palavras, esse profissional contribui, com a DIASI, para o planejamento, a organização, o monitoramento e a avaliação das ações desenvolvidas. Ele também atua no sentido de organizar as informações de saúde e propor diretrizes locais para desenvolvimento das ações de atenção psicossocial.

Junto ao chefe de DIASI e apoiador dos DSEI, contribui com a articulação institucional e intersetorial, com os pontos de atenção da RAPS e outras redes

institucionais. Outro eixo de atuação é o de Apoio Matricial, no qual estes profissionais ofertam suporte técnico e pedagógico às EMSIs, como reuniões de equipe, ações de educação permanente, discussão de caso etc., no Polo-Base, na CASAI ou na aldeia. Além disso, uma possibilidade de atuação deste profissional diz respeito ao desenvolvimento de projetos intersetoriais de promoção da saúde e fomento ao protagonismo indígena.

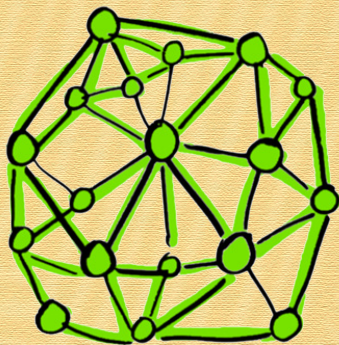
**Figura 2** – Atribuições da Referência Técnica de Saúde Mental no DSEI



Fonte: COGASI/DASI/SESAI

## 9 - REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – RAPS

Um dos aspectos de maior importância na organização da atenção à saúde mental nos DSEI é a articulação do cuidado para os casos mais complexos. Uma boa articulação dos DSEI - que compõe a atenção primária - com os serviços da Rede de Atenção Psicossocial - que é a rede especializada de saúde mental - de sua região é fundamental para a efetivação de um cuidado integral, resolutivo e humanizado.



A RAPS propõe-se ser uma rede integrada, que ofereça atendimento a pessoas em sofrimento e/ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais e/ou do consumo prejudicial de álcool e outras drogas. Assim como aos demais municípios, a RAPS tem a responsabilidade de oferecer cuidado à população indígena. Esta rede é composta por diferentes tipos de serviços, priorizando os de base comunitária que atuam numa perspectiva territorial.

Nesta dimensão, estes serviços procuram oferecer cuidados o mais próximo possível dos espaços de convivência de seus usuários, dialogando com os diferentes aspectos do território, tais como os recursos comunitários disponíveis, os atores promotores da saúde, as diferentes políticas públicas que permeiam o cotidiano da população, entre outros. Estes serviços procuram se adequar às necessidades dos usuários, invertendo a lógica de que os usuários devem se adequar aos serviços.

Apesar de estar inserida numa política que procura considerar as especificidades locais, a aproximação desta Rede ao cuidado das populações indígenas ainda é embrionária. As experiências de cuidado às populações indígenas nos pontos de atenção da RAPS ainda são incipientes. Dessa maneira, os caminhos de articulação para efetivação deste cuidado deverão ser construídos envolvendo usuários, gestores, profissionais e controle social, para que assim sejam contempladas as especificidades sociais, culturais, geográficas etc. envolvidas neste processo.

A seguir, estão descritos todos os componentes da Rede de Atenção Psicossocial. Dos pontos de atenção elencados, alguns estarão em articulação mais intensa com os DSEI como, por exemplo, os CAPS em suas diversas modalidades e os leitos de saúde mental em hospitais gerais.

O processo de articulação dos DSEI com os pontos de atenção da RAPS exige tanto uma articulação no âmbito da gestão quanto uma aproximação técnica entre profissionais. Dessa maneira, é importante a participação de gestores e profissionais dos DSEI nos fóruns de pactuação da RAPS. Os Grupos Condutores Estaduais e Municipais da RAPS, estabelecidos pelo Anexo V Portaria de consolidação MS/GM nº 3, de 3 de outubro de 2017, são importantes espaços nos quais é discutido o desenho da RAPS, bem como a efetivação do monitoramento e avaliação dos processos de implantação da rede.

A participação dos DSEI nestes espaços de discussão está sendo estabelecida progressivamente, a partir de negociações com os gestores locais municipais, estaduais e também com os Colegiados Regionais de Coordenadores de Saúde Mental.

Para qualificação da participação dos DSEI nestes espaços de discussão, é importante uma análise local das necessidades de saúde das comunidades indígenas adstritas aos municípios em questão. Esta análise poderá mostrar um panorama geral das necessidades de saúde e o dimensionamento das demandas para situações mais complexas.

A organização dos fluxos de referência e contrarreferência em saúde mental também exige que sejam discutidos e pactuados os processos de trabalho nas EMSIs e nos pontos de atenção da RAPS. Nesse sentido, reuniões de equipe (Apoio Matricial) com participação das EMSIs, dos profissionais de referência em saúde mental e dos profissionais dos pontos de atenção da RAPS podem ser ações estratégicas para qualificação deste fluxo. Nesses espaços, poderão ser discutidos aspectos da situação em questão e pactuadas as melhores alternativas para cada circunstância, incluindo, por exemplo, os instrumentos e os espaços de comunicação entre os diferentes serviços, assim como propostas terapêuticas articuladas. Esta estratégia permite que as decisões sobre os projetos terapêuticos e os fluxos de cuidado sejam compartilhadas entre os diferentes atores promotores do cuidado, sem haver uma hierarquia sobre a tomada de decisão.

Outro viés de articulação com os pontos de atenção da RAPS diz respeito à possibilidade de realização de ações de Apoio Matricial com a participação de profissionais destes serviços. A lógica de cuidado de base comunitária e territorializada dos CAPS cria a possibilidade de que estes serviços estejam presentes no território das populações pelas quais são responsáveis. Nesse caso, é possível, por exemplo, que, a partir de pactuações com os gestores, profissionais dos CAPS participem de ações de Apoio Matricial com a EMSI. Essas ações possuem uma importância particular na medida em que:

- Qualifica o atendimento das EMSIs no que diz respeito ao conhecimento específico da saúde mental como manejo de crises, acolhimento de pessoas em sofrimento psíquico, etc.
- Qualifica o atendimento das equipes dos CAPS à população indígena à medida que estas entram em maior contato com o contexto de convivência dessas comunidades, conhecem aspectos culturais

das populações e permitem que se troquem informações sobre as especificidades do atendimento a estes usuários.

## 10- VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA EM SAÚDE MENTAL



O subsistema de atenção à saúde indígena identifica que as populações indígenas são extremamente vulneráveis a agravos, incluindo aqueles que a sociedade envolvente considera como relacionados à saúde mental, em especial as tentativas de suicídio, o uso prejudicial de álcool e as situações de violência doméstica e comunitária.

Nos últimos anos, tem-se investido esforços na qualificação das informações em saúde, em especial relacionadas à vigilância dos óbitos e à construção do perfil epidemiológico das populações indígenas. Dessa forma, tem-se ampliado o conhecimento sobre as condições de saúde desses povos, inclusive no que tange às enfermidades relacionadas às questões psicossociais.

A sistematização de informações epidemiológicas sobre saúde mental das populações indígenas colabora no fortalecimento das ações de enfrentamento desses agravos, sejam elas de promoção, prevenção e/ou atenção à saúde mental. Enfatiza-se, também, que essas ações partem de uma perspectiva ampliada de saúde, que considera como foco de intervenção os determinantes sociais do processo de adoecimento e não apenas o sintoma apresentado como demanda. Dessa forma, o primeiro passo para a diminuição dos impactos dos agravos à saúde mental sobre as condições gerais de saúde da população é um diagnóstico detalhado dos grupos mais vulneráveis e uma caracterização dos espaços e dos atores envolvidos nesses eventos.

Essa caracterização serve também para fundamentar uma posterior avaliação das ações de saúde mental que, devido ao caráter subjetivo, carregam grande complexidade em relação à mensuração de sua efetividade. Contudo, essa avaliação é necessária até mesmo para se justificar os recursos públicos investidos nessas ações e/ou requerer maiores investimentos.

Apesar da importância de sistematizar essas informações, deve-se considerar como prioridade de qualquer ação de vigilância em saúde que incida em populações indígenas, o respeito aos diversos entendimentos sobre formas de conceber e vivenciar o sofrimento, assim como as formas de cuidar dos adoecimentos, que não são necessariamente físicos. Deve-se ter como premissa que o sofrimento mental é uma experiência subjetiva, que só faz sentido no contexto sociocultural no qual ocorre, ressaltando assim



a necessidade de se ter cautela ao utilizar concepções de saúde mental da sociedade envolvente.

Por exemplo, aquilo que um profissional de saúde considera como um episódio de violência pode ser considerado como uma prática ritualística na perspectiva de uma comunidade indígena. Por isso, deve ser construída uma vigilância epidemiológica em saúde mental que ressalte as compreensões nativas sobre o sofrimento e não classifique ou diagnostique qualquer indígena a partir de um modelo biomédico de saúde, evitando assim uma “medicalização da vida”.

Nesse caso, destaca-se o fato de que os instrumentos de avaliação e testagem psicológicas não são validados para utilização junto a essas populações, pois são construídos em contexto sociocultural bastante diferente daquele no qual seria aplicado. Tendo em vista a preocupação com o respeito e a legitimação das perspectivas das populações indígenas, optou-se pela sistematização de agravos a partir de classificações que não se restringem às categorias biomédicas padronizadas para a população brasileira em geral.

Para a vigilância epidemiológica em saúde mental da população indígena, priorizou-se a sistematização de informações sobre eventos e condições de vida que mais prejudicam a saúde dos povos indígenas em geral:

1. Suicídios (óbitos e tentativas).
2. Violências (agressões não letais dos tipos verbal, física, sexual e outras formas de violência.)
3. Uso prejudicial de álcool (identificação de pessoas que demandaram por algum tipo de cuidado relacionado ao uso prejudicial de álcool).

Além desses agravos à saúde, há preocupação com o uso racional de medicamentos psicotrópicos, já que muitas populações indígenas têm contato com as intervenções medicamentosas sobre o sofrimento mental há décadas. Assim, optou-se por monitorar o uso de medicamentos psicotrópicos, organizando-se uma vigilância permanente sobre os cuidados ofertados às pessoas que fazem uso desse tipo de fármaco.

## **10.1 Violências e Suicídios**

Em relação ao suicídio e à violência, serão utilizados os instrumentos convencionais de notificação de violência do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), para os casos de violência não letais e tentativas de

suicídio, e do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), para os casos de óbitos por suicídio. Além desses instrumentos, foram desenvolvidas pela SESAI fichas complementares que abordam as perspectivas indígenas sobre os eventos notificados. Essas fichas deverão ser anexadas aos instrumentos de notificação do SINAN ou do SIM. Essas estratégias de notificação de situações de agressão e de autoagressão estão detalhadamente contempladas no Manual de Investigação/Notificação de Violências em Povos Indígenas e no Manual Investigação/Notificação de Tentativas e Óbitos por Suicídio em Povos Indígenas, ambos produzidos por essa mesma Secretaria parte integrante desse conjunto de materiais orientadores sobre a ampla temática de saúde mental em contextos indígenas. Tais manuais orientam todos os profissionais da EMSI sobre os fluxos e os métodos de produção da informação epidemiológica em saúde mental na atenção primária à saúde indígena.



## 10.2 Manual de Monitoramento do Uso Prejudicial de Álcool

A quantificação dos problemas devido ao uso prejudicial de álcool é um grande entrave na saúde indígena, pois, até o momento, não há instrumento de identificação e rastreamento desses agravos validados para a população indígena. Instrumentos convencionais, como o AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test), não levam em consideração o contexto intercultural e, dessa maneira, não são sensíveis aos modos diferenciados de utilização das bebidas alcoólicas, próprios de cada etnia. Além disso, esse rastreamento parte de uma perspectiva individualizante de um problema que é tipicamente comunitário, em especial nas aldeias indígenas.

Observando estas considerações, a abordagem sobre os problemas decorrentes do uso de álcool deverão ser realizadas localmente, identificando problemas a partir da perspectiva da própria comunidade, elaborando-se alternativas de modo participativo e comunitário. Esta proposta procura aproximar as atividades desenvolvidas da realidade do território de convivência dos usuários, evitando ações que não considerem as perspectivas indígenas sobre os problemas, bem como outros aspectos locais.

Com isso, a estratégia proposta é a de reconhecer a demanda por atenção às consequências negativas do uso de substâncias alcoólicas, partindo-se da percepção dos próprios indígenas: identificando as aldeias com maiores problemas decorrentes do uso de álcool, assim como os modelos explicativos

e os determinantes socioculturais envolvidos no processo de alcoolização, os recursos próprios das comunidades para enfrentamento deste problema, a rede social de suporte, entre inúmeros outros elementos que poderão ser levantados para qualificar a atuação das EMSIs e engajar a comunidade na busca de soluções.

Para isso, formulou-se uma Ficha de Monitoramento do Uso Prejudicial de Álcool, que deverá ser preenchida somente quando algum usuário do serviço de saúde demandar algum cuidado relacionado ao uso da substância psicoativa. Essa ficha conta com um manual de preenchimento e com orientações sobre a abordagem dos processos de alcoolização em populações indígenas, que é complementar a essa breve explanação sobre o assunto.

Com essa forma de vigilância, é possível respeitar os modos diferenciados de utilização de bebidas alcoólicas pelos povos indígenas, em especial aquelas de uso tradicional e, concomitantemente, ofertar assistência aos problemas do uso prejudicial de álcool, principalmente aqueles surgidos a partir do contato com a sociedade envolvente.

Essa estratégia visa identificar as consequências negativas do uso, não estando necessariamente vinculadas à quantidade de bebida ingerida ou à frequência de consumo. Esses problemas podem ser individuais ou coletivos, físicos, mentais, sociais ou espirituais e trazem prejuízos à própria pessoa ou a outras pessoas de seu convívio.

### **10.3 Manual de Monitoramento do Uso de Medicamentos Psicotrópicos**

Foi elaborado um instrumento específico para monitoramento do uso de medicamentos psicotrópicos, que também conta com um Manual para orientar o preenchimento e o fluxo da informação. Esse instrumento propõe um monitoramento ampliado da atenção ofertada ao paciente que utiliza medicamento para o tratamento de algum agravo relacionado à saúde mental, identificando o acesso a cuidados especializados e sua periodicidade. Também identifica o profissional de referência do caso, ou seja, algum membro da EMSI com quem o paciente tenha maior vinculação, que possa colaborar no processo terapêutico e que deve manter constância no vínculo com paciente.



### **10.4 Indicadores de Saúde Mental e Bem Viver**

Os instrumentos anteriormente explanados

permitem a coleta de dados para o monitoramento dos agravos relacionados à violência, ao suicídio e ao uso prejudicial de álcool, assim como o desenvolvimento de uma vigilância do uso de medicamento para enfermidades relacionadas à saúde mental. Além disso, essas informações poderão ser fonte de avaliação das ações de saúde mental desenvolvidas pelos DSEI.

Para o acompanhamento da situação de saúde e o desenvolvimento das ações, apresenta-se a seguir os indicadores de saúde mental e bem viver no contexto indígena, separados pelos agravos pactuados com os RTs de Saúde Mental dos DSEI.

### Quadro 1 – Indicadores relacionados à violência

Indicador	Fórmula
Taxa de situações de violência por DSEI	<p>Nº de situações de violência notificado no ano / Nº de habitantes dos DSEI x 1.000.</p> <p>Obs.: não devem ser incluídos os casos que tiveram óbito como desfecho.</p>
Número de situações de violências por tipo (sexual, física ou psicológica) e por Polo-Base	<p>Nº total de situações de violência notificado no ano, separado por Polo-Base e tipo de violência.</p> <p>Obs.: caso haja sobreposição de tipos de violência, prioriza-se a classificação conforme a gravidade da agressão, seguindo a sequência seguinte: sexual, física ou somente psicológica.</p>
Número de situações de violências notificadas associado ao consumo de álcool por Polo-Base	<p>Nº total de situações de violências notificadas no ano, no qual há uso suspeito ou confirmado de álcool pelo agressor e/ou vítima, separados por Polo-Base.</p>
Proporção de situações de violências associada ao consumo de álcool por Polo-Base	<p>Nº total de situações de violência notificadas, no qual há uso suspeito ou confirmado de álcool pelo agressor e/ou vítima / Nº total de situações de violência notificadas no ano x 100, separado por Polo-Base.</p>

Fonte: COGASI/DASI/SESAI

## Quadro 2 – Indicadores relacionados ao suicídio

Indicador	Fórmula
Taxa de tentativas de suicídio por DSEI	$\text{N}^\circ \text{ de tentativas de suicídio no ano} / \text{N}^\circ \text{ de habitantes dos DSEI} \times 100.000.$ Obs.: não devem ser incluídos os casos que tiveram óbito como desfecho.
Taxa de óbitos por suicídio por DSEI	$\text{N}^\circ \text{ de óbitos por suicídio no ano} / \text{N}^\circ \text{ de habitantes dos DSEI} \times 100.000.$
Número de tentativas de suicídio por Polo-Base	Nº total de tentativas de suicídio ocorrido no ano, separado por Polo-Base.
Número de óbitos por suicídio por Polo-Base	Nº total de óbitos por suicídio ocorrido no ano, separado por Polo-Base.

Fonte: COGASI/DASI/SESAI

## Quadro 3 – Indicadores relacionados ao uso de medicamentos psicotrópicos

Indicador	Fórmula
Proporção de pessoas que fazem uso de medicamentos psicotrópicos por DSEI	$\text{N}^\circ \text{ de pessoas que fazem uso de medicamento psicotrópico} / \text{N}^\circ \text{ de habitantes dos DSEI} \times 100.$
Proporção de pessoas que fazem uso de medicamento psicotrópicos com consultas com psiquiatra ou neurologista no último ano	$\text{N}^\circ \text{ de pessoas que fazem uso de psicotrópico e teve consulta com neurologista ou psiquiatra no último ano} / \text{N}^\circ \text{ de pessoas que faz uso de medicamento psicotrópico} \times 100.$
Número de pessoas que fazem uso de medicamentos psicotrópicos por Polo-Base	Nº de pessoas que fazem uso de medicamento psicotrópico, separado por Polo.

Fonte: COGASI/DASI/SESAI

#### Quadro 4 – Indicadores relacionados ao uso de álcool

Indicador	Fórmula
Número de pessoas que demandaram cuidados relacionados ao uso prejudicial de álcool por Polo-Base	Nº de pessoas que demandaram cuidados relacionados ao uso prejudicial de álcool, separado por Polo-Base.

Fonte: COGASI/DASI/SESAI

### 10.5 Indicadores de Processo

Para monitorar a implementação de ações de atenção psicossocial nos DSEI, levando-se em consideração tanto as ações de atenção quanto as ações de vigilância, são utilizados os seguintes indicadores de processo:

- Proporção de Polos-Base que realiza notificação de violência (letais e não letais).
- Proporção de Polos-Base que realiza notificação de situações de suicídio (tentativas e óbitos).
- Proporção de Polos-Base que realiza vigilância de uso de medicamentos psicotrópicos.
- Proporção de pessoas com tentativas de suicídio acompanhada semanalmente pelas EMSIs.
- Proporção de famílias acompanhada semanalmente pela EMSI que tenha tido algum óbito por suicídio no último ano.
- Proporção de pessoas que faz uso de medicamento psicotrópico e está sendo acompanhada regularmente pelas EMSIs e/ou profissionais de referência em saúde mental dos DSEI.
- Proporção de Polos-Base com ações coletivas e regulares de promoção e prevenção em saúde mental (Rodas de Conversa, Ações Participativas/ Intersetoriais e/ou Educação em Saúde).
- Proporção de Polos-Base que participou de ações de matriciamento em saúde mental no último semestre.

A depender da realidade local, não serão utilizados todos os indicadores, mas somente aqueles que se adequem à proposta de desenvolvimento das atividades. Além disso, é possível que os DSEI elaborem outros indicadores de acompanhamento da implementação das ações de atenção psicossocial.

## 11- PLANEJAMENTO DAS AÇÕES

O planejamento das atividades a serem realizadas deve partir de um diagnóstico situacional das condições psicossociais da população que vive na área de abrangência dos DSEI, sempre se considerando os principais agravos à saúde mental na perspectiva dos usuários, do controle social, dos profissionais e dos gestores.

Para o planejamento das ações, é indispensável priorizar os agravos de maior impacto sobre a saúde, assim como as aldeias mais vulneráveis. As ações devem seguir o princípio da equidade e dar maior atenção àqueles que com alta necessidade, construindo projetos consistentes de atenção psicossocial nas regiões mais fragilizadas da área de abrangência dos DSEI. Assim, é importante que o diagnóstico situacional identifique os grupos mais vulneráveis para se construir vínculo e ofertar cuidados humanizados a essas pessoas.

O planejamento das ações é também a base para um processo que permitirá a realização de um monitoramento e uma avaliação adequada da implementação das estratégias desenvolvidas. É no planejamento que serão formulados os objetivos a serem alcançados. O estabelecimento destes alvos contribui para a escolha adequada das estratégias e das atividades a serem desenvolvidas, bem como o gerenciamento de recursos para o fim desejado. Ele oportuniza a articulação entre as ações propostas num cronograma coordenado e ajustado às necessidades e às limitações da realidade local.

Dessa forma, sugere-se a elaboração de um plano anual de atenção psicossocial nos DSEI. Esse instrumento pode servir para viabilização das ações de promoção da saúde mental na medida em que deve ser construído de maneira participativa entre trabalhadores da saúde, usuários e gestores. A partir dele, discutir-se-ão as possibilidades de execução das propostas a partir das disponibilidades de recursos logísticos, de pessoas e outros. Associado às informações de saúde dos DSEI, o Plano possibilita a compreensão do processo de implementação das ações de saúde mental e o seu impacto na qualidade de vida das populações atendidas. A partir daí, poderão ser traçados novos resultados e metas a serem alcançados para a promoção da saúde mental nos DSEI.

Este planejamento deve ser elaborado de maneira coletiva, coordenado pelos profissionais de Referência Técnica de Saúde Mental da DIASI e deve levar em consideração as propostas aprovadas no Plano Distrital de Saúde Indígena do ano em questão. Deverá contar também com a participação de outras áreas da DIASI, visando minimizar a fragmentação das ações de saúde entre os diversos programas de saúde, áreas estratégicas dos DSEI tais como os setores financeiros, de transporte, de recursos humanos. Além disso, é enfatizada a importância da participação do Controle Social e das comunidades indígenas no planejamento das ações de saúde mental. Para a elaboração de um Plano de Ação apropriado, os profissionais responsáveis deverão, em conjunto com os outros atores elencados, considerar:

- As necessidades de saúde encontradas no território: devem ser avaliadas quais são as demandas identificadas nas comunidades indígenas considerando a priorização de determinadas áreas ou atividades, a fim de atuar de maneira estratégica na promoção da saúde mental.
- As limitações de recursos para o desenvolvimento das ações como a restrição de profissionais, de transporte, de recursos materiais, etc.
- Os aspectos interpessoais das equipes de saúde, que muitas vezes podem potencializar ou dificultar o desenvolvimento das atividades.
- As potencialidades do território em questão: muitas estratégias podem ser potencializadas quando é identificado um campo favorável para o desenvolvimento delas, seja por condições das equipes de saúde, das comunidades, da rede de cuidados e de políticas públicas, etc.

Este instrumento permitirá a organização das ações em âmbito local nos DSEI. Adiante, sugerem-se alguns elementos que o Plano pode conter:

- Contextualização da atenção psicossocial nos DSEI.
- Objetivos.
- Metas anuais.
- Ações a serem realizadas.
- Cronograma.



## REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 73 p

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo 3 do Anexo XIV. Estabelece as diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas. Brasília, 2007b. Disponível em: <[http:// bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2759\\_25\\_10\\_2007.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2759_25_10_2007.html)>. Acesso em: 24 de setembro de 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, Anexo V. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html) Acesso em: 24 de setembro de 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2. ed. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, FUNAI, Fiocruz-Brasília. I Oficina sobre Povos Indígenas e Necessidades Decorrentes do Uso do Álcool: cuidado, direitos e gestão – relatório executivo. – Brasília: FUNAI; MS; Fiocruz, 2018. 48p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS / Ministério da Saúde, – Brasília : Ministério da Saúde, 2019. 83 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_indigena\\_analise\\_situacao\\_sasisus.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_analise_situacao_sasisus.pdf). Acessado em 24 de setembro de 2019.

Ferreira, L. O.. Medicinas Indígenas e as Políticas da Tradição - Entre discursos oficiais e vozes indígenas. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. v. 1000. 201p.

Souza, M.L.P. (Org.). 2013. Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013. 252 p.(Coleção Saúde dos Povos Indígenas).

World Health Organization. WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023. Geneva, 2013. Disponível em: [https://www.who.int/medicines/publications/traditional/trm\\_strategy14\\_23/en/](https://www.who.int/medicines/publications/traditional/trm_strategy14_23/en/) Acesso em: 24 de setembro de 2019.

Esse documento foi produzido coletivamente a partir das discussões da oficina de saúde mental, realizada junto a indígenas e profissionais de saúde do SASISUS, que colaboraram na elaboração dessa publicação:

## **Colaboradores:**

Adalgiza Ignácio  
Andrea Jacinto Borgui  
Andrea Prado  
Álvaro Palha  
Alessandra de Moura Clink  
Ana Cristina Ferreira  
Andréa Brelaz de Oliveira  
Aurea Magalhães  
Cecília de Castro e Marques  
Cláudia Maria de Sousa Farias  
Danielle de Lima Mendonça Pinto  
Edinaldo dos Santos Rodrigues  
Elizabeth Alves Gama  
Fernanda Barbosa Miragem  
Fernanda Kelly Diran Rodrigues  
Gabriel Cortês  
Geraldo Schneider de Mello  
Giovana Guzzo Freire  
Isadora Simões de Souza  
Ivone de Oliveira Ferreira  
Janini Selva Ginani  
Jaqueline Beatriz Henker  
Jaqueline Tavares de Assis  
Jucelia Taiz Bruno Graça

Karina Paranhos de Lima Carneiro  
Lisânia Lopes de Araújo Moraes  
Luana Silveira de Faria  
Mara Michela Mendes Fernandes  
Marcelo Pimentel Abdala Costa  
Maria Dulcimar F. Del Castelo  
Maria Florisa Sobralino de Oliveira  
Maria José da Silva  
Mariana de Souza Lopes  
Marinilde da Silva Tavares  
Mirca Morva Longoni  
Oraide Siqueira  
Pedro Lemos Macdowell  
Priscilla Pykosz Barbosa  
Rachel Gonçalves Cardoso  
Regina Juliana Sousa da Silva  
Rita de Kássia Lopes Cândido Ribeiro  
Rodrigo Venâncio da Silva  
Sabrina Della Vechia Scarabelot  
Soraia Cristina de Souza Tavares  
Tahiana Menani Iglesias  
Tássio de Oliveira Soares  
Tatiane Ribeiro Martins da Silva  
Thelia Pinheiro Santana





DISQUE SAÚDE



Ouvidoria Geral do SUS.  
[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde  
[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)



SECRETARIA ESPECIAL DE  
SAÚDE INDÍGENA

MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



PÁTRIA AMADA  
**BRASIL**  
GOVERNO FEDERAL