

SAÚDE MENTAL INDÍGENA E O USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E DROGAS

Dandara Christine Alves de Amorim¹
Catarini Vezetiv Cupolillo²
Wanderson Moura de Castro Freitas³
Wenas Santos Silva⁴

RESUMO

O artigo relevará a importância do direito fundamental a saúde, tendo em vista que para os povos indígenas, esse direito é ainda bastante incipiente, principalmente quando voltado a saúde mental, já que as populações indígenas ainda são extremamente vulneráveis, considerando como relacionados à saúde mental, em especial as tentativas de suicídio, o uso prejudicial de álcool e drogas.

Palavras-chave: Indígena; Saúde mental; Alcoolismo; Suicídio; Sistema de saúde indígena.

ABSTRACT

The article will highlight the importance of the fundamental right to health, considering that for indigenous peoples, this right is still quite incipient, especially when it comes to mental health, since indigenous populations are still extremely vulnerable, considering them related to mental health. , in particular suicide attempts, harmful use of alcohol and drugs.

Keywords: Indigenous; Mental health; Alcoholism; Suicide; Indigenous health system.

¹Advogada inscrita na OAB/MT sob nº 25.581. Coordenadora do Curso de Bacharelado em Direito do Centro Universitário do Vale do Araguaia (Univar). Professora no Centro Universitário do Vale do Araguaia (Univar). Doutoranda em Ciências Sociais pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Mestra em Desenvolvimento e Planejamento Territorial pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC/GO). Mestranda em Estudos Culturais, Memória e Patrimônio na Universidade Estadual de Goiás (UEG). Especialista em Direito Civil e Processo Civil pelo UniCathedral. Especialista em Gestão Pública pelo IFMT. Graduada em Direito Pelo UniCathedral. e-mail: advdandaraamorim@outlook.com.

²Advogada inscrita na OAB/MT. Coordenadora do Núcleo de Prática Jurídica (NPJ) do Centro Universitário do Vale do Araguaia - UNIVAR. Especialista em Gestão, Tecnologia, Empreendedorismo e Marketing Digital Jurídico. Bacharela em Direito pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). E-mail: catarinicupolillo@gmail.com.

³Advogado inscrito na OAB/MT. Mestre em Política Social do Programa de Pós-Graduação em Política Social (UFMT). Graduado em Direito pela Faculdade Católica do Tocantins e Especialização em Direito Processual Civil pelo Universidade Cândido Mendes. Professor Universitário do Curso de Direito do Centro Universitário do Vale do Araguaia (UNIVAR). Professor Substituto no Curso de Direito ICHS/CUA/UFMT. Pesquisador Associado junto ao Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal de Mato Grosso - Campus Araguaia. e-mail: wandersonmouradecastrofreitas@gmail.com.

⁴Advogado membro da OAB/TO. Mestre em Estudos Interdisciplinares de Cultura e Território pela Universidade Federal do Tocantins. Especialista em Direito Público e Docência Universitária pela Faculdade Católica Dom Orione. Especialista em Direito Civil e Processo Civil pela Universidade Estadual do Tocantins. Graduado em Direito pela Faculdade Católica Dom Orione. Professor no curso de Direito do Centro Universitário do Vale do Araguaia (UNIVAR). e-mail: wenasadv17@gmail.com.

1. INTRODUÇÃO

O trabalho desenvolvido irá passar por três processos, onde o primeiro concentra-se na reflexão teórica, que abordará os conceitos de saúde mental e saúde mental indígena. Sendo essa reflexão realizada, a partir dos estudos referenciais da antropologia, sociologia e a própria psicologia. A segunda é a normatização da saúde indígena que ressaltará o processo de mudança de uma instituição para outra, sendo ela a FUNAI e FUNASA, e por conseguinte o funcionamento do sistema de saúde indígena. E por fim, será feita uma análise da correlação entre o uso de drogas, alcoolismo e o suicídio, associado ao aumento da incidência de problemas de saúde mental nas comunidades indígenas, tendo em vista as alterações sociais que as aldeias são submetidas graças a problemas complexos e antigos no Brasil, como a disputa de terras, desemprego, alterações ambientais e outras. Para consubstanciar o estudo serão usados os procedimentos metodológicos bibliográfico, comparativo e histórico, e ainda, observando a necessidade dos fundamentos da prática etnográfica neste estudo.

REGULAMENTAÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA

A dignidade da pessoa humana respalda a saúde como um dos Direitos Humanos, diante disso, têm-se como direitos humanos, em um

Estado Democrático de Direito, os valores fundamentais de qualquer ordenamento jurídico, no qual repousam sobre o valor maior da dignidade da pessoa humana, um princípio supremo para a comunidade jurídica.

Não é a positivação, tampouco sua constitucionalização, que torna os direitos humanos dignos dessa adjetivação: humanos. São direitos humanos porque indissociáveis da pessoa humana, ou de sua dignidade. Vale dizer, a dignidade da pessoa somente estará assegurada quando respeitados esses direitos. Até porque ainda existem Estados que não os reconhecem, ao menos em sua totalidade, nas ordenações internas. Por outro lado, mesmo que determinado Estado promova, na ordem interna, a não positivação desses direitos, eles não deixarão de ser imprescindíveis aos seus nacionais, ou seja, inclusive aos indígenas (SILVA, 2007, p. 15).

Nesse diapasão, o direito à saúde tem relevância, dentre os direitos sociais que foram reconhecidos à pessoa humana e estão catalogados nas Constituições contemporâneas como direitos fundamentais, porque de pouca valia os direitos de liberdade se a pessoa não possui uma vida saudável que lhe permita fazer escolhas.

No ensinamento de Arion Sayão Romita (2005, p. 36), os direitos fundamentais são definidos como “os que, em dado momento histórico, fundados no reconhecimento da

dignidade humana, asseguram a cada homem as garantias de liberdade, igualdade, solidariedade, cidadania e justiça”.

Este conceito também pode ser analisado diante da posição do Estado em face dos direitos fundamentais, “como direitos de defesa e como garantias à proteção do Estado contra a agressão de terceiros” (ROMITA, 2005, p.39).

Portanto, a saúde é um direito humano, pois está compreendida no catálogo das necessidades básicas das pessoas, na teoria do mínimo existencial, em respeito principalmente à sua dignidade ontológica. Ainda, como espécie da saúde em geral, é um direito humano e como tal é inviolável, devendo ser observado rigorosamente pelo empregador e pelo Estado em sua atividade regulatória e de fiscalização. A violação a esse direito fundamental deve encontrar resposta satisfatória do ordenamento jurídico.

No Brasil, cabe ao Estado assegurar esse direito fundamental aos povos indígenas através dos serviços de saúde e o bem-estar social, como previsto na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, devendo seguir diretrizes, sendo as mesmas, distribuídas de forma a garantir serviços com equidade, de forma universal e integral. Diante disso a atenção da saúde indígena deverá ser prestada no mesmo nível de atenção, de forma que não poderá afetar ou dificultar os serviços de atenção a saúde nos municípios e estados. Para

que isso não ocorra devem-se ter claramente princípios de promoção, recuperação, proteção da saúde do índio, buscando uma base sólida biopsicossocial, respeitando a diversas particularidades e subjetividades de cada comunidade.

A Constituição Federal e as Leis Orgânicas de Saúde (8.080/1990 e 8142/1990) destacam-se como marcos legais que reconhecem especificidades étnicas e culturais dos povos indígenas e lhes garantem políticas diferenciadas, que, no âmbito da saúde se institucionalizam através da criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no Brasil (SASISUS), como parte do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei nº 9.836 de 1999. Em 1999, foi instituído o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no Brasil (SASISUS) como parte do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei nº 9.836 de 23/09/1999. O Subsistema foi organizado por meio da criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) em todo território nacional ficando a cargo da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) a responsabilidade de gestão e execução do modelo (FUNASA, 2007). Com a implantação dos DSEIs, equipes multidisciplinares passaram a oferecer serviços de saúde, incluindo assistência odontológica.

Na possibilidade de garantir os cuidados a essa população, no âmbito federal foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI)

em 2010 pelo Ministério da Saúde, que tem a função de coordenar e executar o cuidado em saúde indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) obedecendo a critérios territoriais onde estão localizadas aldeias indígenas (BRASIL, 2015). O Distrito Sanitário Indígena (DSEI) é a unidade gestora descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). Trata-se de um modelo de organização de serviço – orientado para um espaço étnico cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado -, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com o Controle Social Indígena. No Brasil são 34 DSEIs divididos estrategicamente por critérios territoriais e não, necessariamente, por estados, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas. Além dos DSEIs, a estrutura de atendimento conta com postos de saúde, como Pólos base e as Casas de Saúde Indígena (Casais).

Salienta-se que só foi mediante a realização da primeira e segunda Conferência Nacional de proteção à saúde dos povos indígenas em, 1986 e de 1993, conduzida pelo movimento indígena e instituições de

responsabilidade, após vários movimentos que buscou-se a consolidação de um projeto específico e diferenciado, a atenção da saúde indigenista, estruturados pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), para assim poder obter os direitos integrais a saúde e atender as demandas de necessidades dos mesmos, dentro da atenção primária. Sendo assim, o Ministério da Saúde criou-se em 1990 a instituição FUNASA - Fundação Nacional de Saúde, a qual é responsável pela inclusão dos povos indígenas dentre os diversos aspectos da saúde.

Desde então, a FUNASA e a FUNAI dividiram a responsabilidade sobre a atenção à saúde indígena, passando a executar, cada uma, parte das ações, de forma fragmentada e conflituosa. Ambas já tinham estabelecido parcerias com municípios, organizações indígenas e não-governamentais, universidades, instituições de pesquisa e missões religiosas. Os convênios celebrados, no entanto, tinham pouca definição de objetivos e metas a serem alcançados e de indicadores de impacto sobre a saúde da população indígena. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 9).

Assim, após a separação e divisão de atribuições entre FUNASA, e FUNAI, constituiu-se a Lei 9.836 de 1999 que instituiu o SASISUS- Subsistema de Atenção a Saúde Indígena (Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – PNASI) como Subsistema Distrital diferenciado. Dessa forma, sendo vinculado ao SUS através dos Ministérios da Justiça e da Saúde. Instituiu-se assim, a FUNASA, como a responsável pela a realização

e aplicação das diretrizes do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Diante disso, com a homologação do Subsistema, criou-se a partir de novembro de 2011, pós Decreto n°. 7.336 de 20/10/2010 a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), sendo assim, todas as funções referentes à saúde até então de responsabilidade da FUNASA, são transferidas para SESAI, que é quem fica com o planejamento, organização e execução da saúde dos indígenas em território brasileiro.

A criação do subsistema não quer dizer que a FUNASA, deixou de existir ou exercer as suas funções as quais as competem segundo a legislação, mais sim, buscou-se através do subsistema a divisão de atribuições e responsabilidades entre FUNASA/SUBSISTEMA dos serviços da saúde indígena. Porém, o subsistema vem com objetivo de prestar atendimento diferenciado, in loco, em período integral com as equipes multidisciplinares disponível na saúde, levando em consideração a subjetividade, singularidade, valores culturais e respeitando os métodos tradicionais da saúde dos indígenas.

2. SAÚDE MENTAL INDIGENA

O fenômeno saúde mental, nos leva a perguntamos muitas vezes, com o conhecimento de senso comum, se saúde mental está unicamente e ligada somente ao doente mental. Mas, sabe-se que ao nos referirmos sobre a temática da saúde, tratamos de um campo de estudo, que abrange o

indivíduo como um todo, ou seja, socialmente, fisicamente e mentalmente, considerando a complexidades do estudo do ser humano.

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

Dessa forma, não podemos pensar na saúde unicamente e exclusivamente ligada à doença, pois em determinados momentos, seja possível que o indivíduo esteja, ausente de doenças mentais, porém possa não estar ausente de doenças sociais e físicas. Isso nos leva a compreender um pouco melhor a compreensão de saúde e doença.

Portanto, o fenômeno da saúde mental como falamos acima, não está exclusivamente ligada à doença, isso porque o conceito de saúde, também é um campo de estudo que pode fazer com que o indivíduo possa ou não apresentar algum tipo de transtorno durante o processo de sua vida. “Além disso, embora este manual ofereça uma classificação dos transtornos mentais, devemos admitir que nenhuma definição específica adequadamente os limites precisos para o conceito de “transtorno mental” (DSM-IV, 1995, p. 20-21).

Diante disso, o mesmo afirma que:

Neste, cada um dos transtornos mentais é conceitualizado como uma síndrome ou padrão comportamental ou psicológico clinicamente importante, que ocorre em um indivíduo e que está associado com sofrimento (por ex., sintoma doloroso) ou incapacitação (por ex., prejuízo em uma ou mais áreas importantes do funcionamento) ou com um risco significativamente aumentado de sofrimento atual, morte, dor, deficiência ou uma perda importante da liberdade. Além disso, essa síndrome ou padrão não deve ser meramente uma resposta previsível e futuramente sancionada a um determinado evento, por exemplo, a morte de um ente querido. Qualquer que seja a causa original, ela deve ser considerada no momento como uma manifestação de uma disfunção comportamental, psicológica ou biológica no indivíduo. Nem o comportamento que apresenta desvios (por ex., político, religioso ou sexual) e nem conflitos primariamente entre o indivíduo e as sociedades são transtornos mentais, a menos que o desvio ou conflito seja um sintoma de uma disfunção no indivíduo, como descrito antes (DSM-IV, 1995, p. 21).

Sendo assim, para se chegar ao diagnóstico de um transtorno é preciso realizar e seguir uma avaliação minuciosa de diferentes comportamentos e sintomas e que segundo o DSM-IV (1995) “não são todos os comportamentos nem mesmos todos os conflitos, que irão se enquadrar enquanto transtorno”.

Porém, o DSM-IV como referido acima, não se trata como único material ou método utilizado no processo de classificação dos transtornos. Portanto temos também a CID 10 que somatiza no processo de classificação dos sintomas e dos comportamentos. Porém, segundo o CID 10 (1993) para se chegar a utilização do termo transtorno, deve ser levado

em consideração uma junção de sintomas, na qual quase sempre está ligado ao tipo de sofrimento ou adoecimento.

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

Segundo o CID-10 (1993), saúde mental estará aqui relacionada à doença, a partir do manifesto do transtorno, sendo que um conjunto de sintomas e fatores, devem ser diagnosticados com muita precisão e cuidado, levando em consideração fatores internos e externos. Esses sintomas e fatores podem ser múltiplos, e é a partir de um estudo e olhar técnico, científico e profissional compreender de forma mais clara e transparente e ter a compreensão do que deve ser considerado patológico ou normal.

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

O percurso caminhado da aplicação da prática de saúde mental no Brasil teve grande

marco e transformações construídas. Nesse processo, pode se considerar a reforma psiquiátrica como a maior, não só pelos significados ligados a classificação de método focado na saúde, mas também, pelo fortalecimento que se criou dos movimentos sociais, sindicais e profissionais da saúde.

O ano de 2001 é marcado por dois eventos cruciais para política de saúde mental: a aprovação, em Abril, da lei nº. 10.216, a lei da reforma psiquiátrica; e a realização da III CNSM, com ampla participação e a elaboração de um relatório final extenso, com propostas variadas, às vezes conflitantes, mas certamente voltadas entre outras coisas para a inovação do modelo assistencial e expansão da rede de serviços alternativos. Esse processo deixa marcas através das portarias produzidas no momento seguinte: a maioria delas tem ligação direta com o relatório da III CNSM ou com seminários que passaram a ser mais freqüentemente organizados pela Coordenação Nacional de Saúde Mental (BORGES e BAPTISTA, 2008, p.463).

Borges e Baptista (2008), com esse movimento e aprovação no ano de 2001, pode-se pensar e começa a ter a saúde mental como um modelo diferenciado, diferente do modelo que estava até então imposto. Esse novo modelo ganhou sua devida importância a partir dos movimentos, encontros e seminários realizados com a Coordenação Nacional de Saúde Mental que usou os espaços para elaborar suas portarias e alcançar seus objetivos, e com isso a CNSM (Conferência nacional de saúde mental) começou a ganhar visibilidade, força para a aprovação de novas leis e métodos e por consequência, novos seminários.

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

Seguindo a linha e a força dos movimentos sociais focado na transformação da reforma psiquiátrica, a saúde mental começa a ter novo olhar, saindo da ótica de internação sem tratamento digno e humanizado, e passa a ganhar força com foco no trabalho da ótica assistencial e integral, contemplando a pluralidade, levando em consideração a existência e expansão de serviços alternativos. Com isso, buscando um olhar não somente da psiquiatria, mas da equipe multidisciplinar para com os usuários da rede de saúde mental.

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

Assim, Borges e Baptista (2008) afirma a importância da Coordenação Nacional de

Saúde Mental não é somente olhar a sua função, mas levar em consideração outros contextos na qual ela é inserida. Se tornando essencial pensar sobre os agravos e dificuldades dos fatores internos e externos da complexidade da saúde mental, ou instituição que ela está inserida.

[...] 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 (BRASIL, 2019, p.5).

É ainda importante ponderar que deve-se reconhecer que o processo de produção da saúde e da doença, na realidade indígena, passa pelo entendimento de que esses povos têm suas próprias concepções de saúde e adoecimento atreladas a um modo de vida próprio, singular, muito específico, representadas pela sua relação com a natureza e pelas práticas de dimensão espiritual. E tais concepções, ao mesmo tempo em que tentam se definir a partir das especificidades locais tem sofrido fortes abalos quando colocadas em um contexto global, que tenta padronizar o contexto de saúde mental indígena com base nos saberes científicos do ocidente (OLIVEIRA; ROSA,2013,p.4).

Portanto, para melhor analisar as problemáticas relacionadas a saúde mental indígena, partindo do pressuposto que há grande influência dos padrões do ocidente tendo em vista a globalização está na pesquisa etnográfica o suporte ideal para análises.

A pesquisa etnográfica constituindo-se no exercício do olhar (ver) e do escutar (ouvir) impõe ao pesquisador ou a pesquisadora um deslocamento de sua própria cultura para se situar no interior do fenômeno por ele ou por ela observado através da sua participação efetiva nas formas de sociabilidade por meio das quais a realidade investigada se apresenta (ECKERT; ROCHA,2008, p.2)
[...]

A pratica etnográfica tem por desafio compreender e interpretar tais transformações da realidade desde seu interior. Mas, sabemos também, que toda produção de conhecimento circunscreve o trajeto humano. Assim, o ofício do etnógrafo pela observação participante, pela entrevista não-diretiva, pelo diário de campo, pela técnica da descrição etnográfica, entre outros, coloca o (a) cientista social, o (a) antropólogo (a), mediante o compromisso de ampliar as possibilidades de re-conhecimento das diversas formas de participação e construção da vida social (ECKERT; ROCHA,2008, p.22).

Salienta-se que entre os marcos operacionais que orientam o desenvolvimento das ações em saúde mental nos povos indígenas, se destaca 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 Distritos Sanitários Especiais Indígena - DSEI.

A Portaria, em seu artigo primeiro apresenta diretrizes para o estabelecimento de uma "Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas", sendo elas:

- Apoiar e respeitar a capacidade cultural (medicina tradicional e lideranças) das comunidades/etnias para que eles próprios possam encontrar saídas para os problemas da comunidade;
- Articular soluções coletivas como atores sociais relevantes, como os etnólogos e a comunidade acadêmica;
- Garantir ações integradas, através da articulação institucional entre as diferentes esferas de governo (União, Estado e Municípios);
- Garantir acessibilidade através das ações de construção;
- Considerar como funcionamento das propostas de intervenção a pesquisa, a ação participativa, que permita sistematizar informações epidemiológicas, os modelos explicativos e sistemas de ação que os indígenas implementam para a superação de seus problemas;
- Garantir a criação de um sistema de monitoramento e avaliação das ações e

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

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.

3. A CORRELAÇÃO DO USO DO ALCOOL, DROGAS E O SUÍCIDIO NA ALDEIA INDÍGENA COMO ASPECTO DE SAÚDE MENTAL

A realidade indígena tem sido influenciada por um ritmo frenético de mudanças nos últimos séculos que tem marcado a sua história, mudado silenciosamente a sua vida, trazido consequências ao seu modo de vida e saúde. As políticas destinadas a esses povos ainda se constituem em estratégias verticais e, por vezes, ao serem pensadas com foco nas especificidades locais esquecem que esse local é produto de uma realidade global e como tal, interativa.

Neste contexto, no campo coletivo foram apontados problemas de ordem social, político e cultural como causas de mudanças nos padrões de normalidade dos indígenas de uma aldeia, que transmutam o seu processo de organização, convivência, mas, principalmente, das representações que envolvem o mundo indígena na sociedade globalizada.

São exemplos, os seguintes efeitos provocadores de alterações nas interações dos povos indígenas: conflitos por terra devido a invasões, mudanças ambientais, sociais e econômicas advindas de projetos de desenvolvimento como a construção de hidrelétricas, questões políticas também podem gerar mudanças nos padrões de normalidade, como opiniões divergentes entre uma liderança política e uma liderança tradicional, que venham gerar tensões na comunidade, condições de trabalho e desemprego, educação, pobreza, condições de habitação, nível de urbanização, discriminação e violência sexual, de raça ou de gênero, experiências precoces, interação familiar, exclusão social, estigma, cultura e acontecimentos de vida estressantes.

Devido a sua vulnerabilidade, várias doenças continuam a atingir estes grupos e novas ameaças e exposições são recorrentes: aumento da prevalência de transtornos mentais, do alcoolismo, do suicídio e da violência interpessoal.

O consumo de bebidas alcoólicas e plantas com substâncias psicotóxicas entre grupos indígenas é um hábito ancestral. Usado em ocasiões especiais, os efeitos embriagantes e psicotóxicos, as sensações produzidas pela ingestão do etanol eram consideradas sagradas por diversos povos, entretanto após o contato com os colonizadores, os indígenas passaram a consumir a bebida destilada, pela introdução dos alambiques nas suas comunidades, pela proximidade com o povoado o convívio e incentivo dos não índios. O abuso no consumo do álcool, pelos indígenas, tem provocado prejuízos irreparáveis para os familiares e comunidade, causando doenças, deficiências e até a morte dos usuários.

Dentre as necessidades de saúde mental dos povos indígenas no Brasil, as questões referentes ao uso abusivo de álcool e outras drogas estão as mais complexas. As relações estabelecidas com o uso de bebidas alcoólicas se constroem de modo muito singular. Algumas comunidades e povos indígenas apresentam práticas de produção e consumo de bebidas alcoólicas, como em momentos festivos, celebrando mutirões, rituais e cerimônias. O uso de bebidas fermentadas e substâncias psicoativas é uma tradição bastante antiga, que, por vezes remonta período pré-colonial, e que desempenha importante papel dentro da estrutura social das diferentes sociedades indígenas.

De acordo com Estatuto do Índio, Lei Federal nº 6.001, de 19 dezembro de 1973, Artigo 58 - Constituem crimes contra os índios e a cultura indígena: III – “propiciar, por qualquer meio, a aquisição, o uso e a disseminação de bebidas alcoólicas, nos grupos tribais ou entre índios não integrados. Pena - detenção de seis meses a dois anos.” No entanto, esta proibição, não diminui o uso indiscriminado do álcool, o consumo do intensivamente incentivado pela mídia, por meio de campanhas publicitárias, que relacionam o uso do álcool ao prazer, amizade, beleza, bem-estar e felicidade, aumentando significativamente o número de usuários sobretudo entre as mulheres.

Langdon (2001) coloca também que o aumento da prevalência de alcoolismo em indígenas está diretamente relacionado com o processo de "pacificação" e a situação atual do índio frente à sociedade envolvente.

Num estudo sobre epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil (COIMBRA JR. e cols., 2003) descreve as condições de saúde nas tribos indígenas no Brasil de hoje, destacando as intensas transformações, tanto nos perfis epidemiológicos, como na estrutura do sistema de atenção. O texto alerta que, apesar de as doenças infecciosas continuarem a ocupar um papel central no perfil epidemiológico indígena no país, surgem rapidamente outros agravos importantes, que incluem doenças crônicas 3 não transmissíveis, tais como: alcoolismo,

diabetes mellitus, hipertensão arterial, neoplasias, e obesidade.

Os mesmos autores afirmam que tem ocorrido, nas etnias indígenas brasileiras, um aumento de casos das chamadas “doenças sociais” como o alcoolismo e a depressão e que essas ocorrências têm levado a que a taxa de mortalidade dos índios brasileiros seja três a quatro vezes maior do que a média nacional (sociedade nacional envolvente), dependendo do Estado da federação. O alcoolismo tem sido, portanto, considerado uma das principais causas de mortalidade, seja pelo agravo de doenças como cirrose, diabetes, hipertensão arterial, doenças do coração, do aparelho digestivo, depressão e estresse ou como causa de morte por fatores externos como acidentes, brigas, quedas, atropelamentos, entre outros.

Nos estudos antropológicos como o de Torres (2012) e Oliveira (2013) apontam o consumo de bebidas alcoólicas e mortes por suicídio associado ao aumento da incidência de problemas de saúde mental nas comunidades indígenas e ressaltam o fato do contato dos povos indígenas com as cidades próximas às suas aldeias como desencadeador de diversas mudanças socioculturais gerando conflitos e favorecendo tais agravamentos as comunidades indígenas. Segundo os dados do Sistema de Informação de Assistência à Saúde Indígena (SIASI) - Relatório da Situação da Saúde Mental nas Comunidades Karajá – DSEI Araguaia

2012- apontam que entre 2006 e 2011 os casos de suicídio entre os povos Karajás aumentaram consideravelmente sendo na sua maioria por lesão autoprovocada (enforcamento).

Os dados com incidências de óbitos por suicídio em povos indígenas chegam a ser 12 vezes maiores que a média nacional em certas regiões do país como na região do Amazonas e Mato Grosso do Sul. Em comparação com a taxa nacional geral de 5,3 em 2012 verifica-se que este agravo é cinco vezes mais incidente na população indígena (WAISELFISZ, 2014). Observando o cotidiano em algumas comunidades Karajás sugere-se que o uso abusivo do álcool vem aumentando há algum tempo, porém não há registro de dados epidemiológicos para o consumo abusivo e dependência de álcool nas populações indígenas, mas trata-se de uma situação comumente observada no cotidiano das aldeias pelos profissionais de saúde (NÓBREGA; REIS, 2012).

O primeiro pesquisador que relacionou o suicídio com as causas sociais foi Durkheim em sua obra “O Suicídio”, no qual ele apresenta o suicídio como um fato social. O termo suicídio é definido como um ato intencional de matar a si mesmo, com causas e características multifatoriais, contudo para a sociedade estigmatizada ao senso comum com preconceitos já formados, o suicídio tende a ser relacionado com fatores psicológicos, com isso

Durkheim apontou causas sociais do suicídio, definindo como um fator social.

De acordo com os fatos sociais Durkheim determina que o suicídio tenha causas e tipos sociais como fenômeno coletivo, pois o índice de causa pode mudar de acordo com o grupo social, e de acordo com a coerção e coesão característico de cada grupo, assim de forma metodológica ele descreve 3 causas de suicídio: Egoísmo, Altruísta e Anômico (NUNES, 1998, QUINTANEIRO 2002).

Para elaborar essas definições Durkheim buscou estatísticas vinculadas ao coletivo, sendo eles econômicos, religiosos, trabalho e a moralidade, nos anos do estudo a Europa estava em pleno desenvolvimento industrial, e foi perceptível que sociedades primitivas tinham menores taxas de suicídio egoísta e anômico, e maior taxa de suicídio altruísta, e concomitantemente sociedades modernas maiores taxas de suicídio anômico egoísta.

As populações indígenas estão sendo assoladas pelo suicídio:

A taxa de suicídio entre as populações indígenas do Brasil é quatro vezes maior do que no resto do país, segundo pesquisa veiculada pela UNICEF. Mato Grosso do Sul e Amazonas concentram cerca de 81% dos casos de suicídio do país. No primeiro, as taxas são 34 vezes maior do que a média nacional. O valor sobe ainda mais entre os jovens. O Brasil tem cinco casos de suicídio a cada cem mil habitantes; entre os jovens indígenas de MS, esse número chega a 446 casos para cada cem mil (Carta Capital, 2011).

Assim, foi constatado que com a evolução das sociedades, o suicídio também pode-se evoluir e mudar suas causas de acordo com o grupo social, e somente a ciência terá capacidade de evidenciar essa mudança, pois a verdade se dá através da investigação do objeto social, os fatores intrínsecos do indivíduo também serão modificados a partir da influência do coletivo, ou seja, o convívio social (NUNES, 1998, QUINTANEIRO 2002).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste artigo foi possível compreender a importância do direito fundamental a saúde, tendo em vista que para os povos indígenas, esse direito é ainda bastante incipiente, principalmente quando voltado a saúde mental, já que as populações indígenas ainda são extremamente vulneráveis, considerando como relacionados à saúde mental, em especial as tentativas de suicídio, o uso prejudicial de álcool e drogas.

Observou-se que o conceito de Saúde Mental é uma construção da sociedade não indígena, muito focado na problemática reducionista da civilização ocidental, porém há no Brasil a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) que vem através de parcerias com a FUNAI e outros entes públicos tentando mitigar os danos sociais causadores das principais patologias de saúde do mundo

indígena, ou seja, é um importante passo na estruturação das ações de atenção psicossocial.

Mas ainda há escassez e também a necessidade imperativa de mais pesquisas, que permitam um melhor dimensionamento do problema e uma maior visibilidade da caracterização das especificidades culturais de cada etnia, uma vez que cada grupo apresenta contextos culturais, sociais e econômicos peculiares, pois a característica fundamental da população indígena do Brasil é a sua heterogeneidade.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Estatuto do Índio**. Lei Federal nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973.

_____. 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.

_____. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde – SUS. SESAÍ – Secretaria Especial de Saúde Indígena**. Citado em 2015. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/heca-a-secretaria-sesai>>. Acessado em 8/12/2020.

_____. Ministério da Saúde. (2001). **Anais do Seminário Sobre Alcoolismo e DST/AIDS entre Os Povos Indígenas**. Brasília-DF:2005. Disponível em <http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/alcool_indios/art6.htm> . Acessado em 10/12/2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 278 de 27 de fevereiro de 2014: Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS)**. Brasília, DF, 2014.

_____. Ministério da Saúde, Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012: Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. BrasíliaDF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2757 de 25 de outubro de 2007: Estabelece as diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas**. Brasília, DF, 2007.

_____. **Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília, DF, 2002.

COIMBRA JR., C.E.A., SANTOS, R.V. & ESCOBAR, A.L. (Orgs.) (2003). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Editora Fiocruz, ABRASCO.

DURKHEIM, E. **O suicídio**. Tradução de Nathanael Caixeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

ERCKET, Cornelia; ROCHA, Ana Luiza Carvalho da. **Etnografia: saberes e práticas**. (Org) Céli Regina Jardim Pinto e César Augusto Barcellos Guazzelli Ciências Humanas: pesquisa e método. Porto Alegre: Editora da Universidade, 2008.

ERTHAL, R. M. C. (2001). **O suicídio tikúna no Alto Solimões: Uma expressão de conflitos**. Cadernos de Saúde Pública, 17(2), 299-311.

GUIMARÃES L.A. M; GRUBTIS S. **Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira**. Porto Alegre: Revista Psicologia e Sociedade, 19 (1): 45-51, 2007.

LANGDON, J. E. (2001). **O que beber, como beber e quando beber: O contexto sociocultural no alcoolismo entre as populações indígenas**. In Anais do Seminário sobre Alcoolismo e DST/AIDS entre os Povos Indígenas (pp. 83-97). Brasília, DF: Ministério da Saúde.

NÓBREGA, L.S.; REIS, R.A.C. **Relatório da Situação da Saúde Mental nas Comunidades Karajá – DSEI Araguaia**. Secretaria Especial de Saúde Indígena / Ministério da Saúde: Brasília, Janeiro de 2012.

NUNES, E.D. **O suicídio-reavaliando um clássico da literatura sociológica do século XIX**. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 14(1):7-34, jan-mar, 1998.

OLIVEIRA, M. (2003). **Uso de bebidas alcoólicas e alcoolismo entre os Kaingang da Bacia do Rio Tibagi: Uma proposta de prevenção e intervenção**. In L. S. Jeolás, & M. Oliveira (Eds.), Anais do Seminário sobre Cultura, Saúde e Doença (pp. 43-65). Londrina, PR: Fundação Oswaldo Cruz.

OLIVEIRA, Raimunda Nonato da Cruz; ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **SAÚDE MENTAL INDÍGENA: os desafios para uma ressignificação do conceito e da política**. 2013. Disponível em <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo14-teitoriospovoscomunidadestradicionaispolitica/publicas/pdf/saudementalindigena-osdesafiosparaumaressignificacaodoconceitoedapolitica.pdf>>. Acessado em 8/12/2020.

OLIVEIRA, R.N.C. **Saúde Mental Indígena: Os desafios para uma ressignificação do conceito e da política**. VI Jornada Internacional de Políticas Públicas - O desenvolvimento da crise capitalista e a atualização das lutas contra a exploração, a dominação, a humilhação; 22 a 23 de agosto de 2013; Cidade Universitária da UFMA. São Luís do Maranhão- Brasil, 2013.



REI
ISSN 1984-431X

Revista Eletrônica Interdisciplinar
Barra do Garças – MT, Brasil
Ano: 2022 Volume: 14 Número: 2

SILVA, N. S.; ALMEIDA, M. N.; BARBOSA, S. V. A.; DUARTE, R. O. S.; BELÉM JÚNIOR, L.; MACDOWELL, P. L.; NÓBREGA, L. S. **Formação sobre saúde mental em contexto indígena no DSEI Araguaia: relato de experiência.** In: Anais do 11º Congresso

Brasileiro de Saúde Coletiva, 2015, Goiânia – GO.

TORRES, M. S. 2012. **Saúde mental entre os Karajá: os impactos do contato Inter étnico.** Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva, vol. 6, n. 1. p. 165-172.