



**I OFICINA SOBRE POVOS INDÍGENAS E NECESSIDADES
DECORRENTES DO USO DO ÁLCOOL:
*CUIDADO, DIREITOS E GESTÃO***

Relatório Final

**Brasília
2018**



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E CIDADANIA

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO
Wallace Moreira Bastos
Diretoria de Promoção ao Desenvolvimento Sustentável – DPDS
Rodrigo Paranhos Faleiro
Coordenação-Geral de Promoção dos Direitos Sociais
Priscila Ribeiro da Cruz
Coordenação de Acompanhamento de Saúde Indígena
Cecília Reigada Piva

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA
Marco Antônio Toccolini
Departamento de Atenção à Saúde Indígena
Flávio Gomes Júnior
Coordenação-Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena
Antônio da Silva Campos Júnior
Divisão de Ações de Saúde Indígena/Área Técnica de Saúde Mental e Medicinas Tradicionais Indígenas
Luana Silveira de Faria

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
Francisco de Assis Figueiredo
Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas
Thereza de Lamare
Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
Quirino Cordeiro Junior

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – BRASÍLIA
Gerência Regional de Brasília
Maria Fabiana Damásio Passos
Coordenação de Programas e Projetos/Núcleo de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
André Vinicius Pires Guerrero
Barbara Coelho Vaz
Enrique Araújo Bessoni

Organização da Publicação e Revisão Técnica
(Grupo de Trabalho Intersetorial de Saúde Mental e Povos Indígenas)
Andrea Bitencourt Prado
Andréa Borghi Moreira Jacinto
Barbara Coelho Vaz
Cecília Reigada Piva
Fernando Pessoa de Albuquerque
Lívia Dias Pinto Vitenti
Mariana Russo Voydeville Damasceno
Marina Rios Amorim
Priscila Ribeiro da Cruz

Colaboração

Mariana Vaz Tassi
Pedro de Lemos Macdowell
Silvia Angelise Souza de Almeida
Taia Duarte Mota

Equipe Técnica responsável pela organização da Oficina Sobre Povos Indígenas e Necessidades Decorrentes do Uso do Álcool: Cuidado, Direitos e Gestão**FUNAI/DPDS/CGPDS/COASI**

Andrea Bitencourt Prado
Cecília Reigada Piva
Priscila Ribeiro da Cruz

CGMAD/DAPES/SAS/MS

Andrea Borghi Moreira Jacinto
Marina Rios Amorim
Pedro de Lemos Macdowell
Taia Duarte Mota

CGAPSI/DASI/SESAI

Mariana Vaz Tassi
Fernando Pessoa de Albuquerque

FIOCRUZ/Brasília

André Vinicius Pires Guerrero
Barbara Coelho Vaz
Enrique Araújo Bessoni

Equipe Técnica colaboradora da Oficina

Viviane Matias Andrade Silva – Funai
Rut Rosenthal Robert – Funai
Janini Selva Ginani-Sesai
Lívia Custódio Puntel – Sesai
Maria Angélica Fontao – Sesai
Raysa Micaelle dos Santos Martins – Sesai
Cintya Azevedo Gonçalves – Fiocruz/Brasília
Cleide Zoraia Machado – Fiocruz/Brasília
Mariluce de Oliveira Conceição – Fiocruz/Brasília
Patricia Costa Santos – Fiocruz/Brasília
Romilson Bispo dos Santos – Fiocruz/Brasília
Marilia Vilela Gomes – Fiocruz/Brasília
Técnicos administrativos da Funai, Sesai e CGMAD

Agradecimentos

Aos participantes, aos palestrantes, aos povos indígenas e aos demais atores envolvidos na luta pelo bem viver indígena.

“O bem-viver é buscar a solidariedade, e mostrar que é possível. O Brasil é rico em conhecimentos, só que são pouco explorados esses conhecimentos. Que nem sempre falo: nós indígenas não somos problema – somos solução”.

Anastácio Peralta Guarani-Kaiowá, 2016.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| INTRODUÇÃO..... | 08 |
| POVOS INDÍGENAS, SAÚDE MENTAL, PROCESSOS DE ALCOOLIZAÇÃO E BEM VIVER: Propostas para o trabalho compartilhado entre redes de atenção intersectorial..... | 12 |
| METODOLOGIA DA I OFICINA POVOS INDÍGENAS E NECESSIDADES DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL: CUIDADO, DIREITOS E GESTÃO | 24 |
| MEMORIAL DOS POVOS INDÍGENAS: ABERTURA INSTITUCIONAL E ABERTURA INDÍGENA..... | 27 |
| REFERÊNCIAS E ORIENTAÇÕES ÉTICO-POLÍTICAS PARA O CUIDADO E A ATENÇÃO..... | 48 |
| EXPERIÊNCIAS DE TERRITÓRIO: CUIDADO E ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL..... | 87 |
| PROPOSTA DOS GRUPOS DE TRABALHO POR REGIÃO..... | 113 |
| SISTEMATIZAÇÃO DAS PROPOSTAS: Nortes éticos e políticos, princípios de trabalho, acordos no território e operacionalização das ações..... | 120 |
| TRABALHO DE ATENÇÃO INTERSETORIAL EM REDE: Uma proposta metodológica..... | 124 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 127 |

| | |
|---------------------------------------|-----|
| REFERÊNCIAS..... | 129 |
| ANEXO I - PROGRAMAÇÃO DETALHADA | 132 |

FICHA CATALOGRÁFICA

Biblioteca Curt Nimuendaju

FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO; MINISTÉRIO DA SAÚDE:
SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA; SECRETARIA DE
ATENÇÃO À SAÚDE; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – BRASÍLIA.

I Oficina sobre Povos Indígenas e Necessidades Decorrentes do Uso do Álcool:
Cuidado, direitos e gestão – Relatório Final. – Brasília: Funai; MS; Sesai; SAS;
Fiocruz, 2018.

152p.

ISBN: 978-85-7546-055-9 (online)

1. Saúde Indígena 2. Saúde Mental 3. Alcoolização I. Autor II. Título

Cleide de Albuquerque Moreira – CRB - 1100

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

Coasi – Coordenação de Acompanhamento de Saúde Indígena

CGMAD – Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas

DAPES – Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas

DASI – Departamento de Atenção à Saúde Indígena

DPDS – Diretoria de Promoção ao Desenvolvimento Sustentável

DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena

Fiocruz/Brasília – Fundação Oswaldo Cruz, unidade de Brasília

Funai – Fundação Nacional do Índio

MS – Ministério da Saúde

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RT – Referência Técnica

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

Sesai – Secretaria Especial de Saúde Indígena

Palestrantes

Álvaro Sampaio Tukano
Anastácio Peralta Guarani Kaiowá
Artur Nobre Mendes
Ediana Ferreira Cereja De Souza
Camila Latenek
Carolina Augusta de Mendonça Rodrigue dos Santos
Célio Terena
Edinaldo Dos Santos Rodrigues
Fernando Antônio De Carvalho Dantas
Gustavo Kenner Alcântara
Keyla Kikushi
Luciane Ouriques Ferreira
Patrícia Chagas Neves
Roberta Aguiar Cerri Reis
Roberto Tykanori Kinoshita
Sapaim Kamayurá
Semiramis Devodatto
Sofia Mendonça
Teruco Higa
Thélia Maria Pinheiro De Santana
Valcler Rangel
Vander Aparecido Nishijima

INTRODUÇÃO

O presente documento é um registro da **I Oficina sobre Povos Indígenas e Necessidades Decorrentes do Uso de Álcool: Cuidados, Direitos e Gestão**, realizada nos dias 12, 13 e 14 de dezembro de 2016. Esse evento teve o mérito de reunir, pela primeira vez, em âmbito nacional, profissionais dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), das Coordenações Regionais e Técnicas Locais da Funai (CR e CTL), de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, representantes indígenas e pesquisadores (as), entre outros(as) participantes e convidados(as). Seu objetivo foi o de ampliar o debate sobre saúde mental, bem-viver e povos indígenas entre diferentes setores e grupos, tratando principalmente de situações relacionadas às necessidades decorrentes do uso de álcool. Buscou-se analisar cenários, prioridades e estratégias possíveis, e acordar de forma conjunta a construção de princípios ético-políticos para o cuidado, na perspectiva da intersetorialidade e da garantia dos direitos indígenas, por meio da articulação de Redes de Cuidado e Atenção.

A produção desta Oficina foi uma parceria entre a Fundação Nacional do Índio (Funai) e Ministério da Saúde, instituições de âmbito nacional responsáveis pelas diretrizes nacionais no campo indigenista e da saúde, e também a Fundação Oswaldo Cruz – Brasília (Fiocruz-Brasília).

O evento foi organizado a partir da experiência conjunta do Grupo de Trabalho Intersetorial Saúde Mental e Povos Indígenas, formado desde 2013 por técnicos (as) de diferentes instituições. No âmbito da Funai, envolve participantes da Coordenação de Acompanhamento de Saúde Indígena (Coasi)¹ e da Diretoria de Promoção ao Desenvolvimento Sustentável (DPDS) da Funai; do Ministério da Saúde, reúne técnicos da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD), do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES/SAS/MS); e da Área Técnica de Saúde Mental e Medicinas Tradicionais Indígenas, do Departamento de Atenção à Saúde Indígena (DASI/SESAI) - envolvendo assim duas Secretarias do

¹Em 2017, houve alteração no nome da Coordenação, antes identificada como COASA – Coordenação de Saúde e Segurança Alimentar.

Ministério da Saúde: a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e a Secretaria de Atenção à Saúde Indígena (Sesai). Posteriormente o Núcleo de Saúde Mental da Fiocruz-Brasília se articulou ao GT Intersetorial de Saúde Mental e Povos Indígenas, além de outros setores e pessoas em diferentes momentos. Essa experiência trouxe o entendimento sobre a necessidade de interlocução entre setores, a construção da corresponsabilidade e a importância das diferentes redes de atenção se conhecerem melhor e entenderem campos de atuação e competências no âmbito da gestão federal, particularmente em relação à atenção psicossocial a povos indígenas.

O GT intersetorial compreendeu que a abordagem de problemas decorrentes do uso do álcool não poderia partir de uma ou outra instituição, pois se daria uma resposta limitada para um problema complexo que é multifatorial e atinge uma variedade de dimensões da vida coletiva dos povos indígenas. Por isso é necessária a elaboração de uma resposta igualmente complexa na perspectiva da intersetorialidade e em rede. A partir de diversas experiências práticas foi reconhecida a necessidade de ações integradas e articuladas sob os eixos do cuidado às pessoas, da gestão das ações, e da garantia de direitos. Em relação ao cuidado, entende-se ser necessária a construção de uma clínica ampliada que promova atenção aos determinantes sociais, comunitários e familiares daquela condição de saúde, bem como o respeito e a convivência com sistemas indígenas de saúde e cuidado. Em relação à gestão é necessário também que o planejamento e monitoramento das ações levem em conta a perspectiva dos indígenas sobre saúde, os processos de alcoolização e necessidades decorrentes do uso do álcool. Quanto à garantia de direitos deve-se manter a defesa do tratamento em liberdade proposto pela Lei nº 10.216/2001 e pela Reforma Psiquiátrica, assim como a garantia dos direitos indígenas ao reconhecimento de suas culturas, crenças e práticas de cuidado de si, e o fim da tutela do Estado sobre os corpos e decisões dos povos indígenas.

Assim, a Oficina buscou integrar diferentes instituições e pessoas para compartilhar conhecimentos e experiências práticas. Cada uma das instituições envolvidas tem papel estratégico na intervenção dos cenários não apenas na produção do cuidado em saúde, mas na garantia dos direitos dos indígenas. A proposta da Oficina fundamentou-se na

importância de que as Redes de Atenção sejam preparadas para promover um diálogo intercultural que possa, de fato, considerar a diversidade de povos indígenas nos territórios e seus diferentes contextos de vida, entendimentos sobre a saúde e modos próprios de cuidado.

Durante três dias os participantes, vindos de diversas regiões do país, compartilharam experiências, conhecimentos e formularam propostas de trabalho intersetorial em seus territórios. Com abertura no Memorial dos Povos Indígenas e atividades nas dependências da Fiocruz-Brasília, a Oficina contou com cerca de 170 participantes, entre Responsáveis Técnicos (RT) de Saúde Mental de 32 DSEIs; representantes das 37 Coordenações Regionais da Funai; 32 Coordenadores de Saúde Mental de municípios e/ou estados com população indígena significativa; 2 representantes indígenas da Câmara Técnica de Saúde do Conselho Nacional de Política Indigenista; indígenas e convidados especialistas em saúde, direitos indígenas e atenção psicossocial; e ainda outros interessados.

As páginas seguintes trazem uma síntese e registros do evento, das mesas de expositores (as) e dos resultados de trabalhos em grupos territoriais/regionais. Na parte anexa são também apresentados materiais produzidos para subsidiar a oficina.

O segundo capítulo do relatório, intitulado “Povos Indígenas, Saúde Mental, Processos de Alcoolização e Bem-Viver: propostas para o trabalho compartilhado entre Redes de Atenção” foi inicialmente formulado como texto-base para a Oficina, produzido para dar as boas-vindas aos(às) participantes do evento. Apresenta os pressupostos formais da abordagem e uma discussão mais detalhada das normas legais que o embasaram, do ponto de vista dos direitos indígenas e do direito à saúde, considerando-se as políticas nacionais de saúde indígena, saúde mental e gestões ambiental e territorial em terras indígenas.

No terceiro capítulo o relatório detalha a metodologia para a construção da Oficina, apresentando a programação estruturada, configurando um processo no qual os convidados da primeira mesa pudessem referenciar a discussão a partir de princípios éticos e políticos para o cuidado, a gestão e para a garantia de direitos; tudo isto

relacionado, posteriormente, às experiências de territórios sobre o cuidado e a articulação intersetorial. Os relatos e experiências apresentadas fundamentaram as discussões dos grupos de trabalho regionais, que formularam propostas sobre diretrizes para o cuidado das necessidades decorrentes do uso de álcool, e planejaram acordos técnico-políticos para a gestão nos territórios. Essas propostas serão apresentadas no final desse documento, como produtos dessa oficina.

O relatório segue a mesma sequência; assim, após o detalhamento metodológico, o quarto capítulo registra as apresentações da primeira mesa intitulada “Referências e orientações ético-políticas para o cuidado e a atenção: desenhando o tom da conversa”. O quinto capítulo apresenta a transcrição da mesa de “Experiências de Territórios – Cuidado e Articulação Intersetorial”, na qual se pode ter uma visão pormenorizada das vivências e estratégias desenvolvidas nos territórios. Por último seguem as propostas de cada grupo territorial/regional como disparador da proposta de articulação nos territórios e conjunto de ações e pressupostos a serem acompanhados pelos grupos envolvidos no trabalho. Ao final, alguns dos principais resultados do trabalho são apresentados nas “Considerações Finais”.

POVOS INDÍGENAS, SAÚDE MENTAL, PROCESSOS DE ALCOOLIZAÇÃO E BEM-VIVER: PROPOSTAS PARA O TRABALHO COMPARTILHADO ENTRE REDES DE ATENÇÃO

O objetivo da Oficina, promovida pelo Grupo de Trabalho Intersetorial de Saúde Mental e Povos Indígenas, foi o de ampliar o debate sobre saúde mental, bem-viver e povos indígenas entre os diferentes setores e grupos presentes no evento. O presente capítulo foi elaborado nesse sentido, como texto base para subsidiar os participantes da oficina, sendo aqui adaptado para compor a estrutura do Relatório Final.

Defende-se a importância da interlocução entre os setores presentes – para que a corresponsabilidade seja de fato construída, é importante que as diferentes Redes de Atenção se conheçam melhor e entendam reciprocamente campos de atuação e competência no âmbito da gestão federal. Neste sentido, apresentam-se a seguir os instrumentos normativos e conceitos referenciais para o debate.

Em igual modo, é fundamental que as diferentes Redes sejam preparadas para promover um diálogo intercultural efetivo que possa, de fato, considerar a diversidade de povos indígenas nos territórios e seus diferentes contextos de vida, entendimentos sobre a saúde e modos próprios de cuidado – princípios que apontam para a importância de se adequar as estratégias de cuidado ao contexto sociocultural de cada comunidade indígena, observando-se condicionantes e determinantes sociais relacionados aos problemas enfrentados.

Dentre as necessidades de saúde mental dos povos indígenas no Brasil, as questões referentes ao uso de álcool e outras drogas estão entre as mais complexas e prevalentes em todo país. A discussão sobre o tema tem se realizado no âmbito acadêmico, governamental e entre os povos indígenas, observando-se a necessidade de aprofundamento do debate e da construção de horizontes de ação.

Desde 2013, o Grupo de Trabalho Intersetorial sobre Saúde Mental e Povos

Indígenas, (GTI) formado por representantes da Funai e do Ministério da Saúde (Sesai e CGMAD/DAPES/SAS) vem atuando com o propósito de analisar conjuntamente prioridades e construir estratégias a serem realizadas junto às equipes dos diversos territórios.

O GTI vem discutindo situações envolvendo o sofrimento psíquico e o uso de álcool e outras drogas entre povos indígenas. Foram realizadas, ao longo do tempo, diversas discussões e análises sobre como promover uma política pública indigenista de saúde mental que tenha eficácia junto aos povos indígenas e, acima de tudo, respeite a diversidade cultural destes povos.

Assim, discorre-se neste capítulo sobre diversas normativas relacionadas ao tema, apresentando pontos relevantes da legislação e seus pressupostos, diretrizes e conceitos básicos para que se promova o necessário entendimento coletivo sobre saúde mental e os campos dos direitos, da gestão e do cuidado.

Para o GTI, duas portarias e um decreto orientam a discussão sobre as questões referentes à saúde mental, álcool e outras drogas:

- a) Portaria de Consolidação nº 2, de 28/09/2017, Anexo 3 do Anexo XIV, que trata das **Diretrizes para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações** Indígenas. (Origem: Portaria MS/GM 2.759/2007);
- b) Portaria de Consolidação nº 3, de 28/09/17, Anexo V, que trata da instituição da **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas**, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Anexo V. (Origem: Portaria MS/GM 3088/2011);
- c) Decreto nº 7.747, de 05/06/2012, que institui a Política Nacional de Gestão Territorial e Ambiental de Terras Indígenas (PNGATI).

A Portaria de Consolidação nº 2, em seu Anexo XIV, do Anexo 3 (28/09/2017), traz como principais diretrizes o apoio e o respeito à capacidade das diversas etnias e das comunidades indígenas, com seus valores e modos de organização e de produção de conhecimento, para identificar problemas, mobilizar recursos e criar alternativas para a construção de soluções para os problemas da comunidade, garantindo-se ações integradas entre as diferentes esferas de governo (União, Estados e Municípios). Outra diretriz da

Portaria diz respeito à garantia de acessibilidade no nível da Atenção Básica, potencializando também o papel dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na construção coletiva de ações nos territórios, o que condiz com sua função nas Redes de Atenção como ordenador do cuidado na atenção psicossocial.

Este entendimento de que os povos indígenas possuem a capacidade plena de perceber seus próprios problemas, diagnosticando suas causas e indicando caminhos para a melhoria da situação enfrentada, é o alicerce de ação do Grupo de Trabalho Intersetorial.

No Brasil, a atuação sobre a questão da saúde mental e sobre aspectos de saúde relacionados ao uso de álcool e outras drogas compete ao Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD). São importantes atos normativos de atuação neste campo a Lei nº 10.216, de 06/04/2001, que dispõe sobre os direitos e a proteção das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, e a supracitada Portaria de Consolidação nº 3 (28/09/17) que, em seu Anexo V, reconhece a responsabilidade dos pontos de atenção da RAPS para com os povos indígenas, no artigo 4º.

A RAPS é composta de equipamentos sob gestão dos municípios ou dos estados, planejados a partir de uma perspectiva regional mais ampla. Por sua vez, a oferta de cuidado ocorre sob a responsabilidade dos municípios em geral. São componentes da RAPS nos territórios:

- I. Atenção Básica em Saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade Básica de Saúde; b) Equipe de Atenção Básica para populações específicas: Equipe de Consultório na Rua; c) Centros de Convivência.
- II. Atenção Psicossocial Especializada, formada pelos Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades.
- III. Atenção de Urgência e Emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) SAMU 192; b) UPA 24 horas; c) Portas Hospitalares de Atenção à Urgência/Pronto Socorro; d) Unidades Básicas de Saúde, entre outros.
- IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade de Acolhimento; b) Serviços de Atenção em Regime

Residencial.

- V. Atenção Hospitalar, formada pelo Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
- VI. Estratégias de Desinstitucionalização, formada pelos Serviços Residenciais Terapêuticos, programa de volta para casa – PVC e o programa de desinstitucionalização.
- VII. Estratégia de Reabilitação Psicossocial: a) iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais; b) protagonismo de usuários e familiares.

Por outro lado, a atenção à saúde indígena é dever da União e será prestada de acordo com a Constituição, ocorrendo principalmente no nível da atenção primária e de serviços de referência sem prejuízo às ações desenvolvidas pelos Municípios e Estados. A Lei nº 9.836, de 23/09/1999, institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, integrado ao Sistema Único de Saúde. O Decreto nº 3.156, de 27/08/1999, traz as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, antes executada pela Fundação Nacional de Saúde – Funasa, e atualmente pela Secretaria Especial de Saúde Indígena – Sesai.

A Sesai conta com estrutura e logística de gestão própria por meio de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas-DSEI, caracterizados por sua autonomia administrativa, orçamentária e financeira. Os DSEIs estão destinados ao apoio e à prestação de assistência à saúde das populações indígenas, incluindo a responsabilidade sanitária, e são representados territorialmente pelos Polos-Base. O Decreto citado traz ainda diretrizes² destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde dos indígenas, objetivando o

² I – O desenvolvimento de esforços que contribuam para o equilíbrio da vida econômica, política e social das comunidades indígenas; II – a redução da mortalidade, em especial a materna e a infantil; III – a interrupção do ciclo de doenças transmissíveis; IV – o controle da desnutrição, da cárie dental e da doença periodontal; V – a restauração das condições ambientais, cuja violação se relacione diretamente com o surgimento de doenças e de outros agravos da saúde; VI – a assistência médica e odontológica integral, prestada por instituições públicas em parceria com organizações indígenas e outras da sociedade civil; VII – a garantia aos índios e às comunidades indígenas de acesso às ações de nível primário, secundário e terciário do Sistema Único de Saúde – SUS; VIII – a participação das comunidades indígenas envolvidas na elaboração da política de saúde indígena, de seus programas e projetos de implementação; e IX – o reconhecimento da organização social e política, dos costumes, das línguas, das crenças e das tradições dos índios.

alcance do equilíbrio biopsicossocial, com o reconhecimento do valor e da complementaridade das práticas da medicina indígena segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada comunidade.

Por sua vez, a Fundação Nacional do Índio – Funai é o órgão indigenista oficial do Estado brasileiro, criado por meio da Lei nº 5.371, de 05/12/1967 e vinculado ao Ministério da Justiça. A Funai é a coordenadora e principal executora da política indigenista do Governo Federal. Sua missão institucional é proteger e promover os direitos dos povos indígenas no Brasil. A Funai conta com 37 Coordenações Regionais (CR) atuando localmente por meio de suas Coordenações Técnicas Locais (CTL). Cabe à Funai promover estudos de identificação e delimitação, demarcação, regularização fundiária e registro das terras tradicionalmente ocupadas pelos povos indígenas, além de monitorar e fiscalizar as terras indígenas, também coordenando e implementando as políticas de proteção aos povos isolados e recém-contatados. É ainda papel da Funai promover políticas voltadas ao desenvolvimento sustentável das populações indígenas, estabelecendo articulações interinstitucionais voltadas à garantia do acesso diferenciado aos direitos sociais. Entre as políticas sociais acompanhadas está a de Saúde Indígena, cabendo à Funai “monitorar as ações e serviços de atenção à saúde dos povos indígenas”, segundo o Decreto 7.778, de 27/07/2012. Além disso a Funai tem entre seus alicerces a execução da Política Nacional de Gestão Territorial e Ambiental de Terras Indígenas – PNGATI. A PNGATI tem como objetivo garantir e promover a proteção, a recuperação, a conservação e o uso sustentável dos recursos naturais das terras e territórios indígenas, assegurando a integridade do patrimônio indígena, a melhoria da qualidade de vida e as condições plenas de reprodução física e cultural das atuais e futuras gerações dos povos indígenas, respeitando sua autonomia sociocultural.

Assim, é importante que se conheça como a RAPS, a Sesai e a Funai estão constituídas e quais seus componentes para buscar fazer uma correlação e uma integração em redes. De modo objetivo, no campo da gestão, percebe-se que a discussão sobre as ações de saúde mental entre os povos indígenas tem como um de seus desafios a efetivação local destas redes de atendimento, ou seja, entre os serviços no âmbito do SUS,

que são compostos pela RAPS e os DSEIs, e destes com a Funai.

No campo da garantia de direitos, acredita-se ser fundamental conhecer também os pressupostos e diretrizes da Reforma Psiquiátrica no Brasil (RPB) que estão presentes na Política Nacional de Saúde Mental, conforme a Lei nº 10.216/2001. Trata-se de um complexo processo histórico no Brasil, que se iniciou no final da década de 1960 e vai até os dias atuais. Foi um movimento produzido por trabalhadores da saúde, usuários do sistema de saúde e seus familiares, e que possui implicações amplas, seja para as concepções de tratamento em saúde mental, da rede de atenção em saúde, de políticas de saúde, dos direitos dos pacientes; seja para o estatuto jurídico das pessoas com sofrimento psicossocial e a visão social sobre o fenômeno do sofrimento mental, ou, ainda, com relação às questões relativas ao consumo de álcool e outras drogas.³

Os pressupostos da RPB levam em conta várias dimensões: a) direitos dos pacientes (usuários de serviços) e seu estatuto jurídico na sociedade democrática; b) atenção psicossocial como caminho para realização do acesso ao tratamento com qualidade e garantia da autonomia e liberdade; c) construção de um “lugar social para o sofrimento psicossocial” para os “desviantes” (como os usuários de drogas), significando o esforço de superação das concepções sociais que ainda sustentam o preconceito, o estigma e a negação da autonomia possível do paciente; d) os saberes sobre o sofrimento e o tratamento apontando a necessidade de uma construção permanente de práticas que aliviem o sofrimento e ampliem a autonomia e o protagonismo dos pacientes.⁴

O sistema de saúde brasileiro atuava sobre as diversas formas de sofrimentos, transtornos e uso de substâncias com um único tratamento: o isolamento. Neste sentido, a Reforma faz com que a organização de rede de serviços seja feita com base no território, de forma aberta e próxima da residência do usuário, eliminando-se as formas de tratamento de características asilares ou de confinamento. Atualmente considera-se que os

³ OLIVEIRA, W.F. & CARNEIRO, H. (Org.). Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas – Da Coerção à Coesão. Álcool e sociedade / Universidade Federal de Santa Catarina; Universidade Federal de Santa Catarina, Unasus. 2014. Modo de acesso: <<https://unasus.ufsc.br/alcooleoutrasdrogas/>>.

⁴ OLIVEIRA, W.F. & CARNEIRO, H. (Org.). *Op.cit.*, pp. 23- 24.

pacientes ainda submetidos a formas asilares de tratamento devem ser apoiados para construir alternativas de vida fora das instituições e terem acesso a uma ampla rede de serviços, com incorporação decisiva dos serviços de Atenção Básica e configurando, assim, a ação de desinstitucionalização da atenção psicossocial. A política de saúde mental estabelece ainda que a ação psicossocial deve ser realizada por meio do desenvolvimento de estratégias ativas de inclusão social do cidadão usuário do sistema, como ações de trabalho, cultura, educação, lazer, esporte.

Uma questão que a RPB possui em consonância com os direitos indígenas é a discussão pela tutela do Estado sobre o Cidadão. A tutela pode coibir a autodeterminação e a vontade dos indivíduos em relação, inclusive, às formas de cuidado e tratamento nas ações de saúde. A história da saúde mental no Brasil é composta, em grande parte, por ações institucionais que violentamente negavam a autonomia dos sujeitos, tal qual também se verifica na história da ação do Estado em relação aos povos indígenas no Brasil. Assim, em um ambiente tutelar, os indígenas com necessidades decorrentes do uso de álcool e drogas têm sua autonomia questionada duplamente: enquanto indígenas e enquanto pessoas que consomem álcool. Desta forma, é essencial que se faça a discussão sobre quais as maneiras de se reverter esta tutela. Entretanto, reverter um estado de tutela não significa abandonar os povos indígenas à própria ‘sorte’. É necessária a transformação do conceito de tutela pelo de políticas públicas participativas específicas e eficazes na questão das ações de saúde mental para povos indígenas.

Para realizarmos aqui a discussão sobre o uso de álcool e outras drogas, acreditamos ser basilar agruparmos a reflexão que a Reforma Psiquiátrica propõe sobre o campo do cuidado: a ampliação da rede existencial dos indivíduos e de suas comunidades sem que estejam ausentes do convívio comunitário. É no convívio comunitário que se pode produzir a revisão das ‘cenas’ de vida, de forma a se pensar em outros focos, em outros objetivos, percebendo-se a importância da ampliação das dependências,⁵ das possibilidades de circulação no território e de acesso aos direitos.

⁵ OLIVEIRA, W.F. & CARNEIRO, H. (Org.), *Op.cit.*, pg. 18.

Portanto, é essencial que se realize a discussão sobre a necessidade de modificar as cenas que determinam e coproduzem o fenômeno do uso de álcool e outras drogas, pressupondo que o uso de drogas só deixará de ser abusivo e nocivo quando a vida se modificar e as drogas puderem ocupar um lugar diferente do atual. A ‘cena’ que contextualiza uso prejudicial de álcool e outras drogas, ao se repetir no dia a dia das pessoas, pode funcionar como catalisadora para este uso. É importante se pensar que o que é preciso modificar são as cenas, e não simplesmente os indivíduos e a dependência, pois esta é resultado de uma série de relações que determinam o lugar que os sujeitos ocupam no mundo.⁶

Compreende-se que o sentido da existência dos indivíduos é construído por eles próprios em seu ambiente social e cultural. Assim, é preciso que o cuidado na atenção à saúde mental, álcool e outras drogas considere estas dimensões para que o isolamento não afaste ainda mais as pessoas de sua condição de autonomia. Para uma mudança de cenário é necessário que o usuário seja preservado de algumas formas de opressões vividas, oferecendo-se o suporte necessário⁷ para que seja possível a construção de outras possibilidades de vida. Isto pode se dar apenas por meio do protagonismo da rede intersetorial de saúde e do próprio usuário. No caso dos povos indígenas, a mudança de cenário pode ser ainda mais complexa: a falta de terra, o histórico contexto de massacres, o preconceito da sociedade nacional e a falta de alternativas econômicas, ou mesmo da segurança e soberania alimentar, podem tornar o dia a dia destituído de sentido para muitas pessoas e comunidades.

Gostaríamos aqui de abordar alguns conceitos-chave para a discussão. O GTI vem trabalhando a importância da diferenciação dos termos álcool, alcoolismo, problemas relacionados ao uso de álcool e processos de alcoolização para que possamos superar preconceitos do senso comum e promover diálogos entre os diferentes atores e saberes necessários a fim de compreender a diversidade de situações relacionadas ao consumo de

⁶ OLIVEIRA, W.F. & CARNEIRO, H. (Org.). *Op.cit.*, p. 26.

⁷ Aqui podemos citar, no campo da saúde mental, o instrumento de Projeto Terapêutico Singular previsto na Lei 10.216/2001.

bebidas alcoólicas entre os povos indígenas, conforme segue:

“O álcool é uma substância química caracterizada por uma série de propriedades, cujas consequências e funções operam basicamente a partir dos usos sociais, econômicos e psicológicos produzidos pelos diferentes grupos. Isto significa dizer que o uso do álcool por si pode gerar algumas consequências patológicas no nível físico e/ou psíquico, em função das características de seu consumo e da vulnerabilidade dos sujeitos (cirrose hepática, intoxicação ou *delirium tremens*). Mas a maioria dos efeitos negativos não seria produto do consumo do álcool em si. Os homicídios, as agressões intrafamiliares e os acidentes não são consequências necessárias do consumo do álcool, mas sim comportamentos possíveis, considerados mais ou menos estimulados e/ou aceitos por diferentes sociedades, realizados por sujeitos específicos”⁸.

Quanto à categoria “alcoolismo”, embora esta tenha sido considerada pela em 1977 OMS em desuso, sendo substituída pela categoria “dependência do álcool” e excluída dos atuais códigos de classificação de transtornos mentais, ainda é notório o uso corriqueiro do termo. Este conceito é carregado de imprecisão e preconceito na medida em que se usa uma mesma palavra para se referir a aspectos diversos, criando-se uma barreira de comunicação em grande medida intransponível.

A categoria “dependência do álcool” é mais restrita e seu uso mais útil para o campo da biomedicina. Dependência seria entendida a partir de um padrão de consumo associado a indícios de dependência química, descontrole e problemas de ordem física, psíquica e/ou social decorrentes do uso da substância. Como esta categoria pretende-se universal, não levando em consideração especificidades socioculturais e os diferentes modos de beber, sua aplicação é limitada quando pensamos em contextos indígenas.

Partimos, portanto, para a próxima categoria, mais ampla do que a anterior, extrapolando o seu contexto biomédico. O conceito “problemas relacionados ao uso de álcool” pode ser caracterizado como “o conjunto de efeitos – percebidos e vivenciados como adversos – associados ao uso de álcool”, independentemente deste se enquadrar

⁸ SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte de (Org.). Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 252 p.(Coleção Saúde dos Povos Indígenas), 2013. Este conceito, bem como os de dependência de álcool, problemas relacionados ao uso de álcool e alcoolização foi retirado do mesmo texto, pg.21 e 22.

como dependência. Com esta categoria, é possível uma aproximação a categorias próprias dos indígenas para determinar quando o uso do álcool torna-se um problema de fato, sobretudo socialmente, uma vez que a fronteira que separa um beber normal de um problemático está estreitamente relacionada às dimensões socioculturais e históricas do beber.

Já o conceito “processos de alcoolização”, ou apenas “alcoolização”, é mais amplo e engloba, de certa forma, os conceitos anteriores ao “contextualizar a prática de consumo de álcool na cultura e na história, e não apenas o seu uso problemático, buscando, em última instância, apreender o significado cultural atribuído ao consumo de bebidas alcoólicas, às motivações para beber, às situações de consumo e aos circuitos de embebedamento”, numa perspectiva baseada tanto na organização social quanto nas histórias de contato com a sociedade nacional.⁹ Assim, a categoria “processos de alcoolização” pode englobar a diversidade de contextos e especificidades do uso de álcool pelos povos indígenas.

Como conceito conexo ao de processos de alcoolização e, em alinhamento com os pressupostos da RPB, emprega-se o conceito de “autoatenção” para identificar os esforços da comunidade para prevenir ou controlar o que é entendido como ameaçador para o bem-estar em nível coletivo.

Autoatenção, de uma maneira genérica, refere-se às representações e práticas que os grupos sociais utilizam para tratar dos processos de saúde e enfermidade de modo autônomo a instâncias de cura profissionais. Esse conceito desloca o olhar da noção de enfermidade no sentido biomédico e enfoca nos significados que os conjuntos sociais atribuem a seus padecimentos, problemas e sentimentos. As práticas de autoatenção operam em dois níveis: um em sentido “estrito”, que diz respeito às ações intencionais

⁹ Documento que registra um esforço institucional anterior para ampliar os entendimentos e significados do uso de álcool entre indígenas, bem como permite uma percepção histórica a respeito do debate sobre o tema é: Ministério da Saúde, “Anais do Seminário sobre Alcoolismo e vulnerabilidades às DST/AIDS entre os povos indígenas da macrorregião Sul, Sudeste e Mato Grosso do Sul”. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Série Seminários e Congressos, nº 04, Brasília, 2001.

calcadas nas decisões das pessoas no enfrentamento dos infortúnios; e outro em sentido “lato”, que diz respeito às práticas que asseguram a reprodução biossocial do grupo como um todo¹⁰.

Esse enfoque, que busca considerar diferentes aspectos da vida em diferentes sociedades e culturas, se comunica também com a noção de ‘bem-viver’ como conceito e processo que ampliam a discussão da saúde mental em contextos indígenas, e abrem possibilidades de se pensar a diversidade de concepções de corpo, saúde, cultura e conhecimento, além dos diferentes modos de viver e ser que os povos indígenas oferecem.

Destacamos também que as ações institucionais envolvendo povos indígenas só podem ser possíveis por meio da prática de um olhar diferenciado, um olhar que tenta se colocar no lugar do outro, em busca da compreensão dos modelos explicativos indígenas para o mundo, conforme revelam os próprios indígenas. Citaremos um exemplo que nos parece demonstrar o ‘olhar diferenciado’, e os ‘modelos explicativos indígenas’:

“o caso da Festa do *Kiki* realizada pelos índios Kaingang do sul do Brasil (Crépeau, 1997; Almeida, 1988). Até o início do século vinte, este rito em homenagem aos mortos foi realizado em todas as aldeias Kaingang. O *Kiki* continuou ocorrendo na Terra Indígena Xapecó até 1996, como afirmação simbólica de sua identidade étnica, da sua organização social, marcando, por um lado, as relações recíprocas entre os vivos e os mortos e, por outro, as relações entre as duas metades que formam a sociedade Kaingang. O rito liga o grupo ao ciclo anual da natureza, à sua mitologia e aos que faleceram desde o último *Kiki*. Caracteriza-se por várias fases preparativas da bebida *kiki*, feita tradicionalmente de mel fermentado. Acende-se, depois, uma fogueira por três noites seguidas, terminando com uma visita ao cemitério, onde cada metade do grupo reza sobre os túmulos dos mortos da outra metade. Na volta, a comunidade festeja até acabar o *kiki*. Todas estas atividades são organizadas por grupos de parentesco, divididos em metades, *Kamé* e *Kairu*, cada uma com suas responsabilidades organizadas de maneira recíproca.

No decorrer do tempo, a cachaça foi incorporada a quase todas as atividades do rito e também é colocada junto ao mel no cocho, fazendo o rito ter a aparência de uma grande bebedeira. Para o observador, que não entende o significado simbólico do rito, atingir um estado exagerado de embriaguez parece ser a

¹⁰ LANGDON, E. J. O abuso de álcool entre os povos indígenas no Brasil: uma avaliação comparativa. In: Maximiliano Loiola Ponte de Souza. (Org.). Perspectivas de Alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais. 1ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013, v. 1, p. 27-46.

razão central de sua realização. Porém, o caráter construtivo para o grupo social, a reafirmação da identidade étnica e das relações com os grupos de parentesco, com os mortos e com a natureza, se mantém como a função principal do rito”.¹¹

Neste sentido, acredita-se que o uso de bebidas fermentadas em contextos rituais tem papel construtivo em sociedades indígenas, possibilitando o reforço dos vínculos sociais. Entretanto, atualmente,

“o ato de beber se distancia das formas tradicionais, trazendo prejuízos individuais e coletivos. O abuso do álcool reforça o estigma de ser índio no Brasil. Assim, para a implementação de programas de saúde eficazes será necessário desconstruir preconceitos, considerando os aspectos do contexto sociopolítico e histórico que determinam o comportamento alcoólico”.¹²

Além disso, é fundamental entender o significado atribuído ao uso de bebidas alcoólicas em cada grupo indígena, e quais as preocupações e as soluções vislumbradas pelo próprio grupo.

Por fim, entende-se que a atenção psicossocial para indígenas deve buscar um projeto terapêutico integral, que fortaleça os sujeitos, suas comunidades e povos em suas diversas matizes. Conhecer a cosmologia de um povo e sua história pode ser a única forma de realmente se caminhar conjuntamente na direção do protagonismo indígena sem que se exerça a tutela.

O trabalho psicossocial deve respeitar a forma como os indígenas percebem o seu sofrimento considerando-a como concreta e não como produto de uma mente desarticulada. Para começar, é fundamental que as equipes de trabalho busquem aproximar-se destas culturas, conhecer alguns de seus aspectos possibilitando uma abordagem que compreenda ações e posições adotadas pelos indígenas. Isto nos direciona à inclusão, no tratamento e de forma criativa, das soluções indígenas para suas questões.

¹¹ LANGDON, E.J. *Op.cit.*, 2013, p. 33.

¹² LANGDON, E. J. O abuso de álcool entre os povos indígenas no Brasil: uma avaliação comparativa. Revista Tellus, 2005. Acessível em <http://www.tellus.ucdb.br/index.php/tellus/article/view/99>.

METODOLOGIA DA I OFICINA POVOS INDÍGENAS E NECESSIDADES DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL: CUIDADO, DIREITOS E GESTÃO

A partir do trabalho desenvolvido no âmbito do GTI de Saúde Mental e Povos Indígenas, em parceria com a Fiocruz-Brasília, criaram-se condições de realização para a Oficina, ocorrida em Brasília, de 12 a 14 de dezembro de 2016.

O objetivo da Oficina foi acordar, de forma conjunta, a construção de princípios ético-políticos para o cuidado, na perspectiva da intersetorialidade e da garantia dos direitos indígenas, por meio da articulação de Redes de Cuidado e Atenção: DSEIs, RAPS, Funai/CRs, modos indígenas de cuidado, assistência social, justiça, entre outras. Ainda, a metodologia tencionava construir espaços de acordos e compromissos para produção de ações intersetoriais nos territórios. Além disso, a oficina foi pensada a partir do encontro de diferentes instituições e pessoas para compartilhar conhecimentos e experiências práticas, como estratégia de qualificação dos trabalhadores das redes de proteção e cuidado indígena, tais como trabalhadores dos DSEIs, das RAPS de municípios e estados com presença indígena, das CRs e CTLs da Funai, sobre o tema do álcool. De forma sintética, a metodologia articulou três eixos: a) alinhamento conceitual; b) estreitamento das relações interinstitucionais; e c) facilitação de fluxos e matriciamento. Ao final do relatório, apresenta-se de forma mais detalhada a metodologia como um produto e instrumento de efetividade que possa ser replicado, visando o fortalecimento das redes de atenção.

O processo de preparação da Oficina ocorreu durante quatro meses de reuniões e encontros do GT intersetorial de Saúde mental e povos indígenas e a equipe técnica da Fiocruz/Brasília. Houve também a parceria do Memorial dos Povos Indígenas – MPI/GDF, dirigido por Álvaro Sampaio Tukano, que ofereceu contribuições importantes para a proposta do encontro.

No âmbito da Funai e da Sesai, previamente à abertura do evento, foram realizadas pré-oficinas visando uma preparação dos técnicos para o evento, e para o diálogo intersetorial. Desse modo, a Sesai reuniu as referências técnicas em saúde mental dos 32 DSEIs participantes para uma discussão setorial, assim como a Funai preparou

tecnicamente os coordenadores regionais e técnicos locais participantes para a Oficina e o diálogo ampliado proposto.

A programação previu uma abertura institucional e indígena no Memorial dos Povos Indígenas, reunindo as instituições organizadoras e parceiras do evento além de convidados, representantes indígenas e do sistema de justiça.

No segundo e terceiro dia da programação, ocorridos nas dependências da Fiocruz Brasília, foi previsto um primeiro bloco de discussões oferecidas por indígenas, acadêmicos, gestores, e profissionais de saúde que trouxessem referenciais ético-políticos para os campos do cuidado, da gestão e dos direitos indígenas, e pudessem oferecer um horizonte comum aos participantes. Um segundo momento reuniu a experiência dos territórios sobre cuidado e articulação intersetorial, com relatos de representantes e trabalhadores das diferentes instituições envolvidas que trabalham nos territórios diretamente na execução e oferta de serviços. Foi também previsto um momento em que o GT Intersetorial compartilhou um relato sobre o processo de construção da Oficina e sua proposta. A título de esclarecimento, por escolha metodológica, esse relatório não apresenta a transcrição desse momento, considerando que a maior parte de seu conteúdo está incluída na introdução e no primeiro capítulo, com os pressupostos normativos e a contextualização das políticas públicas envolvidas¹³.

A etapa final, em Grupos de Trabalho organizados intersetorialmente pelo recorte territorial/regional, aprofundou as discussões relacionando-as às realidades dos diferentes contextos de vida, e produzindo propostas sobre diretrizes para o cuidado das necessidades decorrentes do uso de álcool no contexto indígena, e de acordos técnico-políticos para a gestão nos territórios. Essas propostas serão apresentadas ao final desse documento, como produtos dessa oficina.

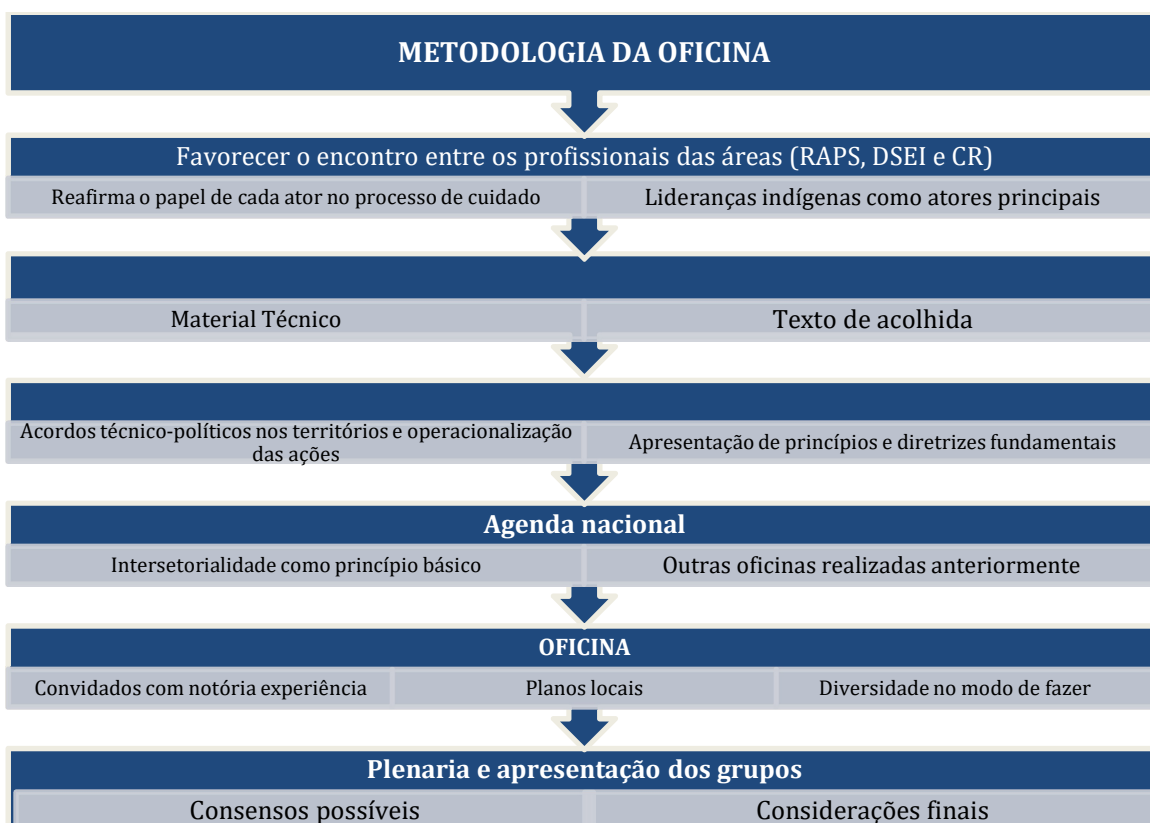
A Oficina contou com aproximadamente 170 participantes, entre eles:

¹³ Para fins de registro, essa mesa teve como título “GT intersetorial Saúde Mental e povos indígenas: situando cenários e desafios a partir dos diferentes campos institucionais”, e contou com os seguintes participantes: pela Funai, Carolina Augusta de Mendonça Rodrigue dos Santos e Patrícia Chagas Neves; pela SESAI, Fernando Pessoa de Albuquerque e Mariana Vaz Tassi; pela CGAMD/DAPES/SAS, Pedro de Lemos Macdowell, Taia Duarte Mota, e Andréa Borghi M. Jacinto.

- Responsáveis Técnicos (RT) de Saúde Mental de 32 DSEIs.
- Representantes das 37 Coordenações Regionais da Funai.
- 32 Coordenadores e/ou trabalhadores de Saúde Mental de municípios e/ou estados com população indígena significativa.
- 2 Representantes indígenas da câmara técnica de saúde do Conselho Nacional de Política Indigenista – CNPI.
- Convidados indígenas, e dos campos da saúde indígena, atenção psicossocial, educação, entre outros.

Ao chegar ao evento, cada participante recebeu uma pasta com o seguinte conteúdo:
 a) CD (referências bibliográficas, publicação dos convidados, Leis, portarias, material técnico); b) Texto base produzido pelo GTI com considerações iniciais e orientações; c) programação detalhada (modelos no anexo do Relatório).

De uma forma geral, e sintetizando desse modo a proposta, a metodologia da oficina contou com o seguinte desenho:



MEMORIAL DOS POVOS INDÍGENAS: ABERTURA INSTITUCIONAL E ABERTURA INDÍGENA

A abertura da Oficina ocorreu no Memorial dos Povos Indígenas, em Brasília, museu projetado por Oscar Niemeyer, cuja inspiração arquitetônica em forma espiral foi a das malocas Yanomami. A proposta de iniciar os trabalhos nesse local buscou o forte simbolismo.

Atualmente, o memorial é dirigido por Álvaro Sampaio Tukano, liderança histórica do movimento indígena brasileiro, e que tem reforçado o caráter indígena do Museu/Memorial. Assim, buscou-se na parceria com o Memorial garantir um momento da oficina em que possibilidades de expressão indígenas pudessem se fazer mais presentes, e que esse momento pudesse reverberar sobre as atividades subsequentes que seriam realizadas na Fiocruz Brasília.

Dois momentos estruturam a abertura. O primeiro deles trouxe a fala das instituições promotoras da Oficina – Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Fiocruz –, e também as instituições parceiras e que contribuíram ao debate – Conselho Nacional de Política Indigenista, Memorial dos Povos Indígenas, Conselho Nacional de Saúde, e Ministério Público Federal.

Após as falas institucionais Álvaro Tukano anunciou a participação de Sapaim, famoso pajé kamayurá da região do Xingu, para fazer uma bênção aos participantes. Sapaim trouxe sua palavra, e defumou os participantes ao som do canto de Álvaro Tukano.

Segue abaixo a transcrição dessas falas, e suas contribuições ao debate e à reflexão.

SEMIRAMIS DEVODATTO

Conselho Nacional de Saúde – CNS

Boa noite a todos e todas. Em nome do Conselho Nacional de Saúde, da Comissão Intersetorial de Saúde Mental, da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena, eu agradeço pelo convite, pelo prazer de estar aqui numa Oficina que discute um tema tão caro e rico

para tantas pessoas. Esse auditório está cheio, e é um tema que necessita sim ser discutido, pela delicadeza, pela diversidade, pela singularidade. Visitando aqui esse espaço que tem a exposição de duas etnias, você percebe a necessidade e urgência dessa discussão. Nossa plenária esteve discutindo na semana passada, e também fizemos uma discussão muito profunda sobre saúde indígena; tivemos a presença da SESAI, dos Conselheiros do CONDISI para essa discussão e da necessidade de aprofundamento dos Conselheiros, das especificidades do atendimento na saúde indígena como um todo – quiçá a gente pensar nas questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. O controle social está aqui presente, agradece o convite. Somos parceiros nessa luta, desejando que se consiga construir consensos de um cuidado ético-político, como está aqui na programação para os povos indígenas. Desejo a todos, um bom evento. Obrigada.

CÉLIO TERENA

Conselho Nacional de Política Indigenista – CNPI

Boa noite a todos. [Saudação na língua Terena].

A todos, quero cumprimentar a mesa, agradecer a oportunidade dessa mesa de hoje, da minha participação, contribuindo nessa discussão, nessa Oficina.

Eu sou Célio Francelino Fialho, cacique da Aldeia Bananal, do município de Aquidauana, no Mato Grosso do Sul. Tenho 33 anos, sou formado em linguagem, sou professor, mas atualmente não exerço a função, uma vez que fui eleito no ano passado como cacique da minha comunidade, uma comunidade com mais de 2 mil pessoas, comunidade essa composta por terenas e que necessita muito, realmente, de políticas públicas voltadas nessa questão. Hoje represento o Centro-Oeste no Conselho Nacional de Política Indigenista, fui eleito no último mês de março deste ano, e durante as discussões no Conselho também temos procurado contribuir para o avanço das políticas públicas nas nossas comunidades.

Quero fazer meu depoimento. Na minha juventude, como índio terena, da grande

dificuldade que passamos na infância, na juventude, onde entrei no álcool. É um tema que hoje nós tratamos, a questão do alcoolismo e demais drogas. Tive uma experiência muito triste quando me envolvi com a bebida alcoólica na nossa comunidade. Aos 13 anos de idade, comecei a usar o álcool, mas sempre, a minha família foi a base que sempre buscou chamar minha atenção. Mas numa comunidade com mais de 2 mil pessoas, com um território de apenas 1500 hectares de terra, não tínhamos nada para fazer. Então, digo aqui, pela graça de Deus, consegui concluir meu ensino médio, recentemente me formei como professor, mas de lá para cá, após uma atividade que foi realizada na época da Funasa, da saúde indígena, juntamente com Funai, e um grupo de jovens de Dourados, em 2009, quando foi realizado o *Encontro de Juventude Indígena no Mato Grosso do Sul*, pude participar daquele evento. Evento no qual tive um despertar da importância, da minha importância dentro da minha comunidade, aonde comecei a me afastar do álcool. De lá para cá, pela graça de Deus, consegui reverter a situação, a minha situação primeiro, uma vez que aos 17 anos amiguei com a minha esposa, hoje tenho 4 filhos, minha esposa tem me ajudado muito. Uma guerreira terena, que sempre confiou e sempre acreditou em mim.

Então, de 2009 para cá, comecei a me envolver com política dentro da minha comunidade. Quando percebi meus amigos morrendo, quando percebi meus amigos indo embora, comecei a levantar a cabeça e dizer que deveria fazer algo na minha comunidade. De lá para cá consegui alguns espaços no meio da liderança da minha comunidade, e ano passado concorri como cacique, onde concorreram 3 candidatos. Um dos candidatos teve apoio da política externa dentro do município, do prefeito, ex-cacique que já foi vereador do nosso município, mas eu devo muito a minha comunidade que não olhou para o apoio que o município deu àquele candidato. Fui eleito então, de lá para cá, em 1º de janeiro deste ano, assumi a minha comunidade, e eu tenho caminhado muito.

O que eu espero realmente é que essa discussão, na Oficina, possa realmente atingir a minha comunidade dentro do Mato Grosso do Sul, e demais comunidades, regiões onde existem indígenas dentro desse Brasil. Uma vez que o Brasil é a nossa mãe. Quero conclamar o Brasil, nossa mãe, que seus filhos, nós indígenas, choramos e pedimos que

nossa mãe Brasil olhe para nós. Para que possa realmente executar políticas públicas para nossas comunidades indígenas. Hoje recebi uma informação de que em Miranda, município vizinho ao meu, quatro jovens se acidentaram na semana retrasada, onde um deles sofreu traumatismo craniano e outros estão correndo riscos sérios de vida. E foi feito um exame em um dos jovens, e foi constatado três tipos de drogas. Então, é por isso que eu digo ao Brasil, que seus filhos choram e pedem, pelo amor de Deus, para que olhem por nós. Jovens que têm um futuro enorme pela frente, mas que pode ser interrompido por causa de algum tipo de droga.

Então, ali na comunidade de La Lima, aldeia La Lima – é uma aldeia pequena também, a exemplo onde vivi – eu vivia na Aldeia Bananal. Em 2013, após tanta espera, as lideranças tradicionais da nossa comunidade avançaram na questão do território. Fizemos a primeira retomada da nossa terra, onde o resultado foi os jovens mais alegres, os jovens com ocupação, os jovens no plantio junto com o pai e a mãe, os jovens na criação dos animais, da galinha, do porco, da vaca. Então penso que devemos dar oportunidade para os nossos jovens, e aqui quero me colocar como um soldado que vai ajudar nessa luta. Que nós vamos, com certeza, trazer benefícios para as comunidades indígenas, comunidades indígenas que necessitam de espaço, necessitam de espaço de discussão. Os nossos jovens precisam ser valorizados, muitas vezes deixamos nossos jovens de lado. Há vários programas na área da saúde – na área da saúde tem o programa do idoso, tem o programa das mulheres, tem programa das crianças – e os jovens? Não temos visto nenhum programa para os jovens. A exemplo do que eu passei em 2009, quando fui valorizado e fui levado ao Encontro da Juventude, quero pedir para que possamos realizar mais eventos desse porte dentro das comunidades indígenas.

Porque os nossos jovens são dotados de vários tipos de talentos. Temos jovens instrumentistas; na minha comunidade eu vejo vários jovens músicos; tem atletas; tem jovens que são políticos, que são pessoas que sabem articular, que sabem buscar. Então apenas precisam de oportunidade, precisam ser valorizados – como eu me senti valorizado em 2009. Quando eu comecei minha carreira à frente da minha comunidade. Sei que entreguei a minha vida a Deus, o nosso criador, e eu tenho certeza que ainda irei ver

programas dentro da minha comunidade, dentro da saúde indígena. Mas também quero pedir ao governo brasileiro, à nossa mãe, que valorize a nossa Secretaria Especial de Saúde Indígena e não acabe com nossa Secretaria. Quero pedir também a nossa mãe Brasil para que valorize a Funai, que dê valor a nossa Funai. Porque a Funai é uma parceira nossa. Dentro da minha comunidade, um servidor da Funai é respeitado. A quatro quilômetros da minha aldeia existe um distrito onde a venda da bebida alcoólica é livre. Quando chega um funcionário da Funai, eles têm medo. Mas com a Funai desse medo, fraco, a venda ali cada vez mais livre, avança. Então quero pedir que a nossa Funai seja valorizada, que as nossas terras possam ser entregues para nosso povo.

Nessa noite estou feliz de poder participar dessa discussão, que amanhã segue e depois. E que cada um de nós possamos realmente entregar a nosso criador esse trabalho, para que ele tenha frutos, e possa atingir não só a minha aldeia, mas todos os indígenas, todas as etnias, as nossas terras, onde se vê indígena, que a gente possa alcançar. Aonde tenha um filho numa situação entregue – porque já passei por isso –, possamos chegar lá e tirar esse filho, para que a gente possa dar um futuro melhor.

Então essa é minha fala nesta noite, ao meu criador que me trouxe aqui, e que irá nos ajudar nessa discussão. Agradecer a cada um de vocês que estão empenhados nessa discussão, que não é de agora essa discussão. Nós seremos então mais um soldado nessa discussão e nessa luta. Que possamos realmente levar para as bases, para os jovens que estão precisando, essas políticas públicas tão necessárias dentro da nossa comunidade. Quero agradecer e desejar uma ótima oficina a cada um de nós, e que possamos juntos conseguir traduzir o que Deus tem colocado na nossa cabeça, no papel, para que futuramente possamos executar. Muito obrigado e uma boa noite.

VALCLER RANGEL

Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz

Boa noite a todos e todas, colegas da mesa, Célio, que me antecedeu, representante

da Funai, Ministério Público, Ministério da Saúde, nosso anfitrião Álvaro, representante do Conselho Nacional de Saúde, todos e todas presentes. Eu quero fazer uma saudação breve.

Gostaria até de estar conversando mais com vocês, mas aqui, em nome da FIOCRUZ, deixar algumas mensagens. Primeiro, a mensagem da importância desse tipo de evento aqui – um evento que a FIOCRUZ tem prazer, obrigação, responsabilidade de apoiar no sentido de trabalharmos com questões que são fronteiriças no campo da saúde. Eu falo que são questões fronteiriças porque estão lidando com estigma, estão lidando com populações que estão sempre no momento da exclusão, mas que são populações tradicionais que nos ensinam a lutar pela vida, nos ensinam o que é o bem-viver, e que, na verdade, nos colocam, na dimensão da saúde, no olhar mais pleno do que a gente possa ter sobre o que é saúde. E a FIOCRUZ, nessa hora, ela está aqui apoiando, e se colocando, na verdade, numa trajetória histórica que, ao longo dos seus 116 anos, vem tentando afirmar, ou seja, estar ao lado das populações excluídas, estar ao lado das populações que vivem em territórios vulneráveis, estar ao lado da saúde, óbvio, estar ao lado da saúde combinando a saúde com pesquisa, com ciência e tecnologia, com formação de pessoas de tal modo que essas questões que eu falei anteriormente possam ser trabalhadas no seu modo mais profundo e mais consequente.

A questão do álcool, da saúde mental, e a questão do álcool, da saúde mental em populações indígenas se colocam como questões extremamente complexas. E aí eu diria que, nesse caso, nós, profissionais de saúde – esse plenário que está aqui, de profissionais de saúde, populações indígenas – estão acostumados a lidar com questões complexas. Esse é mais um aprendizado, mas é dos aprendizados mais importantes – acho que a saúde mental faz isso, oferece isso, a Reforma Psiquiátrica nos oferece isso – nos oferece a possibilidade de lidar com questões que estão na base da civilização, que é conseguir, como o Célio falou aqui anteriormente, que é conseguir que, de alguma maneira, contribua com a vida e contribua com a vida na sua real potencialidade. Trabalhar com a juventude, trabalhar também com os adultos, com os idosos, de modo pleno, é fazer com que a gente viva na sua maior potencialidade possível.

E aí a gente tem alguns problemas. Eu já vou terminando aqui o que eu gostaria de deixar como mensagem. Nós, há uns dois meses atrás, organizamos na FIOCRUZ um seminário sobre o álcool – não é nem álcool e outras drogas, foi sobre álcool.¹⁴ E discutimos lá pesadamente a estratégia da indústria e do capital envolvido na questão desse convívio com o álcool – que é um convívio absolutamente da humanidade, ele é um convívio que faz parte da existência humana, o convívio com substâncias psicoativas. No entanto, a indústria tem estratégias. Lá nos foi apresentado, nesse seminário, que a indústria encara o Brasil como um mercado em expansão; é assim que a gente é vista. E que a juventude faz parte desse mercado em expansão. O idoso também faz parte desse mercado em expansão. Então, hoje, nós temos enólogos, provadores de cerveja – aliás, eu bebo vinho, bebo cerveja, não estou aqui colocando, aqui, uma questão do ponto de vista moral. Mas existe uma estratégia para nos colocar em uma situação de subserviência a interesses do mercado. O álcool faz parte dessa situação; é disso que nós estamos tratando, assim como nós estamos tratando de várias outras questões, como a das drogas, que também estão envolvidas em interesses de mercado, que muitos não querem enfrentar quando a gente fala de descriminalização, por exemplo, das drogas. É enfrentar interesses de mercado, mercados escusos ou não, mas é interesse de mercado – ou seja, a gente conseguir fazer com que a gente enfrente isso com toda nossa potencialidade de vida. E no caso das populações indígenas isso se acirra. Se tirar a capacidade da autonomia das populações indígenas, faz com que esse problema seja muito mais grave nas populações indígenas.

Então eu diria que para nós, profissionais da saúde, nós temos aqui um grande aprendizado e uma grande tarefa – porque eu acho que, na verdade, nós ali no olho no olho, na hora em que estamos em contato com as pessoas, conversando com as pessoas, atendendo, fazendo promoção da saúde, fazendo prevenção, fazendo trabalhar esses territórios, nós temos uma tarefa de muita responsabilidade. Eu acho que é isso que faz

¹⁴ Nota dos Organizadores: *Seminário Internacional Álcool, Saúde e Sociedade*, realizado entre 24 e 25/10/2016, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS), o Programa Institucional de Apoio a Pesquisas e Políticas Públicas sobre Álcool, Crack e Outras Drogas (PACD) da Fiocruz, realizado na Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz).

essa Oficina de Trabalho – essa já é a segunda Oficina, a primeira oficina trabalhou sobre a questão do suicídio, que me contaram aqui –, e eu acho que é uma estratégia bastante e muito conseqüente para enfrentar esses problemas. Eu falo isso porque acho que esse problema deve ser enfrentado nessa dimensão – na sua dimensão política, na sua dimensão técnica, na sua dimensão individual no sentido desse desenvolvimento pleno. Então eu queria mais uma vez colocar a FIOCRUZ à disposição de todos vocês – está aqui o André Guerreiro, que é o nosso FIOCRUZ de Brasília, com uma equipe que ajudou a trabalhar – então pela presidência da FIOCRUZ eu quero deixar, Álvaro e demais, vocês à vontade para nos mobilizarem. Nós estamos num momento grave no país, momento que é preciso enfrentamento, um momento em que é preciso lutar por políticas públicas para que o processo civilizatório do SUS, do Sistema Único de Saúde, não retroceda de forma nenhuma. Não podemos nós, como indivíduos políticos, permitir que haja qualquer tipo de retrocesso. E para que não haja qualquer tipo de retrocesso, tem que ter muita luta, e nisso nós temos que aprender com as populações indígenas – tem que ter muita luta, muito enfrentamento, muita consciência política e muita conversa com a população. E isso a gente tem que fazer com o máximo de energia possível. Essa é a mensagem que eu queria passar para vocês. E desejar a vocês bons dias de oficina, bons dias de trabalho. Muito obrigado.

ARTUR NOBRE MENDES

Fundação Nacional do Índio

Boa noite. Agradecendo imensamente o convite, e ao mesmo tempo parabenizando a Fiocruz, o Ministério da Saúde, nossos colegas da Funai pela iniciativa e dizer que realmente é da máxima importância essa discussão, e o enfrentamento dessa questão. Nós vimos aqui o depoimento vivo e extremamente tocante do nosso companheiro Célio, na sua vivência, na sua experiência, na sua comunidade, e o quanto isso é decisivo hoje, principalmente para aquelas comunidades que estão mais próximas dos centros urbanos,

ou que têm um acesso mais fácil ao mercado, ao consumo dessas substâncias. Mas eu queria fazer uma reflexão muito breve, que é um pouco da minha experiência como indigenista. Ultimamente eu tenho falado bastante fazendo uma retrospectiva da minha experiência, porque eu achava que ia aposentar – mas agora que eu não vou aposentar mais, eu estou apenas seguindo a onda, apenas me mantenho nesse reviver da experiência. Quando a gente entra na Funai, a primeira abordagem que a gente tem é daquele artigo do Estatuto do Índio, que fala da proibição da venda de bebidas alcoólicas aos índios, e tem uma penalidade associada a isso. O Estatuto é de 1973. E esse foi meu primeiro contato com essa realidade, ainda no plano da lei.

Quando a gente vai para as terras indígenas – e aqui eu não estou querendo fazer nenhuma crítica ao Estatuto do Índio, eu acho que o Estatuto do Índio, ele condensa de alguma maneira a experiência vivida pelos indigenistas do antigo SPI, e talvez fosse essa a medida mais urgente e necessária no enfrentamento dessa questão naquele momento. Eu não gosto de fazer críticas a encaminhamentos, percepções ou políticas do passado sem que a gente tenha vivido no passado, sem que a gente saiba do porquê, das razões que aquilo tenha sido colocado dessa maneira. Mas a gente sabe que, a experiência nossa mostra que, a abordagem colocada no Estatuto do Índio – que é exclusivamente repressiva no sentido de reprimir a venda – ela não se mostrou eficaz. Ainda que em alguns momentos, em situações específicas, haja necessidade dessa atuação repressiva, na medida em que essa venda também pode ter um caráter criminoso, como disse aqui o representante da Fiocruz muito bem-dito, no sentido de fragilizar e até de dominar um povo, por meio desse tipo de ardil. Isso já foi feito. Então, não é descartada também essa possibilidade.

Mas quando a gente começa a frequentar e conhecer de perto os povos indígenas, meu primeiro contato, um dos primeiros contatos que tive com povos indígenas, foi uma visita que fiz aos povos do Acre, no início da década de 1980, a gente percebe – eu percebi claramente, por exemplo –, que aquilo que se imaginava, de que o álcool estaria sendo introduzido nas comunidades indígenas, na verdade era algo já existente e consumido por eles também por meio de suas bebidas tradicionais. E essa bebida

alcoólica, embora com teor alcoólico baixo, porque fruto de uma fermentação natural, – no Acre, a gente chama, alguns índios chamam, de caiçuma, ou é o milho fermentado ou é a mandioca – ela é consumida, e é assimilada culturalmente, não representa nenhum fator de desestabilização, muito pelo contrário – ela está perfeitamente integrada na vida social e cultural dos índios. Então, não é a introdução do álcool que causa isso, nem tampouco de outras substâncias psicoativas – porque também lá no Acre tomei contato, e fui apresentado à Ayahuasca, que hoje em dia praticamente o Brasil inteiro conhece e consome; é uma substância perfeitamente assimilada e culturalmente integrada na vida daqueles povos. No entanto, a gente também percebe que tanto o álcool como outras substâncias psicoativas, elas estão muito bem delimitadas no tempo-espaço da comunidade, não acontecem de forma indiscriminada, e sempre associadas a rituais, ou a situações de festas, situações que têm um início, meio e fim. E também são consumidas de acordo com certas regras. O álcool, quando é introduzido por nós na comunidade, ele quebra essas regras, ele quebra esse controle social muitas vezes, e acaba, aí sim, se tornando um grande problema.

Da mesma forma, outra percepção que eu tive com o tempo – e aí visitando comunidades indígenas que viviam em situação já de maior impacto da presença do álcool, e aí vem a complexidade do problema – é que também, muitas vezes, o álcool nos é apresentado como a causa de uma série de problemas sociais quando, na verdade, se percebe que ele também é consequência de outros problemas, assim como na nossa sociedade também. O alcoolismo, o consumo abusivo do álcool está sempre associado a uma situação em que o indivíduo ou a coletividade não consegue resolver ou dar um encaminhamento devido, e o álcool serve como um escape, uma forma de você não enfrentar aquele problema.

Então, o que eu percebi na minha experiência, é isso, você tem a questão do uso abusivo do álcool – isso muitas vezes envolve crianças, mulheres, idosos, mas por trás disso tem uma série de outros problemas que se não forem trabalhados, não forem atacados, também dificilmente vai se conseguir resolver de forma isolada a questão do consumo abusivo de álcool. Por isso também eu parablenizo aqui as pessoas que

abordaram o assunto no texto em que eu li, que procuram trabalhar essa questão no âmbito maior de uma política de gestão ambiental e territorial; se não tivermos essa clareza e essa amplitude, dificilmente também conseguiremos abordar esse problema adequadamente, e desenhar e definir políticas públicas para atacar a questão. Eu não estou minimizando o problema do álcool; hoje ele é muito sério e muito grave, em muitas aldeias, em muitas comunidades, mas não pode ser pensado e abordado como um problema em si. Ou seja, não temos mais o direito de ter aquela inocência de quem escreveu o Estatuto do Índio, e achar que reprimindo o comerciante nós vamos resolver o problema. O problema é muito mais sério, mais grave e mais profundo, e eu parablenizo em quem pensou nessa oficina e na necessidade de nós termos essa política, de reunirmos todos esses atores para discutir e definir essa política, porque percebo que essas pessoas também tiveram essa mesma percepção que esses meus vinte e poucos anos – e mais uns vinte que faltam para me aposentar –, me levaram a concluir. Obrigado a todos.

ÁLVARO SAMPAIO TUKANO

Memorial dos Povos Indígenas

Quero agradecer aos meus irmãos que estão aqui presentes, que fizeram esforços para chegar até aqui, e devem ter trazido boa bagagem de experiência de líderes para combater a tristeza nas comunidades, que é o alcoolismo. Quero agradecer aqui a todos os representantes do Estado Brasileiro – que entrem em ação para combater a violência que é o alcoolismo. Estamos aqui para analisar como o Estado Brasileiro tem tratado a questão indígena, principalmente de jovens, que não encontrando um apoio do Estado para estudar e trabalhar sobra tempo para eles se entregarem ao alcoolismo e a outras drogas. Isso tem gerado um desafio para as autoridades tribais.

Eu sou do Rio Negro, São Gabriel da Cachoeira, na fronteira com a Colômbia e a Venezuela. Lá nós somos maioria absoluta de índios, apreciadores de todo tipo de cachaça, de cerveja, desde muito tempo. Assim, e em outras partes do Brasil, o Estado

tem derrubado nossas lideranças, nossos povos, com alcoolismo. Perdemos grandes lideranças, grandes pensadores, e nossos territórios ficaram vazios, sem comando, e continua desse jeito em muitos lugares. Quando a liderança não tem autoridade moral, ela cede a pressões, de políticos, de seitas religiosas que chegam para nos ensinar a ser índios, mas não combatem o alcoolismo. Tiro isso do Rio Negro. Conheci outros amigos ao longo desses anos, de 1980, de 1970 para cá, grandes lideranças, grandes parlamentares que infelizmente foram derrotados pelo alcoolismo; muita gente que passou por esse caminho. E por que não dizer que bebi com eles? Bebi. Nós não tínhamos essa visão que aquilo era veneno – era festa. Tudo era festa. E para muitos tomar cerveja continua uma grande festa. Sem dúvida, alguns professores e professoras são grandes consumidores de cerveja e outras bebidas. Ou talvez, para muitos, Bolsa Família serve também para comprar álcool. Isso é verdade.

Tenho conversado com algumas pessoas do Ministério da Saúde para fazer um debate sobre alcoolismo na minha comunidade, com o pessoal do Acre que tem experiência de luta. Encontrei uma diferença muito grande com o pessoal do Acre, que são Ayauasqueiros, rapezeiros, que têm menos problemas que o Rio Negro, e muitas partes do Brasil, que são de região de apreciadores de álcool, há muitos problemas. Oi Tykanori! Parabéns dr. Tykanori! Estive com Dr. Tykanori lá na Aldeia do Biraci; nós tomamos ayahuasca para evitar cachaça e cerveja – e nós estamos juntos. Tykanori, você me salvou, nós dois nos salvamos. Só não conhecia para tomar ayahuasca comigo o Dr. Artur, mas um dia ele vai chegar lá também, e outros tantos que eu gostaria de falar muito.

E hoje estou aqui no Memorial. Represento a ética de muitos líderes que defendem o bem-estar de nossos povos. Tem muita gente que não acredita no poder do índio. Tem muita gente que acha que o índio é cachaceiro e não acredita nele. E por que não dá apoio a ele? Isso tem acontecido com muita gente. Então o alcoolismo é uma doença muito pesada, para muitos povos indígenas. Tenho certeza que os debates que vocês vão travar, por onde eu vou estar, nos darão uma nova luz para conversarmos com homens e mulheres jovens, para combater alcoolismo em nossas comunidades. Alcoolismo não

pode ser somente coisa de polícia, não pode. Deve servir como matéria de uma escola civilizada, e essa matéria deve ser tratada por alunos e professoras, coisa que não existiu no Rio Negro e em todo Brasil. Não existe hoje nenhuma escola combatendo o alcoolismo formalmente. Assim a Funai deve ser valorizada. Como disse meu jovem terena, quando tem alguma fiscalização da Funai em terras indígenas, muitos comerciantes não entram. Mas quando não tem, entram dia e noite. Isso que está acontecendo nesse país.

Está aqui comigo, chegou Sapaim, que vai nos benzer daqui a pouco. Que vocês precisam de benção do Sapaim. A benção indígena não é como o SUS. Mas também vale muito mais do que SUS porque se trata de espírito, de curandeiros, de curandeiras que existem nesse país. Essas sabedorias devem ser tratadas com carinho e respeito pelos pesquisadores, porque quem não tem tradição não será valorizado diante dos seus inimigos, que são políticos críticos.

Eu conheço muitos povos nesse país, mas o povo mais forte – são dois povos. Povo Guarani e povo Maxacali são mais fortes porque eles rezam, rezam. Esses povos devem ser seguidos por muitos, porque são praticadores, defensores de tradições. Por onde não tem tradição, entra o quê? Festa de aniversário, festa não sei de quantos padroeiros, e pelo meio, entra quantidade de muita bebida – isso atrapalha nossos jovens. Tenho certeza que vocês são experientes, tenho visto aqui líderes, meninas que são filhos e filhas de meus companheiros nessa jornada. Tenho certeza que essa matéria deve ser tratada com carinho por todos nós. Desculpe não falar mais, queria dizer muitas coisas, mas como anfitrião, sou diretor do Memorial dos Povos Indígenas, quero dar um abraço especial a todos vocês. Dizer aos governantes que nós faremos a nossa parte, defender as leis brasileiras e os convênios internacionais para dar, devolver a paz às comunidades indígenas do Brasil. Obrigado.

GUSTAVO KENNER ALCÂNTARA
Ministério Público Federal – 6ª Câmara

Boa noite a todos e todas. Inicialmente eu gostaria de parabenizar, em nome da 6ª Câmara, a todos os envolvidos por essa iniciativa de suma importância, e parabenizo especialmente porque em tempos em que a gente vive uma situação tão complicada, com tantas lutas e tantas batalhas urgentes, acaba que questões extremamente complexas se tornam secundárias, quando isso não deveria ocorrer. Hoje, por exemplo, o Artur, além de não mais se aposentar, ele não vai ver mais demarcação de terra indígena, com a minuta do novo decreto sobre demarcação. É um absurdo! Então, se isso for aprovado a gente está numa situação em que não se tem demarcação, e acaba que todas essas discussões ficam secundárias. E eu digo isso como membro do Ministério Público Federal porque, se nós enfrentamos situações em que não há condições de ver uma demarcação de terra, não temos condição de ver uma punição de um crime contra um indígena, se não temos condição de prevenir – mais importante –, de prevenir crimes contra indígenas; acaba que questões como saúde de forma geral, a não ser aquelas questões urgentes, acabam que ficam para um segundo plano porque a gente está sempre trabalhando com questões mais urgentes.

E a questão do alcoolismo em comunidades indígenas afeta vários cenários. Se a gente for analisar, a questão do alcoolismo está diretamente associada à demarcação de terras, está diretamente relacionada a benefícios assistenciais, está diretamente relacionada à qualidade de vida, está diretamente associada à segurança. E eu digo isso por quê? O Artur adiantou aqui uma situação que aconteceu em vários casos, em que bares eram instalados em lugares estratégicos com a finalidade de desagregar a sociedade, e fazer com que o movimento pela demarcação se enfraquecesse. Isso aconteceu, e acontece. Então o álcool é utilizado como instrumento de desagregação que acaba interferindo diretamente na demarcação. Por outro lado, existem propostas como, por exemplo, a PEC 187, em discussão na Câmara dos Deputados na última semana, em que se justificava a necessidade de viabilizar arrendamentos de terra, por conta de situações em que os indígenas estavam ali sem possibilidade de se desenvolver culturalmente, então se necessitava de dinheiro. Por outro lado, a gente sabe que a simples inserção de dinheiro de uma forma desprevenida, desarticulada, pode justamente levar ao efeito inverso, que é

o aumento do consumo de álcool.

Ou seja, temos também essa relação direta de monetarização das comunidades, de falta de políticas assistenciais adequadas para esses povos, que acabam influenciando também o alcoolismo. Por outro lado, violência, segurança – por que tem relação direta com violência, segurança? Quantos crimes são cometidos em face dos indígenas, por conta de álcool, e também por indígenas por conta de álcool? Como lidar com isso? Como Procurador da República, de carreira há quatro anos, confesso que esse é um dos temas mais difíceis de lidar para um membro do Ministério Público, para um agente da Funai, um agente da Sesai, que vai atuar com essa matéria. Como lidar com isso? Eu falo principalmente pela visão do Ministério Público. A gente normalmente atua, o profissional do direito, com uma situação definida no plano da vida, no plano dos fatos, resolvida pelo plano jurídico. O que um procurador tem hoje para lidar em face de uma situação de álcool? A gente tem o Estatuto do Índio, que resolve de uma forma... que não resolve nada, na verdade. É a mera criminalização, ainda fazendo aquela distinção do ‘indígena integrado’ ou não integrado, e a gente se depara com uma situação em que a lei não funciona para nada.

Então isso dificulta ainda mais a atuação. Então, como, diante de uma situação de alta complexidade, em que temos essas situações todas urgentes para se resolver, com a falta de parâmetro para lidar, como resolver isso? Eu acho – não tenho dúvidas, na verdade – que uma das formas de resolver é isso que está sendo feito hoje, aqui. É dialogando, envolvendo Ministério da Saúde, a Sesai de forma mais específica, a Funai, os órgãos de controle social, a Fiocruz, que está atuando de forma direta nessa empreitada, e principalmente os povos indígenas. Não tenho dúvida de que essa é uma das formas, esse é um dos caminhos para resolver e buscar, batalhar, para gente resolver esses problemas e amenizar, tratar de forma adequada. Não é tão fácil, esse é um tema que quando a gente vai falar, a gente tem que apresentar muito mais as nossas dúvidas, as nossas incertezas, do que nossas soluções. Porque não é um tema fácil. Por isso exige esse esforço comum e mais uma vez eu parablenizo, e deixo o Ministério Público Federal à disposição. Vocês têm o apoio pleno do Ministério Público Federal, contem conosco

sempre e mais uma vez parabéns. Um boa noite a todos, e bom trabalho.

ROBERTA AGUIAR CERRI REIS

Secretaria Especial de Saúde indígena – Sesai/MS

Boa noite a todos e todas. A todos aqui na mesa. Eu tenho muito orgulho de estar aqui hoje, principalmente estar aqui representando o Secretário, representando o Departamento de Atenção à Saúde Indígena, e sinto que é um momento muito especial. Porque eu estou trabalhando aqui na Sesai há cinco anos, e nesses cinco anos, quase seis, nós iniciamos, logo que eu cheguei à Sesai, iniciou-se um trabalho dentro da Sesai, junto com a Funai, e depois a gente foi ampliando, com a SAS, e que hoje culminou com o que a gente tem aqui nesse encontro, nesse evento. Estou olhando aqui para Leia e lembrando lá do comecinho, a gente pensando: ‘nossa, como é que a gente vai trabalhar problemas tão complexos?’ Porque é diferente, não é como uma doença imunoprevenível, que eu posso entrar com uma vacina, ou uma infecção que eu posso trabalhar com antibiótico. É muito mais complexo do que a gente imagina, para os trabalhadores da saúde que estão aqui, para Funai... A gente sabe que não há uma fórmula, não há uma diretriz exata: ‘faça isso, que você vai conseguir resultados’.

Por isso mesmo que eu chamo atenção para o nome do evento – que é ‘Povos indígenas e necessidades decorrentes do uso de álcool – cuidado, direitos e gestão’. A gente não está trabalhando aqui no âmbito de coibir, proibir, ou de fazer apenas programas de educação em saúde, só mostrando apenas os malefícios do abuso de bebidas alcólicas, mas a gente também trabalha o que está decorrendo desse uso dentro das aldeias, que necessidades são essas, seja em relação à desnutrição das crianças, seja em relação à violência contra a mulher – é uma reflexão importante. Uma coisa que já se sabe, que já tem certo, e que muitos da mesa também ressaltaram, é que não vamos trabalhar com medo, com a culpa. Nós aqui estamos fortes na questão para trabalhar com determinantes, e oferecer cuidado dentro dessas necessidades. Porque pode ser que em alguma comunidade não haja necessidade decorrente do uso de álcool, como foi colocado

aqui pelo Artur – pelas comunidades que ele visitou no Acre, o consumo do álcool, através do caixuma, você não encontra uma necessidade para trabalhar.

Então que necessidades são essas? Nesse decorrer que eu comecei aqui apontando, nesses cinco anos, tivemos muitos avanços dentro da Sesai, especificamente nos dados epidemiológicos, conseguimos organizar isso dentro dos Distritos. Em relação ao programa de saúde mental, nós conseguimos ter um avanço, de ter profissionais, psicólogos, atuando e matriciar as equipes de Atenção Básica... E a gente percebeu que consegue construir uma linha de cuidado para uma assistência, mas a gente ainda tem muito a desejar no que diz respeito à promoção, na promoção do bem-viver. Porque não tem como, aqui, a gente falar e trabalhar cuidados decorrentes do uso de álcool, e não falar de promoção do bem-viver. E para isso não dá para saúde trabalhar sozinha. Isso a gente já sabe; a gente vem tecendo linhas de cuidado com outros órgãos, e esse encontro é a materialização disso. E a gente tem um desafio pela frente, que é tecer essas linhas junto com os nossos usuários, junto com os indígenas. Espero que num próximo encontro, a gente tenha essa plateia, os participantes tenham muito mais indígenas presentes, muito mais jovens, que eles têm muito a dizer – eles têm muita solução para trazer, por caminhos – que a gente está muito caducado, enfim, o velho dilema entre os jovens e os mais velhos –, então a gente precisa trazer esse protagonismo indígena, a gente precisa trazer novas abordagens e, para isso, quem tem a solução, eu acredito e muitos de nós acreditamos, são as próprias comunidades, os próprios indígenas. A gente tem que fazer junto, tem que estar junto, estar escutando muito como fazer. Então a gente vai nesse encontro se alinhar para que isso possa acontecer para, no próximo, estar aqui com os jovens.

E a gente precisa falar de bem-estar fugindo do assistencialismo. É difícil falar de bem-estar indígena ou não indígena em poucas palavras, mas fugir da perspectiva apenas curativa na questão do álcool. É falar que se precisa de um bem-estar físico, sim – o bem-estar físico, ele traz integridade para o paciente, para todos nós; é preciso falar de bem-estar social, o bem-estar da comunidade – quando eu falo da terra, quando eu falo de aspectos materiais e imateriais da cultura porque eu estou falando de pertencimento, de

identidade. É preciso falar do bem-estar espiritual, ele traz confiança. E eu preciso falar do bem-estar da alma, o bem-estar mental, que ele traz clareza. Então isso tem que estar junto. A saúde indígena dentro da Sesai, a gente tem consciência que não vai conseguir essa integração sozinhos. Aqui nós estamos com nossos parceiros. Eu estou muito feliz de estar aqui, e tenho muito orgulho do trabalho que SAS, Sesai e Funai, e agora com apoio da Fiocruz, tem realizado. Parabéns a todos nós!

KEYLA ANTUNES KIKUSHI

**Coordenação-geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas –
CGMAD/SAS/MS**

Boa noite. Estou aqui hoje justificando a ausência do Secretário da SAS – Francisco de Assis, e da Diretora do DAPES – Thereza de Lamare, que não conseguiram estar presentes; então estou hoje como Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, e vou falar por mim – claro que representando o Ministério da Saúde, e a SAS também.

Esse ano foi um ano bastante difícil para a Coordenação, acho que todos acompanharam que a equipe tentou, e ainda está tentando sustentar algumas pautas. E a pauta indígena foi uma que teve início com nosso querido Roberto Tykanori quando ele concebeu a necessidade de compor um grupo de trabalho intersetorial e a CGMAD passou a compor com a Funai e a Sesai o grupo de trabalho para discutir questões relacionadas à população indígena. E aí, em parceria com a Fiocruz, quando o último coordenador foi exonerado em maio, nós sentamos para discutir algumas prioridades. E dentre essas prioridades, junto ao André Guerreiro – que foi uma pessoa bastante intensa e importante nesses momentos de significação–, definimos que a pauta indígena ficaria entre as prioridades, e que a sustentaríamos conjuntamente nesse momento difícil que a coordenação passava. Continuamos até hoje sem um coordenador oficial, a equipe está sustentando e tentando manter algumas pautas caras para a política nacional de saúde mental, e hoje eu me sinto privilegiada por estar aqui. Eu estou até emocionada porque

esse ano não foi um ano fácil, não só para nós, mas acho que para todo mundo, mas principalmente para saúde mental. Mas eu fico feliz de agregar e ver esse momento tão potente.

Acho que juntos, com toda essa força, podemos fazer algo diferente. Fico bastante contemplada com a fala de todos da mesa. Precisamos assegurar, sustentar e manter o SUS e garantir espaços como esse, para que se continue falando, para que essa voz chegue e tenha alcance de alguma forma. Quero agradecer também à equipe da CGMAD, os guerreiros e guerreiras que sustentaram e sustentam a Política Nacional de Saúde Mental, estamos todos juntos nesse momento e neste ano todo que passou. E em conjunto com a Funai, Sesai e Fiocruz fazer esse evento tão grandioso. Desejar a todos nós grandes dias de oficina, que consigamos sair com algumas proposições para sustentar, de fato, a política que acreditamos. No mais, desejo a todos e todas boas vindas, vamos passar esses três dias com bastante garra – e isto todos nós temos, e é por isso estamos aqui hoje.

ÁLVARO SAMPAIO TUKANO

Memorial dos Povos Indígenas

Gostaria de convidar o meu irmão Sapaim, que é o mais famoso. Para quem não conhece, está na hora de ver Sapaim, meu irmão, o pajé mais forte que tem curado muita gente. Sapaim, por favor. A filha dele que é intérprete, fará uso da palavra. Sapaim, por favor. ele vai nos abençoar. Porque vocês precisam de benção, nós precisamos de benções. Assim como recebemos as bênçãos dos padres, dos pastores, dos demais, o Sapaim nos abençoará. Uma salva de palmas para o Sapaim.

Sei que vocês estão com fome, mas um pouco de paciência, vocês vão resolver problema de saúde espiritual. Também quero convidar aqui outro colega meu, o Marcos Xukuru para fazer a parte da presença, e a nossa representante da APIB, e também dizer que nós temos a terra indígena bananal, onde estão algumas comunidades, e também temos mais de 200 pessoas no Bananal, sendo maioria Guajajara, que vieram aqui em busca de uma vida melhor. E ficamos preocupados, será que aqui tem uma vida melhor?

Para quem tem trabalho, sim. E para quem não tem? A vida é triste. Então nós fizemos um esforço pelo Memorial para dar oportunidade a oito meninos indígenas, que vão estar aqui servindo a esse Museu, defendendo os povos indígenas. E creio que os demais pontos por onde existem os índios precisam de trabalho, os jovens. Esse é um bom exemplo.

Sapaim meu irmão; Marcos Xucurú – ele que defende mais de 7 mil índios no Distrito Federal. Aqui é um parlamento indígena, aqui nós fazemos cerimônias de Ayahuasca, de rapé, nós tiramos as tristezas, os cansaços, as incertezas. Quando o pessoal sai daqui, sai feliz. Sai daqui sorrindo porque eles não estão mais doentes. Sapaim, por favor, sua palavra.

SAPAIM KAMAYURÁ

Boa noite para vocês, gente. Eu sou pajé, sou o maior curandeiro da tribo, sou o médico da tribo. Como eu cheguei hoje, agora, eu estou recebendo todos vocês, estou recebendo a energia de vocês. Muito pesada, muito carregada, então quando eu estou dizendo isso, eu estava ali sentado, eu recebo a energia de vocês. Então eu estou carregado, pesado, porque vocês estão muito pesados, carregados. Então isso, como estou dizendo para vocês, isso, a energia pesada, energia má, tem cura. Só que eu vim correndo, eu não vim preparado, eu não estou pintado, não trouxe nada. Então estou explicando para vocês, a preocupação de vocês... então tudo isso ataca a energia de vocês, não é bom. Esse tem cura. Quando pajé fica na aldeia, eu não tenho como preparar o chá para vocês tomar, para tirar a energia do que vocês usam. Isso para mim não é bom, no Xingu não usa essas coisas ruins, meu povo não usa bebida, droga. Por quê? Isso para nós, o que eu digo, droga é veneno.

Pajé já viajou muito, já vi, Brasil inteiro isso tem. Já vi no Rio, São Paulo, pessoa morre em cima da mesa no banco, por quê? Pessoa fica cheirando, fica bebendo, de repente a pessoa que usa isso, caiu na minha frente. Vem a mãe dele, ela está pedindo para eu rezar, pajé não tem como rezar para ele viver. Não tem como. Se pajé vier aqui a

Brasília, eu posso trazer o chá para curar. Veneno na droga, energia da bebida, esse tem cura. Como eu sou o maior curandeiro da tribo, eu conheço o chá, uma raiz para curar esse problema que vocês têm, usa. Isso é para vocês entenderem.

Pajé já viajou muito. Todo lugar tem. Não tem nenhuma pessoa que não usa. Todo mundo, qualquer lugar, qualquer cidade. Eu viajo muito, eu estou vendo. Já vi muito isso. Para mim é triste. Não sei se vocês entenderam isso, nosso Deus passou para vocês usar isso. Nosso Deus não passou para nós. Por isso a gente não usa. A gente não usa bebida, a gente não usa droga, não. Para nós é veneno. Não sei se vocês entendem a minha explicação para vocês. Eu gostaria que vocês vivessem bem, trabalhassem bem, eu gostaria que toda a energia de vocês funcionasse bem.

Não sei se vocês vão continuar usando, ou vão esquecer, eu não sei. Estou apenas explicando para vocês. Estou perguntando para vocês. Então eu quero que vocês entendam a palavra do pajé. É para mim, não é para vocês, mais uma vez, mais uma vez, eu quero que vocês vivam bem. Eu quero. Eu não quero que algum de vocês, qualquer lugar, caia na minha frente, morra. Para mim é triste. Como é que vou salvar? Morreu na minha frente. Como é que vou salvar para ele viver mais? Não tem como. Então, agora já expliquei bem para vocês, eu creio que vocês entendem a minha palavra.

Agora eu vou soltar, vou acender agora o meu charuto, eu vou tentar jogar a fumaça do charuto para tentar acalmar essas coisas que vocês estão dizendo, para vocês acalmarem, não fiquem nervosos, não fiquem nervosas, não fiquem tristes...

Álvaro Tukano: O Sapaim vai defumar aqui, para nós. Para quem não acredita, para quem acredita, tudo bem. Enquanto ele defuma, eu vou cantar uma música para vocês, que nós cantamos no auge da miração de Ayahuasca. [Início da cerimônia].

REFERÊNCIAS E ORIENTAÇÕES ÉTICO-POLÍTICAS PARA O CUIDADO E A ATENÇÃO

A Oficina teve como público alvo pessoas de diferentes partes do Brasil, com vinculações variadas – Funai, DSEIs, Secretarias de Saúde de municípios e estados, representantes indígenas, entre outros. Se, por um lado, essa diversidade carrega uma enorme riqueza, junto com ela poderia haver desconhecimentos mútuos sobre os contextos institucionais, étnicos e regionais que se reuniram durante a Oficina. Com essa diversidade, a oficina também deveria enfrentar tensões e divergências de experiências e entendimentos sobre as questões indígenas, e sobre as questões relacionadas ao uso de álcool. Como criar um ambiente de comunicação e troca entre essas pessoas e seus mundos?

Assim, a primeira mesa de trabalho da oficina teve o objetivo de *compartilhar elementos e discussões que apresentassem os campos de trabalho em saúde mental e contribuíssem à construção de consensos mínimos*. Junto a isso, que pudessem colaborar na construção de referenciais ético-políticos para o cuidado e atenção em relação às necessidades decorrentes de uso de álcool e outras drogas em contextos indígenas.

Na proposição da mesa, buscou-se reunir pessoas que trouxessem contribuições nesse sentido, a partir de diferentes campos de conhecimento e experiências. A mesa foi coordenada por Fernando Pessoa de Albuquerque (Sesai), e aberta com a apresentação de Anastácio Peralta, liderança Guarani-Kaiowá da Aldeia Panambizinho, no município de Dourados, que ofereceu aos presentes narrativas e reflexões sobre o bem-viver indígena. Fernando Antônio de Carvalho Dantas, jurista e professor da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Goiás, refletiu sobre conhecimentos e sobre o direito como instrumento de empoderamento dos povos indígenas. Roberto Tykanori Kinoshita, médico psiquiatra e professor da Universidade Federal de São Paulo, então Coordenador de Saúde Mental do município de São Paulo, falou sobre a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e a Rede de Atenção Psicossocial. Sofia Mendonça, médica sanitária e mestre em antropologia, Coordenadora do Projeto Xingu, vinculado à Universidade Federal de São Paulo, refletiu sobre o cuidado em saúde mental em

contextos indígenas. E, finalmente, Luciane Ouriques Ferreira, antropóloga e Pós-doutoranda do Programa de Pós-graduação de Antropologia Social da Universidade Federal de São Carlos, compartilhou sua experiência em saúde indígena e processos de alcoolização com o relato sobre uma experiência que acompanhou no Rio Grande do Sul, sobre os Guarani M'bya.

Os cinco relatos compartilharam memórias, conceitos, experiências e conhecimentos que abriram os horizontes de trabalho durante a oficina e ofereceram trilhas possíveis e coletivas para a construção de estratégias de atenção e cuidado aos povos indígenas. A seguir é apresentada uma síntese de suas apresentações, a partir da transcrição de suas falas, editadas minimamente para garantir a reprodução de seus principais argumentos.

ANASTÁCIO PERALTA GUARANI KAIOWÁ

Aty Guasu

Terra Indígena Panambizinho

Mato Grosso do Sul

Bom dia a todos e a todas. Eu fico agradecido de participar de um evento precioso como esse, porque nós temos uma guerra contra nós, não é só a política, mas também a bebida, as drogas, a retirada das leis que temos. Então o indígena, hoje, enfrenta um problema muito grave no Brasil. Além dele não ter respeitado os direitos, ainda tem a bebida alcoólica, as drogas, a violência.

Tudo isso se sabe, mas eu vou falar um pouco do *Tekoporã*, do bem-viver, da vida com alegria, com paz. Então, quando Deus fez a terra, o sol, a lua, a água, as estrelas não tinham quem admirasse a obra que Ele fez. Deus mandou Kaiowá Guarani para admirar a beleza que Deus fez.

Nós, Guarani Kaiowá, somos flores da terra que viemos embelezar a natureza. Nós fazemos parte da natureza; por isso que nós chamamos a terra de mãe. Mãe é uma coisa muito preciosa, muito amorosa, que precisamos dar muito valor, principalmente a nossa mãe terra, porque ela que nos amamenta, ela que dá vida para nós. Dela que tiramos nosso

alimento, e nossa moradia. Um amigo meu sempre fala: “a terra e a mata são nosso mercado; onde produz”. No passado nós não dependíamos de nada de fora, porque a natureza oferecia todos os bens materiais, desde os materiais para construção de casa, a água saudável, peixe. Hoje não temos mais. Não tiraram apenas nossa cultura – arrancaram de nós nossa mãe terra, e a mãe terra também está muito triste. A mãe terra é um bem divino também. Tem um senhor, o Paulito, sempre falava para mim: “a pessoa que não respeita a terra, não consegue respeitar a família, e principalmente a própria mãe dela. Porque a terra é a nossa mãe. Através da terra que nós vivemos.

Às vezes reclamamos muito que as coisas estão difíceis. Principalmente a política do Estado brasileiro diz muito que o índio é um problema para o Estado brasileiro. Eu vejo que nós não somos problema, nós somos solução. Porque nós também temos nossos conhecimentos. Nós temos a nossa ciência, a nossa história, a nossa geografia. Eu chamo isso de tecnologia espiritual – porque é onde você aprende a viver, viver-bem.

Porque temos uma regra, da geração à morte – porque nascemos, e porque morremos. Então a viemos aqui à terra para admirar a obra que Deus fez. Precisamos mudar essa mentalidade de que a terra tem que ser explorada, que a terra é negócio, que a terra tem que ser envenenada. Terra é para ser cuidada. Onde produz a água. Sempre dizia um poeta: “a água corre em cima da terra como sangue em nossa veia.” A água é um bem precioso. A água evapora no ar se transformando em nuvem de amor, para cair a chuva e molhar os brotos e criar os frutos e alimentar os animais, principalmente as abelhas para fazer o doce mel. E às vezes estudamos tanto na academia que não conseguimos pensar que a natureza é isso; que a natureza por si própria mostra o caminho.

Nesses tempos eu falei para um amigo meu: ‘você sabe que eu vou largar a mão de ir para universidade – eu quero estudar agora a pedagogia da natureza’. Aí ele falou: ‘de todo jeito, você vai ter que escrever, então vai ter que ir para faculdade de todo jeito, então não tem jeito de escapar’. Eu falei: ‘mas a gente aprende muito com a natureza. O trabalho, principalmente na roça, antes da chegada da colonização, era lazer, onde você produzia seu alimento – o milho, a mandioca, a batata, toda a alimentação –, você levava seu filho, sua filha desde pequeno já para roça, para produzir alimento. Então ali roça é

um lugar de lazer, não de sofrimento’.

Mas com a chegada da colonização, você trabalha vinte e quatro horas na roça para produzir para alguém ganhar dinheiro. Aí virou sofrimento.

Os Guarani Kaiowá, antes da colonização, trabalhavam duas horas por dia na roça. Porque nessas duas horas de trabalho ele conseguia tratar da família e sobrava muita alimentação, principalmente na época de reza, janeiro, fevereiro, que era a colheita, que tinha o *Aty Guasú*. Então, íamos celebrar a colheita, celebrar a alimentação.

Hoje celebramos a colheita de soja, não? Na minha região, tem a festa da ‘soja solteiro’ – não vai produzir, é solteiro!

Então o lazer também vem da roça. É o caminho de Deus, porque nem todas as coisas Deus deixou prontas para nós. Pelas nossas rezas, que pedíamos também alimentação, a produção que precisávamos. Por isso que tem a reza da chuva, reza da pesca, tudo tem uma reza, e tudo tem seu dono. A mata tem seu dono, o peixe tem seu dono – então temos que pedir licença para o seu dono, da natureza. Por isso fortalecemos nossa religião. Nossa religião que alimenta nossa fé, a nossa reza.

No *Aty Guasú*, rezamos doze horas. Começa às 5 horas da manhã, termina às 5 horas da tarde. Aí vamos à igreja, com meia hora já enjoa a cara do pastor ou do padre, ainda mais quando dá um sermão – batemos palma para ele parar.

E nas rezas, doze horas de muita alegria, celebrando a semente. Porque a semente, ela é um espírito. Principalmente o milho que se gerou de uma criança. Enquanto estiver nascendo criança, haverá alimentação. Mas eu fico preocupado com algumas professoras que trabalham com criança e não têm filho. Eu falei: ‘mas está na profissão errada’. Como é que vai ter um trabalho sem produzir? Uma roça também tem que investir, com muita reza para poder produzir a semente, e seu espírito voltar.

Há o nome ‘*jacairá*’. O dono do milho é o sol. Ele que ilumina todo esse plantio. Quando não tem sol é difícil levantar a semente.

O bem-viver – *teko porã* – o bem divino, o bem espiritual. Mas para o preparo do solo nós temos uma reza. Batiza o solo, batiza a semente, e aí tem a festa da colheita.

Diferente do branco. O branco passa o trator, passa o veneno, depois para plantar a

semente, passa o veneno de novo; para colher, põe veneno de novo. Depois para vender, passa outro produto, para não estragar. Depois nos deixa doentes, com câncer, *stress*, com sono.

Eu sempre vejo nas grandes capitais, no televisor, os grandes empresários comendo a unha. Falei: ‘esse come mal, ou está estressado’. Porque ele pensa muito, só no capital – não pensa nem nele, nem na família. Uma pessoa estressada não tem como governar nada. Nem ele mesmo; pensa no próprio dinheiro.

Eu quero voltar mais na tese do trabalho dos Guarani Kaiowá, dessas duas horas de trabalho. Eu estava conversando com meu professor. Ele dá aula cedo, de tarde e de noite. Agora ele está doente, essa tal da doença do estressado. Eu falei: ‘mas, também, o senhor trabalha cedo, de tarde e de noite’. E no fim de semana briga com os filhos e com a mulher – porque está cansado. Não tem lazer. Às vezes, para o branco, o lazer é futebol – não é. O lazer está na sua alimentação. Na boa qualidade de alimentação. Com uma boa alimentação, e com muito amor e carinho, você cura qualquer doença.

Eu vejo que o projeto ante a bebida alcóolica precisa desse amor, precisa de uma qualidade de alimentação. Precisamos voltar a pôr o pé no chão. Quando você tira o pé do chão, você está desgovernado, você está desequilibrado.

Com a colonização, e com a fábrica do Estado brasileiro, e esse modelo europeu atrasado que o Brasil ainda usa até hoje – isso não serve nem para o Estado brasileiro. Porque a monocultura não serve para ninguém, a não ser esse sofrimento que traz. Hoje falam que o Brasil está em crise. Eu não sei; nunca fui assalariado, acho que já nasci na crise. Então eu não dependo disso. Mas quando tem uma crise, temos que valorizar as nossas terras. Porque não comemos dinheiro. E nem bebemos dinheiro. Se você tiver uma terra, pisar no chão, valorizar, você vai ser muito feliz. Porque a terra, ela também nos desestressa. Em casa há duas psicólogas, agora aumentaram as psicólogas – chamam-se enxada, curam qualquer tipo de doença. É barato, de graça, quem estiver com *stress*, é só ir lá em casa. Com duas semanas, ele já lembra do pai, da família, do filho, até dos avós.

Porque o trabalho, não precisa ser um trabalho escravo, mas tem que ser um trabalho que dá lazer para ele, que dá prazer para ele.

Sabia que as plantas também conversam conosco? Elas falam. Quanto mais você cuida da sua planta, mais ela fica bonita. O melhor adubo é você ir lá conversar com suas plantas, principalmente o milho – porque o milho veio de uma criança, ele gosta de carinho.

Eu também não sabia porque que se plantava tudo misturado – plantas consorciadas. Eu perguntei para o mais velho, para um cacique. Ele falou: ‘a gente planta, porque elas conversam, elas precisam de vizinho’. Vocês já viram uma pessoa viver sozinho? Sozinho? Não vive. Por mais que se tenha ódio das pessoas, se quer estar no meio de outras pessoas. As plantas também gostam de conversar, gostam de trocar ideia. Os bichinhos que também estragam a planta, têm que ter outra para poder controlar a outra planta. Então precisamos pensar que a planta também tem alma, tem sentimento, tem espírito.

E quando a mãe terra se enfraquece, ela também fica doente. Esses tempos eu plantei uma banana, aí passou um pessoal da Embrapa lá e falou: ‘essa banana, isso aqui você arranca, põe fogo, porque isso vai virar uma praga’ – deram broca. Mas eu falei: ‘não pode’. Aí fui lá arranquei, fiz uma operação boa nela, limpei, adubei a terra, caprichei – deu um cacho de banana de 30 Kg. Levei para o doutor lá: ‘olha aí, a banana que você mandou queimar, deu 30 Kg.’ Aí eu falei: ‘o dia em que você estiver doendo o braço, vou queimar você também?!’. Então, como que planta tem que acabar com ela, e gente não?

Então, a terra é o alimento da planta, é igual a comer mal. Quem come mal é doente. Principalmente esses tais dos nervosos. Eu também não tenho nervoso. Porque se nós fossemos nervosos, já tínhamos morrido todos em Mato Grosso do Sul. Porque lá tem gente para fazer raiva, viu?! E muito! Desde os fazendeiros, os políticos, e até a justiça, tem hora. Então, eu não tenho essa doença, raiva. Eu tenho alegria. Eu sempre falo para os meus colegas que eu vou viver muito. Se for de raiva, eu não vou morrer nunca.

E o bem-viver é tudo isso e mais um pouco. E a planta é o mais importante na nossa vida. Alimentação. O que aconteceu de cairmos na bebida alcoólica, cairmos nas drogas? Porque tiraram, saquearam nossas terras. Tentaram mudar nosso jeito. Porque um povo quando perde sua língua, seu espaço, sua cultura, sua religião, você perde a vontade de

viver. Então nós precisamos – esse grupo que está aqui – fazer um povo viver. O povo Guarani Kaiowá viver. O povo indígena brasileiro viver. Nós precisamos. Tem bandeirante por aí? Ainda tem. Mas tem outras pessoas, com novos pensamentos. Nós precisamos usar os saberes brasileiros, não os saberes europeus.

Os alemães estão usando o bem-viver dos Guarani na Alemanha. Por que nós não usamos o bem-viver Guarani Kaiowá dos povos indígenas brasileiros no nosso país? Porque isso é continuidade de vida. Sabemos que a monocultura pode falir nosso país. Onde tem monocultura, a tendência é as pessoas trabalharem para outros países. E o que o nosso país faz, é trabalhar para outros países. Dar comida para porco – se fosse pelo menos para nós! Soja, cana, milho transgênico. Nosso país está no caminho da falência porque ele não pensa no pequeno. Porque quem planta no sistema agroecológico, com um hectare de terra, se faz muita coisa.

Eu andei com um projeto de agroecologia no Brasil por uns dez anos. Primeiro eu mostrei para a presidente da Funai – ela chorou, e eu também. Eu falei: ‘esse [projeto] vai ser aprovado’. Saí. e não foi. Mostrei para o MEC, falaram: ‘esse é o melhor projeto que eu já vi dos saberes indígenas’. Eu me emocionei, mas não virou em nada. Aí veio um pessoal lá da Espanha, *Manos Unidas*, gostou do projeto, deu uma ajudinha – está lá, em pé. E agora virou fama, isso aí. Todo mundo passa lá, vê... Coisinha pouca. Às vezes, queremos plantar muita coisa por achar que tem resultado – é coisa pequena que dá resultado. Não adianta plantar *n* hectares de agroecologia que não vai resolver. Mas as pessoas estão bem, as pessoas vão ficar bem.

E minha região precisa desse apoio. Porque a bebida alcoólica lá, temos 95% da juventude que bebe, e eu estou tentando. Lá onde eu estou é um lugar muito tradicional, mas ainda precisa valorizar essa cultura, esse conhecimento. Eu vejo que as universidades; têm pouco envolvimento com o conhecimento indígena. Às vezes estudamos, estudamos, pesquisamos outras coisas, menos nós mesmos. Eu sempre falo para os meus alunos: ‘a gente tem que ser estudioso, mas pesquisar os nossos conhecimentos’. Branco tem muito conhecimento; desde a chegada dos europeus tem coisa aí de pesquisa. Então nós precisamos pesquisar os nossos conhecimentos. Porque o

conhecimento do branco já está começando a vencer. Então vamos pelos nossos conhecimentos, porque não temos apenas 500 anos, de vida – nós temos milhares de anos! Então nós temos conhecimentos, desde plantas medicinais, alimentação, do tempo...

Eu vejo que o bem-viver é buscar a solidariedade, e mostrar que é possível. O Brasil é rico em conhecimento, só que são poucos explorados esses conhecimentos. Como sempre digo: nós indígenas não somos problema, somos solução. Quem trouxe o problema para nós foram as pessoas de fora que chegaram aqui. E principalmente as políticas são o maior problema. Quando a justiça quer, a política não quer. Quando a política quer, tem dificuldade com nossos antropólogos. Então são três coisas que não andam. Quando todo mundo quer, não tem dinheiro! Falam: ‘não pode fazer’, ‘não pode o GT porque cortou a verba’.

Falamos do estudo, mas o estudo também é bom. Com esses meus estudos eu aprendi muita coisa também na faculdade. Eu sei por que eu vou morrer – eu vou morrer lutando, e pobre, porque o país não tem mentalidade de resolver a questão indígena. Porque nosso país foi estruturado apenas para o agronegócio, os grandes empresários e o mercado. Pobre é só para trabalhar e dar lucro. E professor é para dar aula para preparar para o mercado de trabalho. Eu tenho questionado isso na faculdade também. Esses dias me convidaram para falar do golpe. Eu cheguei lá e vi uma plaqueta, lá: “formação para o mercado de trabalho”. Eu falei: ‘de novo!’ Porque só trabalhar, não? Não tem uma formação para ser pequeno empresário, não tem uma formação para trabalhar pouco. É só formação para trabalhar dia e noite, e tem que dar lucro ainda. E a turma se divide bem certinho: faz todo mundo brigar, aí vai todo mundo para empresa, e os que ganham são dois três, só.

Então eu acho que precisamos mudar o cérebro do nosso país. Começar lá da prefeitura, vereadores, deputados federais, estaduais, senadores, e principalmente os presidentes. Porque eles estão com uma cabeça de europeu, atrasados ainda. Nosso país tem outros futuros, é só saber usá-los. Muito obrigado.

FERNANDO ANTONIO DE CARVALHO DANTAS

Jurista e Doutor em Direito das Relações Sociais

Professor Titular da Faculdade de Direito – Universidade Federal de Goiás

Bom dia a todos e a todas. Eu gostaria de agradecer o convite para participar desse evento. Apesar de ser professor universitário, hoje, na Universidade Federal de Goiás, há muito tempo trabalho com uma perspectiva acadêmica relacional; essa perspectiva é uma metodologia que consiste em não separar teoria de prática, e conhecimento de realidade. Assim, antes de começar, gostaria de contar uma piadinha e uma parábola. Uma parábola, que é parte de um conto Sufi, que trabalha com essa ideia de conhecimento racionalizado, idealizado, hegemônica, portanto, de conhecimento separado da prática; e a piadinha que reflete, de modo popular, essa ideia. A piadinha é a seguinte: uma pergunta que se faz sempre que se começa a dar aula, seja de um tema concreto do conhecimento científico, seja da própria metodologia para conhecer e trabalhar esse tema. É uma perguntinha, mais ou menos assim: ‘sabe o que a teoria disse para prática quando a encontrou em uma esquina?’ Aí todo mundo fica calado. Pergunta-se novamente e a resposta é: ‘não disse nada, elas nem se cumprimentaram, porque elas nem se conhecem!’ Esse é o grande erro da academia, separar o conhecimento de realidade, separar a teoria da prática que eu gostaria de ressaltar.

A parábola é uma passagem de conto Sufi que diz o seguinte: um grande sábio estava no encontro semanal com seus discípulos, debatendo sobre um tema que deixava todo mundo muito excitado intelectualmente, e voltando a sua casa, ele estava tão preocupado em encontrar as respostas para as inquietudes do tema, que perdeu a chave de casa pelo caminho. Quando chegou em casa e percebeu que perdera a chave, ele voltou, refez o trajeto para procurar a chave juntamente com alguns discípulos próximos que presenciaram o ato. Só que, nesse trajeto de volta, ele ficou procurando a chave nos lugares onde havia luz, onde havia um farol, um poste com a iluminação pública, e ele poderia ver a chave. E um discípulo seu intrigado por ver que ele estava procurando a chave somente naquele lugar claro, chegou e disse: ‘mestre, o que você está fazendo

dando voltas em torno desse poste? ’ Aí o mestre disse: ‘estou procurando a chave que eu perdi’. E o discípulo disse: ‘mas o senhor estava lá, a dois quilômetros de distância, por que o senhor está procurando a chave aqui nesse lugar? ’ E ele disse: ‘estou procurando a chave nesse lugar, porque aqui é onde tem luz’. E o discípulo disse: ‘olha, o senhor pode ter perdido a chave em qualquer desses lugares onde o senhor passou, nessa trajetória, nesse caminho até chegar a sua casa, mas o senhor está procurando a chave somente onde há luz.’ Moral da história: a realidade está em todo lugar, não somente onde a luz do conhecimento pode iluminar.

E esse é o grande problema do conhecimento moderno, do conhecimento ocidental, do conhecimento científico. Busca as respostas para os problemas somente onde incide a luz do conhecimento científico, do conhecimento institucionalizado pelas instituições que produzem e que legitimam conhecimento.

A minha fala vai ser a fala dessa provocação do discípulo ao mestre. Vamos procurar conhecimento não somente onde está o conhecimento científico, conhecimento legitimado pelas instituições que construíram esse conhecimento e o hegemonzaram, colocando-o num lugar de poder. Vamos procurar conhecimento em outros lugares. Vamos tentar entender porque é que um conjunto de saberes e conhecimentos foram deixados na escuridão e outros trazidos para a claridade, portanto, questionar porque só se utilizam esses conhecimentos que estão na claridade.

Evidentemente que vou falar a partir do direito; fui chamado a falar sobre direito indígena – então vamos aplicar essa mesma racionalidade, esse mesmo pensamento para o direito. Vamos procurar o direito não somente na lei escrita, positivada, mas vamos procurar o direito também em outras normatividades, em outras leis que não foram escritas, mas que estão e que são igualmente válidas, porque o conjunto de direitos escritos nos autorizam a buscá-los, e efetivar esses direitos não explícitos na norma jurídica.

Estou me referindo ao conjunto dos Direitos Humanos, ao conjunto dos Direitos Indígenas na Constituição Brasileira de 1988 e em outras constituições contemporâneas e principalmente nos saberes e nas práticas sociais, culturais e étnicas dos povos indígenas e

comunidades tradicionais – que são direitos que não estão escritos na constituição ou nos tratados internacionais descritos – na verdade não seriam escritos, descritos, mas que estão inscritos na possibilidade de se trazer esses direitos para sua efetivação, e gerar aquilo que no direito buscamos, pelo menos em uma perspectiva crítica do direito, com tanto afincos: gerar felicidade, gerar relações harmoniosas, gerar distribuição de bens, de riquezas humanas, materiais, espirituais. Gerar espaços de coexistência harmônica que possibilitam a não exclusão e o não sofrimento cotidiano dos outros e outras diferenciados e diferenciadas.

E vou começar a falar – não vou cumprimentar a mesa um a um, isso levaria bastante tempo –, mas sei que estou numa mesa de excelência, com diferentes abordagens e campos de conhecimento. Assim, não vou entrar em domínios específicos de outras áreas do conhecimento, ficarei no campo do direito, mas, tentarei fazer e demonstrar, pelo menos, uma disposição de dialogar com essas outras áreas do conhecimento para que se possa pensar o direito, atribuir sentido ao direito, a partir desse diálogo transdisciplinar. Justifico. Por que não multidisciplinar? Porque o transdisciplinar, como diz Pablo Gonzalez Casanova, ultrapassa as fronteiras das disciplinas e das caixinhas legitimadas pela normatização do conhecimento e pela normatização jurídica.

Vamos trazer conhecimentos, sobretudo dos povos indígenas e comunidades tradicionais, de outras dimensões, sejam materiais ou espirituais, para atribuir sentido ao direito que falamos, e do direito que narramos, a partir do campo teórico e normativo.

E como estou no espaço da Fiocruz, citarei uma pesquisadora desta Instituição, muito amiga dos índios, a Luiza Garnelo, uma médica e antropóloga que abriu evento organizado pela Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) em Manaus, em painel que tratou de direito indígena e causou um certo estranhamento na plateia. Porque o painel era de direito, e direito indígena em específico, e foi aberto por uma médica. Pois bem, Luiza Garnelo disse na abertura desse painel na SBPC em Manaus (a SBPC comumente não tinha painéis relacionados ao direito), na 61ª Reunião Anual da SBPC Manaus,¹⁵ como médica e antropóloga, ela disse: ‘olha, eu fui aprender o que era

¹⁵ Nota dos Organizadores: trata-se da 61ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da

saúde coletiva quando eu comecei a pesquisar os índios e a vida cotidiana dos índios no Alto Rio Negro, e como os pajés tratavam a questão da saúde e da doença’. Complementou: ‘vou falar uma coisa que as pessoas não gostam: os pajés, quando se deparam com um problema de saúde coletiva, portanto de saúde pública, eles tratam do público e do coletivo em primeiro lugar, porque a preocupação é tratar do coletivo, é não permitir que aquele coletivo se acabe por conta de uma enfermidade’.

O que acontece com nossa racionalidade? Nos preocupamos e ficamos com pena muito mais do indivíduo doente, do que a possibilidade dessa doença contaminar toda a coletividade. Evidentemente que isso é algo difícil de trabalhar, mas acredito que é algo que vem da sabedoria dos pajés, da sabedoria dos povos indígenas, e que hoje pode integrar o conjunto de direitos numa perspectiva pluralista (não mais de que o direito seja uma produção de alguns iluminados, ou uma produção da representação política, daquele cheque em branco que damos para os nossos legisladores), e sim o direito como uma construção histórica e permanente, cheio de sentidos, inclusive sobre as formas de pensar a saúde pelos povos indígenas. O reconhecimento e a positivação escrita do direito nos códigos, nas leis e na constituição, em si, por si só não bastam – é preciso lutar permanentemente para que aquele direito que lutamos para que fosse reconhecido, se efetive, se concretize. E isso é uma longa trajetória – uma trajetória muito longa mesmo.

Com relação ao direito dos povos indígenas, tudo começa lá com a negação da humanidade dos índios. Ora, na nossa cabeça não é possível existir um ser humano, uma pessoa que nasça de outra pessoa que não seja pessoa, que não seja humano. Na nossa cabeça, todo mundo que nasce de ser humano, é ser humano. E para o direito, sujeito de direitos. Pois bem, isso para o direito não é a verdade histórica. Porque os povos indígenas, quando os colonizadores chegaram no chamado “novo mundo”, a primeira providência que tomaram foi dizer: ‘essas pessoas não são humanas, são animais’. Pois bem, eu não tenho tempo para tratar desses processos de desumanização do outro, e quais foram as ideologias que permitiram isso – há um debate antropológico, histórico e político

muito grande a esse respeito –, mas por que os colonizadores disseram que os índios não eram humanos? Qual era a intencionalidade? Para negar a possibilidade de existência da propriedade coletiva e de direitos de titularidade da terra do novo mundo para os povos indígenas. Ora, se eles não são humanos, eles não têm racionalidade, não têm direito à propriedade, eles não têm propriedade. Nem propriedade da terra – considerada no direito como *res nullius* ou coisa de ninguém, nem conhecimento algum para “domesticar” e usar essa terra. E daí nasce todo esse histórico de preconceito jurídico, e principalmente no âmbito jurídico, para com os direitos dos povos indígenas porque o preconceito nasce desse momento de racionalização da desumanização dos povos indígenas.

Somente em 1537 – neste caso é preciso tomar um paradigma de um tempo histórico não linear –, o Papa promulga uma encíclica chamada *Sublime Deus* reconhecendo que os índios eram humanos. Esse dado histórico atesta que durante os primeiros 37 anos do início da nossa colonização os índios foram tratados como animais, como não humanos. Esses 37 anos “marcaram e carimbaram” os índios com essa marca da animalidade, de não serem humanos; índios não têm racionalidade, não pensam, são relativamente incapazes na acepção jurídica, não podem ter autonomia ou autodeterminação para a construção do seu futuro.

Isso foi terrível. Se transformou em senso comum racista e preconceituoso. Se passarmos no tempo, e praticamente saltar 500 anos, de 1510 a 2003, por exemplo, já no século XXI – no debate para demarcação da Terra Indígena Raposa Serra do Sol, em Roraima, os doutos ministros do Supremo Tribunal Federal usavam a argumentação colonial (e as 19 condicionantes que aquele acórdão trouxe); usavam os argumentos e o debate igualzinho aquele da desumanização dos índios no começo do processo de colonização. Não diretamente, mas em discurso subjacente, diziam os ministros e as pessoas que opinavam, os operadores do direito que opinavam nesse caso: ‘se demarcarmos uma terra desse tamanho para os índios no estado de Roraima, o estado de Roraima vai ser fadado ao subdesenvolvimento eterno porque os índios não terão capacidade para desenvolver o estado’. Pois bem, isso é a mesma coisa, é a mesma racionalidade colonial que desconsidera as diferenças culturais dos índios.

Essa marca parece que ficou no ambiente do direito, e é por isso que hoje temos tanta dificuldade em efetivar reconhecimento de direitos indígenas, tanto aqueles que estão na nossa Constituição, como os dos tratados internacionais de direitos humanos: a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Declaração da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre os Direitos dos Povos Indígenas.

Recapitulando, isso começa com a desumanização dos povos indígenas, e passa por fases orientadas por uma denominada ideologia da negação, que era, e ainda é, a negação da humanidade, a negação da cultura, e a negação dos direitos dos povos indígenas em geral ao longo do tempo. Essa negação tem consequências drásticas, gerou e gera aquilo que, nos direitos humanos, chamamos de genocídio, etnocídio e epistemicídio. Genocídio, quando há o desaparecimento dos índios em corpo ou desaparecimento de um grupo em corpo, em existência física, morte física; etnocídio, desaparecimento de culturas em sua existência cultural; e epistemicídio, o desaparecimento de um corpo de saberes, se destrói um corpo de conhecimentos dos povos indígenas (como os saberes relacionados à cura de doenças que o pajé detém, por exemplo).

Como é que essa negação, do ponto de vista jurídico, foi superada no Brasil? Com a Constituição de 1988. É por isso que é uma constituição (a de 1988) que todo mundo quer desconstruir, desconstitucionalizar (significa não efetivar os direitos) o que está reconhecido ali. Projetos de Emendas Constitucionais (PEC), portarias da AGU (ontem o procurador citou a PEC 187, mais a 215, portaria 203, que tentam mudar aquilo que está reconhecido na Constituição Brasileira de 1988) têm o objetivo de desfigurar a Constituição pela inconformidade com as dimensões de direitos indígenas constitucionais, a primeira no mundo com um reconhecimento de direitos tão importantes para os índios. Um exemplo disso é o reconhecimento das organizações sociais indígenas que significa não o reconhecimento que os índios podem fazer uma ONG, uma organização social para a defesa de seus direitos. Não, uma organização social como escrito aqui na Constituição é um conceito antropológico, sociológico, que significa representações simbólicas de um povo. Quer dizer, dimensões culturais, jurídica, econômica, espiritual e isso (quem pensa e aplica o direito de modo clássico e colonial) não se conseguiu ainda decodificar, não se

conseguiu retirar qual é o sentido e o alcance disso no campo prático. Os índios sabem o que é, porque vivem segundo suas cosmovisões, modos de ser, fazer, viver e conhecer.

Ora, do ponto de vista jurídico, e da filosofia política, isso significa o reconhecimento dos chamados direitos poliétnicos, ou seja, direitos à identidade, direitos territoriais, direitos culturais e direitos de autodeterminação relacionados, sempre, um não existe sem o outro. Não existe direito de identidade para os Guarani, desvinculados dos direitos territoriais. Portanto, o que a nossa Constituição fez foi reconhecer as cosmovisões, as formas de ver o mundo e de construir a realidade social dos povos indígenas como, por exemplo, a identidade guarani e o milho, como citou aqui o Anastácio. Então, a relação harmoniosa que os Guarani e os índios em geral têm com a natureza (se poderia conceituar como “animismo”), ou seja, a atribuição de subjetividade à natureza que a Constituição do Equador – que daqui a pouco eu vou falar – é algo que tem que ser pensado, efetivado, no campo dos direitos indígenas. Há que se lutar por esse reconhecimento das especificidades culturais dos índios em todas as dimensões: saúde, habitação, meio ambiente, governo, democracia, entre outros.

Eu me lembro quando vim com o Carlos Frederico Marés de Souza Filho – o Marés foi presidente da Funai no final da década de 1990 e eu fui chefe de gabinete dele –; foi a época em que a competência para formular e implementar as políticas de saúde saiu da Funai e foi para a Funasa. Os índios ocuparam Brasília e queriam uma audiência com o presidente da Funai e FUNASA. Foram recebidos na Funai e seguiram para o estacionamento da FUNASA. O Presidente da FUNASA não os atendeu imediatamente e mandou um recado: “elejam uma comissão, e subam aqui para conversar comigo”. Os índios, por sua vez, mandaram outro recado: “já que eles não podem atender a todos no gabinete é melhor ele descer e conversar com todo mundo aqui”. Isto é uma forma de democracia dos índios, de governo dos índios, que não admite a forma de representação política e que nós não sabemos disso. Outro exemplo, quando se fala de consentimento prévio fundamentado (conforme previsto na Constituição e na Convenção 160 da OIT) fica-se querendo que os índios elejam comissão para definir ou decidir determinada coisa, sem enxergar quais são as formas de democracia que os povos indígenas têm, e que a

Constituição da Bolívia, hoje, reconhece, como, por exemplo, a democracia comunitária.

O governo pode existir por meio de democracia representativa, participativa, e comunitária, que é a democracia que os povos indígenas compreendem e sabem exercitar cotidianamente. Pois bem, isto integra a cosmovisão dos Guarani de ter o milho ou ter no milho uma relação com sua identidade, é o que deve ser efetivado e é o que foi reconhecido na Constituição de 1988 porque foi uma constituição elaborada no contexto dos diálogos com a elaboração da Convenção 169 da OIT, principalmente, e que antecedeu um pouco a Declaração dos Direitos dos Povos Indígenas da ONU que trata desses direitos.

Em todos esses documentos, a principal característica é o reconhecimento de direitos de participação dos povos indígenas, ou seja, aqueles direitos de autonomia e autodeterminação na definição do seu futuro. Isso traduzido para o campo do exercício dos direitos é a formulação, por exemplo, de uma política pública de saúde indígena levando em consideração os saberes dos pajés, os saberes dos povos indígenas em todas as suas dimensões.

E como é que esse reconhecimento de direitos aconteceu no ambiente latino-americano – e que é bombardeado de todas as formas, pela mídia e até por juristas, chamando as novas constituições latino-americanas, especialmente as do Equador e da Bolívia, que são baseadas nas cosmovisões indígenas, de constituições bolivarianas ou poéticas e que, portanto, devemos abandonar essas constituições. Como isso aconteceu? Aconteceu com o reconhecimento de Estados que se fundam nas pluralidades étnicas, nas pluralidades culturais, nas pluralidades de povos dentro desses Estados, e reconhecem que a própria estrutura do Estado deve ser orientada por essa diversidade de povos, essa diversidade de conhecimentos, de línguas, criando a figura do Estado Plurinacional, caso da Bolívia e do Equador.

Isso, no chamado Novo Constitucionalismo Latino-americano, começa com a Constituição do Brasil de 1988, com o reconhecimento das organizações sociais dos povos indígenas aliados à identidade, território, capacidade plena de participação. E, mais ainda, aquilo que a antropóloga constitucionalista peruana, Raquel Yrigoyen Fajardo

chamou de “ciclos constitucionais”, que envolvem o constitucionalismo multicultural com o reconhecimento da diversidade cultural, o constitucionalismo pluralista com o reconhecimento da diversidade cultural e do pluralismo jurídico e, por último, o do constitucionalismo plurinacional com a refundação do Estado, o que vem a ocorrer no Equador e na Bolívia.

A diversidade cultural no nosso exemplo começa com o reconhecimento da Constituição Brasileira de 1988 dos direitos à diversidade dos povos indígenas, e isso, no seu conjunto, foi ampliado nas Constituições do Equador e da Bolívia, com o reconhecimento da diversidade cultural, do pluralismo jurídico e da refundação do Estado conectados e centrado no reconhecimento dos direitos da *Pachamama*, da mãe terra, como disse o Anastácio Peralta, que pode ser traduzido no conceito de *buen-vivir*, bem-viver. E a ideia de bem-viver, o *buen-vivir*, em língua indígena *Sumak Kawsay* (Quéchua), *Suma Qamaña* (Aymara) e *Ñandereko* (Guarani) que significam bem-viver e vida harmoniosa.

Ora, isso era impensável no ambiente dos direitos. A constituição da Bolívia e do Equador, quando colocam que os princípios fundamentais do Estado são: *Ama killa, ama llulla, ama shwa* ou seja, não seja preguiçoso, não seja mentiroso e não seja ladrão. Isto equivale a dizer, no discurso dos direitos, não deixe de exercer cidadania, não tenha medo de ser cidadão, não seja mentiroso, não acredite somente em uma narrativa, a narrativa científica, por exemplo, há muitos saberes aí que devem convergir e, por último, não transforme o bem comum em bem privado, ou seja, não seja ladrão, não roube o que é de todos. Isto é próprio da cosmovisão andina, aliada à cosmovisão amazônica/guarani. Foi daí que saiu esse princípio fundamental do Estado.

A Constituição da Bolívia de 2009, (só para lembrar o que disse o Sapaim ontem) por exemplo, no artigo 30, inciso 2º, e item 9, reconhece a medicina tradicional indígena, expressamente, bem como todos os processos aliados a essa ideia do que seria *Sumak Kawsay*, do que seria bem-viver, do que seria vida harmoniosa.

E, para terminar mesmo, eu perguntei para Hilda Sanchez Gualinga, uma indígena Kicwua, Sarayaku, do Equador, o que era bem-viver, o que é *Sumak Kawsay*, o que é isso

na cosmovisão indígena? Perguntei porque houve muita distorção a respeito da sua conceituação como paradigma não capitalista – bem-viver, para uma imobiliária de Brasília, é morar olhando para o parque da cidade, em um apartamento com cinco banheiros, distorcendo a ideia de bem-viver indígena. Disse a Hilda Sanchez Sarayako: ‘bem-viver é saber dançar, é saber trabalhar, saber sorrir, saber comer, é saber amar, é saber rezar’, tudo relacionado. Como lembrou o Anastácio antes, sem pinçar – um saber trabalhar e somente trabalhar, saber comer e somente comer; saber amar e somente amar – todos são relacionados. Assim, deste mesmo modo, é a forma de relação ecocêntrica ou biocêntrica de vida dos povos indígenas, em relação com a natureza, harmônica e subjetivadora da natureza. O que o Anastácio disse aqui – “a minha mãe terra, meu irmão sol, a minha prima cotia” – isso é vida harmoniosa e permite ter um ambiente de saúde, um ambiente de bem-viver, um ambiente que reúna as condições para satisfação objetiva, material, e a satisfação espiritual.

Este pensar indígena está reconhecido na Constituição Brasileira atual, isso está no conceito de organização social e, de certo modo, o Brasil é um significativo importante, pelo menos do ponto de vista formal. Isso está nas constituições do Equador e da Bolívia. Isto é tão importante que a ONU está com uma plataforma virtual, construindo uma declaração universal dos direitos da natureza, ou seja, da vida harmoniosa, que se funda nas cosmovisões indígenas. Eu convido os índios a participarem dessa plataforma e sugerir questões importantes para compor a declaração. Até agora, tem um indígena bororo, Boe, o Adriano Boro Makuda¹⁶ está participando desse diálogo para elaboração da declaração.

Pois bem, eu acredito ainda no direito como instrumento de emancipação e empoderamento, e aqueles que querem desconstruir o direito como esse instrumento de empoderamento, devem ser combatidos com lutas políticas cotidianas. Tanto na Bolívia, como no Equador, como na Venezuela, na Colômbia ou no Peru, os índios têm um exemplar de bolso da Constituição, da “constituiçãozinha de bolso” e as tentativas de

¹⁶ Nota dos Organizadores: para outras referências, acessar: <<http://www.harmonywithnatureun.org/>> e <<http://www.harmonywithnatureun.org/knowledgenetwork/>>.

agressão a direitos indígenas, pelo menos do ponto de vista formal, são contestadas na hora com a “letra” da constituição. Como é que nós vamos transformar isso em prática? Colocar em prática a letra da Constituição? Lutando pela efetivação desses direitos!

Eu arrolei aqui pelo menos nove pontos (terra, identidade, alimentação, água, práticas e saberes de agricultura, de medicina, governo democrático comunitário, línguas e padrões culturais) que poderíamos trabalhar, relacionados à saúde indígena na efetivação desses direitos de bem-viver, mas podemos, depois no diálogo, resgatar esses nove pontos que podem decorrer do reconhecimento desses direitos identitários, territoriais, culturais e de autodeterminação, como instrumentos de empoderamento dos povos indígenas na efetivação dos seus direitos diferenciados. Muito obrigado.

ROBERTO TYKANORI KINOSHITA

Médico e Doutor em Saúde Coletiva

Coordenação de Saúde Mental – Prefeitura municipal de São Paulo

Gostaria de agradecer à organização do evento. Pessoalmente é uma satisfação, uma vez que há uns dois, três anos, começamos a trabalhar essa costura entre Saúde Mental, Sesai, Funai. O GT já vem trabalhando há um bom tempo, e acho que de uma certa forma é um resultado, uma costura institucional extremamente importante. Essa costura entre Funai e o Ministério da Saúde enquanto saúde indígena e saúde mental não foi fácil, acho que todo mundo teve que se ajustar, todas as instituições tiveram que se ajustar, mas acho que persistiu; continuou articulando, continuou debatendo, e hoje é um indicativo de avanço. Acho que isso é extremamente importante no que tange à política de saúde para a população indígena no Brasil.

Eu vou falar sobre a questão do álcool porque também sei que parte significativa dos presentes não veio da saúde, não são pessoas da Sesai, do Ministério da Saúde. Então eu vou falar de coisas talvez já conhecidas, mas que é importante tentar refletir. Quando se falar de álcool, eu vou dizer uma coisa – eu tenho interesse por organização de política de saúde há muito tempo. Desde quando eu era residente, um estudo sobre política de álcool – na verdade, não é sobre política, é um ensaio clínico feito na Inglaterra, que

discutia tratamento de alcoolismo.

O desenho de pesquisa clínica é feito em termos de acompanhamento de médio e longo prazo. Então, se colocam grupos e compara a evolução desses grupos. É um estudo clássico porque foi organizado da seguinte maneira: três grupos: um grupo recebia tudo aquilo que o conhecimento médico sanitário podia ofertar. O segundo grupo – a Inglaterra – tem um sistema de atenção básica bastante difuso e bastante potente. Lá não se chama médico de família, chama-se *general practitioners*. São médicos clínicos gerais, mas eles são distribuídos em todo o território inglês. A atenção primária deles é muito forte. Então o segundo grupo, as pessoas eram cuidadas estritamente na atenção primária, pelos *GPs*. Esse *GP*, ele se concentrava não em tratar o alcoolismo, o problema com álcool; ele se concentrava nos sintomas físicos, e dizia para eles: ‘não bebe que faz mal’? Essa era a única orientação que se tinha sobre álcool. O terceiro grupo era o grupo em que não se fazia nada, simplesmente acompanhava. Então, não faz nada; faz um pouco; e faz muito.

Esse estudo é um estudo surpreendente, porque ao longo do tempo, quando chega depois de seis meses, um ano, dois anos, vão se equalizando os resultados. Ou seja, ao final de um tempo razoável, fazer muita coisa, não fazer nada, ou simplesmente cuidar do corpo e dizer ‘não bebe que faz mal’, populacionalmente, estatisticamente, é o mesmo.

Por que é importante esse estudo? Esse estudo, que eu saiba, depois de vinte e tantos anos, trinta anos, não há estudos que refutem isso. A tecnologia não mudou esse cenário. Os novos fármacos não mudaram esse cenário. Se for repetido, deve acontecer quase que a mesma coisa.

Então, a partir desse estudo, como é que a gente pensa uma política pública sobre a questão do álcool? De uma forma sintética: fazer tudo que a gente sabe, fazer só um pouquinho ou não fazer nada, no final, ao longo do tempo, populacionalmente, dá na mesma. “Dá na mesma” significava 25%, 30% de resultado. Os três grupos têm resultados positivos de uma forma análoga, em torno de 30% de melhora.

Esse é um dado trágico para quem acha que vamos resolver o problema de álcool tratando o alcoolismo, no sentido assim focado estritamente na ideia ou no conceito de alcoolismo. Não estou dizendo que alcoolismo não existe, primeiro – existe; é um

problema, causa uma série de questões, mas eu diria: a medicina não tem uma boa solução para isso. Talvez porque não seja um fenômeno estritamente da ordem biomédica. Existem questões que são biomédicas, que se reconhecem, alterações hepáticas, alterações no metabolismo, que são extremamente bem documentadas, e ninguém está colocando isso em dúvida. O que eu estou questionando, e esse estudo coloca em questão, é que esse tipo de conhecimento não dá fundamentos para a organização de uma política que tenha efetividade. Porque quando você diz assim: “você gastar 20, e não gastar nada, você tem o mesmo resultado”, na elaboração da política pública, nós temos que pensar. Objetivamente, se você gastar muito, e não gastar nada, estatisticamente seu resultado é igual, não dá para começar a achar que temos fundamento para fazer uma política pública consistente.

Talvez em função disso, o que historicamente há de efetividade em termos de política pública não é na esfera do tratamento. O que o mundo ocidental tem de política pública de álcool, que tem efetividade, são políticas de restrição de consumo. Essas têm efetivamente resultados. Restrição de consumo é literalmente diminuir a oferta nas suas mais variadas formas: tempo de oferta, idade de consumo, acesso à compra, acesso ao bem – existem lugares em que você não compra álcool em balcão, você tem que entrar em um lugar isolado, fechado; a bebida alcoólica não fica exposta para qualquer um. A ideia de restrição do tempo de oferta. Nunca estive na Inglaterra, mas me disseram que às 11 horas os *pubs* fecham, e tocam o sino meia hora antes – bebe até cair, porque daqui a meia hora fecha mesmo, e não acha mais nada aberto.

Isso faz diferença. Isso tem impacto populacional, em termos de redução dos problemas em termos de quantidade populacional no uso de substâncias, e especificamente em álcool, isso é bem documentado. E o que é que se mede? Que as pessoas estão melhor? Se mede, na verdade, os agravos: se tem menos acidentes, menos violência, menos acidente de trânsito. Tendencialmente, menos problemas biomédicos também. Essa é uma das coisas que chocam na elaboração da política. As ações de restrição são mais eficazes que de tratamento. O contrário do que um espírito mais liberal, mais libertário possa imaginar. Agora, isso como plano geral. Mas não é interessante

pensar porque que gastar muito – fazer um enorme investimento em termos de terapia, apoio, remédio, cuidado, serviço social –, dá na mesma do que não fazer nada?!

A pergunta é: o que acontece com esses dois grupos? O que há de diferente? Não é que ninguém se beneficia – como eu falei, 30% em média dos dois grupos, se beneficiam – mas o que faz a diferença, 30 % de cá, e 30% de lá? Assim como existem outras situações – aí são estudos, não especificamente no campo da saúde, mas mais sociológicos – enquanto modificações de padrões de conduta, de consumo segundo o momento histórico; numa mesma sociedade, numa mesma população, muda o padrão de consumo. Eu estou colocando isso porque, primeiro, para os gestores, para os técnicos, para os profissionais da Funai, Sesai – nós não temos, e não devemos acreditar que temos uma boa solução do ponto de vista biomédico. Nós não temos – dá para reparar. O cara está com o fígado ruim; claro, então vamos cuidar; está desidratado; está malnutrido; todas essas coisas fazem diferença, temos que cuidar disso, com certeza. Agora, isso não resolve literalmente o problema do álcool, resolve o problema do fígado, da desnutrição, da desidratação. Mas álcool, nesse sentido, não é a substância – estamos falando de uma conduta, de um comportamento, estamos falando de um modo de operar. Isso não é uma determinação genética, não é uma determinação que vem do fundo do cérebro. Isso é uma coisa que nós constituímos enquanto grupo social. Comportamentos emergem da interação entre humanos. E esse é um ponto que precisamos ter como foco de atenção e de análise.

Comportamento de consumo é um comportamento coletivo, é um comportamento gerado numa certa coletividade. Um dos fenômenos mais curiosos – quem tiver acima de, talvez, 40 anos, viveu um comportamento muito estranho, em que as pessoas compravam um bichinho chamado *tamagotchi*. O mundo inteiro comprou esse negócio! Poderíamos dizer: ‘que tolice, adultos, todo mundo tinha esse negocinho. E é um comportamento de consumo, e depois passou. Mas quantas horas e horas as pessoas não gastaram, anos às vezes, gastando energia, literalmente apegados a cuidar de um ente virtual?! De um ente que vivia e nos emocionava dentro de uma virtualidade, nem materialidade havia. Quem não teve, quem não passou por isso, acima de uma certa idade aqui?

Isso literalmente é uma questão de produção de necessidades. Isso gerou a necessidade, e as pessoas consumiram. Essa é uma das questões que o capitalismo faz, e nos confunde, é que vivemos sob a produção de necessidades, e compramos isso. Não é que o capitalismo produz aquilo que precisamos; ele produz o nosso desejo, produz o que queremos comprar, e molda o que queremos. Essa é uma direção do capital, produzir o desejo. Uma vez que produz o desejo, você compra. Por isso que compramos coisas e depois pensamos: ‘para que eu comprei isso mesmo?’ E acumula um monte de porcaria em casa; compra um monte de coisa só pelo prazer de comprar, e depois não sabe o que faz.

Nessa direção, essa forma de operar o mundo se choca com aquilo que o Anastácio estava falando, que o Fernando estava falando, em termos de bem-viver. São formas de conceber o mundo completamente distintas. Agora, é muito poderoso. Um jovem indígena que tem acesso à televisão acaba sendo arrastado para essas vivências também, ele acaba sendo arrastado para esse tipo de formação de desejo, de formação de necessidades. Por que é necessário? Da mesma forma como nós: por que é necessário ter um celular? E ninguém consegue parar de mexer no celular o dia inteiro... Vamos consumindo, e vamos vivendo, vamos interagindo, e produzindo um modo de viver em que a achamos que somos livres – porque podemos escolher o que comprar, como se a escolha da compra fosse uma liberdade, no fundo um grande constrangimento –, somos constrangidos, e impelidos a comprar. ‘Ah, escolhi esse aqui!’ Por que escolhe? Porque é mais bonito, porque é mais caro, porque agrega mais valor social – há várias pressões para que façamos as nossas escolhas. As nossas escolhas não são livres.

Isso eu estou colocando por quê? Aqui na Coordenação Geral de Saúde Mental – eu estava na coordenação há um ano atrás –, tínhamos uma tarefa: tínhamos que pensar, nós tínhamos várias pressões – “é preciso levar remédio para dentro da aldeia, é preciso construir um CAPS na aldeia, é preciso levar psiquiatras à aldeia, é preciso medicalizar os índios que usam drogas e que abusam de álcool, porque são alcoolistas, porque são drogados”, porque isso e aquilo outro. Tivemos um enorme desgaste para poder resistir a esse tipo de pressão, e construir o GT, construir bases para começar a discutir um outro

modo de interação, outra possibilidade de intervenção a partir do Ministério da Saúde, a partir do Estado.

Eu não entendia nada da questão indígena – continuo não entendendo –, mas eu tive a curiosidade de conhecer situações que não tinham muitos problemas de álcool e drogas. O primeiro lugar que eu fui conhecer foi uma aldeia Yawanawá. O que eu achei interessante é que eles tomaram para si um projeto. Há 20 e poucos anos atrás, os Yawanawá era um grupo de 70 indivíduos apenas, estavam literalmente acabando; depois eu fiquei sabendo que todos eram crentes, todos envolvidos com álcool, todos branqueados. Não sabiam mais falar a língua. E, paradoxalmente, o filho do chefe que estava lá, o Ubiraci, que é mestiço, vivia a contradição, ele não era nem branco, nem índio. O resumo da história é que eles tomaram uma medida: ‘nós precisamos nos afastar dos brancos, e aprender a ser índio de novo’. E há 20 anos, eles saíram de perto das cidades mais próximas, e foram para o meio do mato; eles tinham a terra demarcada, e foram para os lugares mais distantes – de Rio Branco, são sete horas de carro, mais sete horas de barco.

Eu achei interessante porque ali – e esse é um dos desafios – é uma situação em que essa mestiçagem do Ubiraci é simbólica em relação à mestiçagem na prática. Eu acho que o caminho que precisamos buscar em relação ao bem-viver é aprender a fazer essa composição – essa composição de culturas, essa composição de conhecimentos, essa composição de modos de viver. A primeira surpresa que eu tive – eu cheguei lá e a escola foi feita por um arquiteto que montou as salas em blocos hexagonais. Esses blocos hexagonais se acoplavam uns aos outros como se fossem uma colmeia; nunca tinha visto sala de aula hexagonal. Mas isso não era o surpreendente; primeiro, todas as salas tinham computadores *macintosh*, *apple* – não era qualquer computador. Tinham placas alimentadas por energia solar. Mas também tinha um negócio – para quem trabalhou no governo federal esse tempo, dá muito impacto, tinha uma plaquinha escrito “Luz para Todos” no meio da floresta. Eu fiquei muito surpreso. Mas eu vou tentar resumir minha ideia na seguinte coisa: o Ubiraci falou o seguinte: ‘Ah, por que você tem computador aqui, você não queria voltar a ser índio?’ Pergunta tola. ‘Sim, por que índio não pode ter

computador?’ Mas ele disse uma coisa poética, que eu acho bonita: ‘eu quero que meus filhos todos aprendam a falar inglês, falar alemão, a conhecer o mundo – isso não é o problema. Mas eu quero que eles continuem sempre sonhando em *yawanawá*.’

Então essa é a ideia, de que na alma das pessoas, na emoção das pessoas, elas se mantêm se respeitando e respeitando uma cultura – acho que essa é uma questão importante – não é pelo isolamento, é o contrário, não é para isolar, é para compor, sem se perder. E não tem que necessariamente você viver em conflito com os outros, pelo contrário, você tem que buscar formas de composição. Eu achei isso muito interessante.

Outro tópico que é bacana. Ele falou assim: ‘a gente conseguiu resolver um problema fundamental, a fome’. Anastácio estava falando da questão dos alimentos, uma das graves questões em muitas comunidades indígenas é fome, é pobreza. E aí precisamos distinguir. É uma das coisas que o cara do Equador, o Acosta, disse assim: ‘nós queremos o bem-viver, nós não queremos desenvolvimento. Desenvolvimento é outro paradigma, e é um paradigma capitalista. Nós queremos bem-viver’. Então, juntando as duas coisas: precisamos pensar em como se supera a fome, sem entrar na linha desenvolvimentista. O Acosta disse que é uma contradição você pensar desenvolvimento e bem-viver. O desenvolvimento supõe, na verdade, a exploração de uns pelos outros, do jeito que nós temos conhecido, ele supõe isso. Achei isso bastante desafiador. Mas o cacique Ubiraci falou isso, ‘nós conseguimos resolver o problema da comida; a gente trabalha a terra, e conseguimos superar a fome. Nós conseguimos superar uma questão que é a interação com o mundo externo. Então praticamente na aldeia não circula dinheiro’ – tendencialmente, a maior parte da circulação externa do dinheiro é feita pela cooperativa. Então internamente só se faz troca, tipo escambo. Eu achei curioso, porque é como se na aldeia, a aldeia vive da forma comunal, um comunismo primitivo, e para fora, no lado comercial, eles mantêm relações comerciais por meio de uma cooperativa. É como se fosse um filtro – para dentro funciona de um jeito, para fora funciona de outro jeito; achei muito interessante. E a questão da cultura, eles recuperaram e reinventaram a língua e suas tradições. Quando ele fala “eu quero que meus filhos sonhem em *yawanauá*”, é porque hoje as crianças são educadas na língua original – não é original, ela é recuperada,

acho que é uma reinvenção. Mas não importa, até porque essa coisa de uma recuperação purista é estranha. Mas eu não sabia nada, e ficava perguntando: porque você faz coisas com conta de plástico, não é semente?! Ele falava: ‘imagina um menino de 13, 14 anos ficar três meses catando sementes para fazer um colar?! Não vai colar, não vai rolar. Hoje esses meninos têm interações com o mundo. Eu prefiro que ele faça com contas, miçangas de plástico, mas entenda e compreenda os símbolos que ele está desenhando ali; que eles tenham orgulho de vestir isso, e tenham orgulho de ser índio’. Porque essa coisa de querer fazer com sementinha é uma coisa que não cabe, não é viável hoje, nesse mundo, dessa forma.

Então, uma das coisas que eu comecei a perceber é que é necessário pensar essa forma de composição. O fato é que nessa aldeia é baixíssimo o uso de álcool, eu não vi ninguém com problema de álcool no dia a dia. Usam Ayahuasca; há festas, brincadeiras, trabalham todo dia, vivem uma vida bastante organizada. Uma das coisas que me impressionou foram as crianças; crianças pequenas, de quatro, cinco anos – não têm medo. Elas chegam sem medo. Criança que não tem medo é impressionante – e acho que isso é indicativo de um certo bem-estar, de um certo bem-viver.

O que nós tiramos como proposta – e eu fecho aqui – não sabemos ensinar isso que aconteceu para outros. Mas nós supomos que eles saibam passar sua experiência para outros grupos que precisam desse tipo de inspiração. A partir de então começamos a trabalhar com a ideia que uma proposta interessante para lidar com saúde mental e problemas de álcool e drogas, no fundo, indicava a necessidade de uma recomposição inteira de uma comunidade, na sua história, na sua cultura, na sua língua, na sua forma de funcionar, foram feitos alguns ensaios de aproximar grupos. Um segundo grupo que conhecemos foi os Ashaninka, e uma coisa concreta, acabamos levando os Ashaninka para irem conversar com os Tukano no Amazonas. E depois os Tukano foram conhecer como os Ashaninka estão se organizando. Os Ashaninka têm uma história também de uma organização muito inteligente de controle de território, de língua, de cultura, são muito “vacinados” nessa interação com os grupos brancos. E também na mesma lógica, me parece; não querem estar isolados, mas também não se permitem serem invadidos

cultural, tecnicamente de qualquer maneira. E querem a composição. Acho que os dois grupos têm a mesma fala que o Anastácio falou: nós não somos o passado; na verdade, nós somos o futuro para a humanidade porque nós temos a possibilidade de manter essa terra viva, seguir viva, continuar viva.

Então, temos muito a aprender. Mas acho isso – nós precisamos aprender a compor, a reinventar, a fazer novas maneiras de viver. E hoje essa ideia do bem-viver coloca um grande desafio nas nossas tradições político-sociais, que é essa ideia: qual a alternativa ao capitalismo? O bem-viver traz um tipo de horizonte que coloca um desafio: como é que se consegue viver sem se submeter às forças ou à lógica do desenvolvimentismo? Acho que é uma aposta, e na microescala parece que é possível encontrar isso. Agora precisaríamos reaprender a estar entre humanos, mudar os ritmos de vida, fundamentalmente desacelerar violentamente o nosso modo de viver, e o nosso modo de gastar o tempo em cima de consumo, em cima de coisas que, no final das contas, falemos assim ‘bom, estamos fazendo isso exatamente para quê?’

A partir daí a questão de consumir substâncias passa a ser mais uma parte do viver, e não necessariamente uma agressão ao viver. Obrigado.

SOFIA MENDONÇA

Médica sanitária e mestre em antropologia

Coordenadora do Projeto Xingu – UNIFESP

Bom dia para todo mundo. Antes de mais nada falaremos um pouco sobre cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas, e acho que o bacana disso é “tecendo redes”, como esta indígena está tecendo redes. E para tecermos redes, eu queria saber que fios temos aqui. Então, eu queria saber quem é da ponta? Quem é da equipe local de saúde? Quem é da equipe do NASI? Da RT? Quem é daqui do nível central? Quem é da equipe da Funai? Quem é da rede da RAPS? Já dá um desenho bonito! A rede fica bonita, bem misturada.

Em um primeiro momento, eu queria conversar um pouco sobre essa questão da palavra *cuidado*, que me chamou atenção. Eu gosto desta imagem [slide], porque ela

mostra a necessidade do cuidado que temos que ter ao falar sobre saúde mental e povos indígenas. Quando eu olho esta imagem, o reflexo é bem distorcido – que é um pouco como se tem que ter cuidado, prestar atenção, entender o que se passa, para poder mergulhar, para poder pescar, para poder interagir com uma outra cultura, um outro modo de ver o mundo. Falar sobre o cuidado – eu procurei, inclusive, a origem da palavra cuidado, e me surpreendi. Porque a origem da palavra cuidado é *cogitare* do latim, que é refletir, prestar atenção, pensar, dar atenção, levar em consideração. Ela tem vários modos, dependendo do contexto em que se usa. Por exemplo, se eu usar o significado de cuidado como atenção, significa que tenho que ter cautela, se eu preciso prestar atenção, por exemplo, para atravessar a rua. Nesse caso, a atenção para a questão da saúde mental, álcool e outras drogas – temos que tomar muito cuidado para não carregarmos a nossa forma de ver o mundo, não ser etnocêntrico, ou ver com nossos olhos aquilo que pode ser uma outra composição, outro modo de enxergar o uso da bebida internamente. Ou uma forma, por exemplo, de reação que, para nós, seria esquizofrênica, ela pode estar dentro de um quadro de uma iniciação como pajé, e várias outras questões. Então temos que ter muito cuidado para não levar as nossas lentes, da nossa sociedade. O uso do cuidado, com este significado, é o que eu acho importante nesta fala.

Um outro jeito de olhar o cuidado, é do esmero: “eu faço este trabalho com muito cuidado, com muito esmero”. Eu acho temos que fazer este trabalho com os povos indígenas com muito esmero, com muito cuidado, com muita responsabilidade, com muito compromisso. Eu aprendi a usar esta palavra com a Isa, que é o implicar-se. Todos nós precisamos nos implicar neste olhar, ou nesta abordagem, ou nesta conversa, nesta troca de saberes sobre a saúde mental, e o que chamamos de transtorno. E o cuidado propriamente, do que é o cuidado, do ato de cuidar, de quem cuida – por exemplo, o Tykanori cuidou de nós, colocou água para todo mundo. Quem é que cuida lá nas aldeias? Que redes existem já nas aldeias, quem é que cuida? Então, a palavra ‘cuidado’, dependendo de como você olha para essa questão, há que se olhar todas estas dimensões.

Depois de pensar sobre isso, de tomar esse cuidado, eu preciso entender qual é o contexto – um pouco o mapa. Em que lugar que está acontecendo este problema? Será

que é dentro da aldeia? Será que é no limite com a cidade? Em que lugar isto está acontecendo? Quem é esta pessoa que chegou e está demonstrando um problema, ou que fez uma crise de violência? Ou um surto psicótico? Enfim, de onde ela é? Quem ela é? Quem eles são? Quer dizer, que povos são esses? Como está essa relação dentro da aldeia – por exemplo, esse caso, essa família tem uma relação harmoniosa com a aldeia? Ou ela é deslocada, ou ela é afastada? Esta aldeia tem uma relação interessante, boa, harmoniosa com outros grupos étnicos, naquela mesma área indígena – pensando no Distrito Sanitário – na área de abrangência? Tem relações boas, saudáveis? Como é a relação destes povos com a sociedade do entorno? É muito preconceituosa, muito conflituosa? Eu preciso entender este contexto, eu preciso conhecer esta realidade. Eu preciso entender, por exemplo, qual a história de contato desse povo. Eu preciso entender que mudanças aconteceram no modo de viver. Eu preciso saber, por exemplo, se eu tenho indígenas – como em alguns lugares os Kaingang, ou em qualquer área – que fazem acampamentos e ficam próximos às periferias da cidade. Aquela situação, ela apresenta um risco maior de eu ter desequilíbrios e transtornos, expressões de violência, expressões de um uso abusivo de álcool ou outras drogas – a que riscos essa comunidade, esse povo, essa família, essa população está exposta? Eu preciso entender isso tudo.

Eu preciso saber como se configura, por exemplo, a rede de atenção psicossocial naquela área. Sabemos que na região Centro-Oeste e Norte ela é ainda incipiente, ela não dá conta do tamanho da encrência. Como ela se constitui? Como ela se relaciona com este Distrito Sanitário? Ela sabe porque tem atenção diferenciada? Ela conhece a questão indígena? Ela sabe de como os indígenas percebem seu corpo, seu ciclo da vida, sua relação com a terra? Esta rede está preparada, este distrito está preparado, ou ele também só joga para o psicólogo? Como essas relações acontecem? Então, eu preciso entender – e é claro que não depende de uma pessoa, é uma troca, vários atores estão implicados.

Em geral este desequilíbrio que aparece como sinais de violência, de agressividade, violência sexual, doméstica, o uso abusivo de drogas, a dependência, e mesmo alguns transtornos mentais está relacionado com esta questão do ‘entre mundos’, das expectativas em relação ao homem e à mulher. Os companheiros de mesa também já

falaram – e o Anastácio coloca isso de uma maneira superdelicada – qual a expectativa em relação ao homem, em relação à mulher, quando ele fala que “ele é solteiro, ele não produz, quem é casado produz”, “a mulher casada produz filhos” – essa expectativa, para quem participa de uma comunidade, de um povo, há esta expectativa de qual é o papel dele. Agora, quando ele está circulando num município, na sociedade ocidental, as expectativas são outras – então a qual expectativa ele vai se ligar? Ele vai ter como referência? Daí que muitos acabam vendo – entre os jovens 95% está ligado a isso porque eles estão no momento de reestruturar sua personalidade, logo ele vai buscar referências, e as referências que ele encontra são muito díspares, e se ele não tem um bom continente dentro da sua própria aldeia, isso o confunde. Depende muito de onde ele está, e qual é a coesão social, por exemplo, em que ele está inserido. Eu vou lidar com ele de uma maneira, de um jeito diferente, do que eu vou lidar com um indígena que mora na cidade, porque o pai é da Funai. Quando essa família sai da sua referência de cultura, essas crianças que estão morando na cidade também se confundem sobre qual referência vão se espelhar. E aí, dependendo de como se lida com isso, pode haver um desequilíbrio, podem haver manifestações e expressões relacionadas com a questão da saúde mental. Estar lá ou aqui... já vimos muitos casos em que, por exemplo, aparece o abuso da bebida ou o uso de outras drogas porque o jovem quer ser aceito, por exemplo, numa escola da cidade. Portanto, se ele está morando lá, e ele não se sente indígena quando está na aldeia, ele não é visto como indígena porque os outros da aldeia falam “você já é branco, você já não é indígena” – então ele se sente mal porque as pessoas o rejeitam. E quando ele está na cidade, dizem “você é um indígena, volta lá para sua aldeia” – onde ele está? Ele fica em um “não lugar”, entre dois mundos. Dessa forma, a equipe precisa identificar este risco, esta exposição, estes jovens ou estes casos, em que lugar eles estão.

Para pensar neste cuidado de saúde mental álcool e outras drogas é preciso entender como é que os próprios indígenas percebem este problema: para eles é um problema? Há muitos povos em que, por exemplo, alguns que usam a bebida tradicionalmente, você vai fazer uma pesquisa, uma investigação sobre o uso de bebida, você pergunta: “quando você vai beber, é porque você está triste, está preocupado com alguma coisa?” Daí o

indígena diz: “não, eu quero brincar, eu vou porque eu quero ficar alegre, porque eu quero fazer festa”. Ou então a pergunta: “você sente culpa quando você bebe?” Primeiro que ele não entende o que é culpa – porque culpa é uma coisa muito nossa, e muito do indivíduo; se você trocar esta palavra por vergonha, daí ele vai entender o que é vergonha, porque é em relação ao outro, porque é em relação ao coletivo. Todas estas questões precisam ser trabalhadas quando você pensa num planejamento, numa proposta de enfrentamento, numa abordagem deste problema – entender como funciona isso. Será que eles percebem como um problema? Será que existiam já essas questões do abuso? E como eles lidavam com isso? Quem tratava? Então é preciso conhecer. O que mudou nesse processo? Essas são perguntas que precisam ser trabalhadas em rodas de conversa, seja na aldeia, em espaços que já têm uma legitimidade para tomadas de decisões, ou que já têm um espaço de conversar sobre a vida.

Para quem vai trabalhar com os povos indígenas nesta questão é importante saber que a característica destes espaços é a de que eles têm outros modelos de olhar, há outras práticas. Por exemplo, é muito comum as pessoas chegarem, principalmente os mais novos, chegam em aldeias onde existia a prática de infanticídio. Existe algo a dizer: “nossa, *esses* índios são bárbaros, que coisa horrorosa, como fazem isso com uma criança?”. Daí o índios falam assim: “E o que vocês fazem com as crianças que ficam na rua?”. Quem é pior? Como é isso? Aí temos também que nos perguntar das violências que praticamos. As pessoas falam assim: “O pessoal não gosta de fazer o exame do papanicolau, o exame do câncer de colo do útero”, dizem: “ah eles não entendem não gostam de fazer”. Como não gostam de fazer?! Para elas é uma violência, é uma violência – como lidar com isso? Como desfazer essa coisa da violência – não é com violência, é com cuidado. A saúde mental tem que trabalhar muito isso. A saúde mental tem também essa coisa, trabalhar essas traduções, trabalhar estas questões. Reconhecer que existem atores que desenvolvem diferentes papéis que estão relacionados ao adoecimento e ao processo de cura, conhecer estas pessoas, agregar estas pessoas. E também saber que não adianta, “olha, o psicólogo...” Mas daí o indígena pergunta: “o que faz um psicólogo?” Aí o psicólogo diz: “cuida das doenças da cabeça” (...) “Como assim doença da cabeça?

Piolho?” – para eles não faz sentido, não há diferença entre o que é da mente e do corpo. Tudo tem um sentido, uma localização, e não apenas no indivíduo – o que é interessante. Por exemplo, quem pensa que corpo e mente são uma coisa só, para os indígenas não é só o corpo e mente que são uma coisa – é o corpo, a mente, o povo e a natureza, e os espíritos da mata, da floresta, do ar, da água. É uma harmonia que é buscada o tempo inteiro – há festas que são feitas para buscar essa harmonia. A desarmonia, por exemplo, pode estar num rapaz, mas porque jogaram o feitiço que era para atingir o pai dele. Isso precisa estar explicitado, porque isso faz parte de se entender o processo e da construção de um Projeto Terapêutico Singular para aquele sujeito.

Os brancos, os não indígenas, têm essa mania – sempre foi comum olhar para os indígenas e dizer que o perfil epidemiológico deles é o de doenças infecciosas, tuberculose; e é mesmo, por muito tempo, e ainda é um grande problema, as parasitoses, as infecções respiratórias, as viroses, as epidemias que mataram. E as questões relacionadas à violência, mudança de comportamento, aos transtornos que hoje identificamos ao desequilíbrio, eram ligados à cultura – “ah isso é da cultura, isso eu não vou mexer, isso é da cultura”. Mas como um estupro coletivo e várias outras coisas são da cultura? Calma, como assim? É preciso entender melhor e tirar um pouco dessa coisa, relativista – não podemos trabalhar nem com a questão do relativismo, de achar que é tudo da cultura, e também não com etnocentrismo: “não, ele está doente; olha que coitadinho, está triste, é um luto patológico... vamos dar remedinho para ela”.

Também não vamos medicalizar, psicologizar as questões, dar diagnóstico excessivo – fizemos esta passagem em poucos anos. Hoje, com esse monte de equipes que estão em área o que está acontecendo é uma medicalização absurda. E é louca, porque ela é uma medicalização que está muito mais no papel do que na vida real. Todos os psicólogos aqui tiveram esta tarefa, de ir lá e ver quem tomava medicação, porque tomava, foram ver – e faz 3 meses que não chegou o remédio, então não está tomando e está bem. Então o que aconteceu? Quem fez este diagnóstico? Quem está acompanhando? Vemos que por aí afora é um descontrole geral, há uma medicalização absurda, uma psicologização, um monte de diagnósticos que são com nosso olhar, que estão acontecendo hoje em dia. Isso

acaba tirando energia das pessoas para ver qual, de fato, é problema – como suicídios, como alguns casos de depressão, de perda da alma, ou outras questões como o abuso de drogas. Desvia nosso olhar para o que está acontecendo. Se ficamos atrás dessa coisa da medicalização, não vemos o que, de fato, está acontecendo.

Por exemplo, as políticas públicas sociais, em geral dos brasileiros, a que os índios também têm acesso e direito, muitas delas, e de uma maneira completamente inadequada, estão levando a situações gravíssimas. Porque quando se coloca um “Bolsa Família” em todas as aldeias, faz com que essas pessoas vão para as periferias da cidade para pegar o benefício, e eles moram lá, e aí? Aí eles vão pegar a bebida, a droga, eles vivem numa situação completamente fora da própria realidade, ao invés de irem se recuperar, se fortalecerem, se desmancham. Como diria Darcy Ribeiro, ficam na “marginália da marginalia”, ficam na periferia da periferia. São políticas públicas que precisam ser reavaliadas. E elas impactam decisivamente a questão da saúde mental, e conseqüentemente do uso abusivo de álcool e drogas e a questão da violência. Estas são as políticas sociais, e em relação às questões das políticas indigenistas, estamos vendo o caos. A bancada BBB detonando a política indigenista; é muito sério isso, é muito grave. Muita gente dizendo o que vamos fazer com o suicídio, com o uso abusivo de álcool – como assim? A relação com a terra é fundamental – se não se tem mais direito a ela, ou se ela vai passar pelo legislativo para ser aprovada –, isso é absurdo, é um retrocesso! Nós estamos à beira de um colapso. Eu digo para vocês, estamos muito preocupados, pessimistas, foi um ano horroroso, e nós vamos passar maus bocados, mas precisamos estar atentos a isso. Não adianta só querer saber uma receita de como lidar com o paciente que está bebendo demais – não existe receita, o que existe é aprofundar a conversa, entender o pano de fundo do que está acontecendo.

E para isso, já voltando para as questões de propostas de enfrentamento. Claro que sempre vai depender do povo. Não posso passar uma experiência que o pessoal teve com os Ashaninkas, como o Ubiraci fez. Em cada povo há um jeito de lidar, uma forma de lidar. Entre os Pankararus, que o Edinaldo vai trazer, entre os Bororo que a Thelia vai trazer, pois em cada um há uma realidade distinta. O mais importante é o protagonista

indígena neste processo, se eu estiver trabalhando sozinha dentro da minha equipe, longe dos indígenas não vai dar certo. Se eu tiver trabalhando com a perspectiva do CAPS indígena não vai dar certo, não vai dar certo levar CAPS para dentro da aldeia. Agora, a rede precisa se constituir. Lembro-me quando conversava com o pessoal da política de humanização, eles falavam: “nossa, eu acho que nós podemos fazer uma dobrada genial!” Acho que essa aproximação, ela é fundamental. Por quê? Porque eles começam o trabalho a partir de uma Unidade Básica de Saúde lá na cidade – estou falando do programa de humanização; as rodas de conversa começam ali.

A saúde indígena começa na aldeia – isso é um privilégio! Começa no território mais rico, onde acontece a vida das pessoas. É ali que tem que acontecer a rede; a rede tem que ter fios até ela, que se entrelacem com os especialistas tradicionais. Eles darão outra cara para isso, com certeza. Se se trabalhar depressão com povos indígenas, eles tiram isso de letra. Não precisa dar remédio. Pode-se até fazer uma composição no começo; falar “olha, lidamos dessa maneira”, “vamos tirar um pouco essa ansiedade, que a depressão está muito intensa”, mas eu vou trabalhar com os pajés, porque os pajés é que vão resgatar a alma desse sujeito. Se não, não vai valer, o remédio não vai fazer isso. A comunidade não vai perceber esse processo, não vai participar. Com o pajé, ela participa. Todo mundo participa. E isso é genial, temos que aprender com eles a tratar desses casos.

Mesmo a questão da bebida, se há uma comunidade que tem uma coesão social, e você conversa sobre isso que está acontecendo, essa bebida que está entrando na aldeia, essa própria população cria novas regras sociais para não entrar a bebida; e quando ela não entra, abaixa o número de casos. Mas essa tomada de decisões, ela precisa ser feita. Não estamos acostumados com isso, estamos acostumados a lidar com o indivíduo; com povos indígenas temos que lidar com o coletivo, o tempo inteiro. Entender o que acontece com eles, o que eles consideram como causa desses problemas. E eles vão falar, eles vão dizer como eles percebem como problema, e as consequências. Logo, fazer uma rede dessa é legal, é bacana, ajuda a orientar a equipe. Com todas as instituições.

Cuidando do sujeito, do indivíduo. Significa fazer uma construção coletiva desse cuidado, fazer um projeto terapêutico singular que agregue os terapeutas tradicionais. O

importante é isso, falar do indivíduo, falar da família, do território, da produção de saúde. Há vários desafios, que deixamos para depois, nas rodas de conversa.

LUCIANE OURIQUES FERREIRA

Antropóloga e Pós-doutoranda do Programa de Pós-graduação de Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina e pesquisadora do INCT Brasil Plural

Bom dia a todos. Inicialmente quero agradecer o convite para participar desse evento, também quero cumprimentar a mesa e a audiência, todos os participantes, algumas pessoas com quem já trabalhei e que são meus interlocutores na questão da saúde indígena no decorrer dos, aproximadamente, 20 anos em que eu trabalho com essa temática. Hoje estou aqui para falar de uma experiência; vou contar um ‘causo’. Vou falar de uma experiência que foi realizada entre o ano de 2000 e 2004, no Rio Grande do Sul, junto aos povos M’bya Guarani. Naquela época, o Ministério Público Federal de Passo Fundo oficiou a Funasa – a gestora federal para a saúde indígena –, para erradicar o alcoolismo do Rio Grande do Sul das áreas indígenas. Diante disso, a Funasa organizou um grupo intersetorial para discutir a questão e traçar uma estratégia de intervenção. Ao constatarem que muito pouco conheciam sobre o fenômeno do uso de bebidas alcoólicas entre indígenas do Estado, o grupo convidou antropólogos para contribuírem com a reflexão e realizarem um diagnóstico antropológico sobre a manifestação do alcoolismo entre os povos originários do Rio Grande do Sul.

Como eu já estava trabalhando com questões relativas à saúde Mbyá-Guarani, eu sabia da dificuldade de abordar esse tema junto às comunidades, por ele ser um tema delicado. Para a realização da investigação propus ao GT o emprego de uma metodologia participativa. Primeiro, consultar os líderes para saber se eles estavam interessados na realização do diagnóstico. E uma primeira reunião realizada para consulta-los eles disseram que queriam participar do projeto, mas nos alertaram que, para eles, o que interessava era tratar a raiz do problema e não focar em saber quem e quantos eram os bebedores. O problema fundamental para o qual as lideranças apontavam como estando

na base dos problemas relacionados ao consumo do álcool era a terra como condição fundamental para a produção da saúde e da vida boa (*teko porã*) nos contextos das aldeias Mbyá – voltamos ao início dessa fala, com o Anastácio.

Nesse momento, eles já nos davam uma aula de determinantes sociais de saúde, e nos falavam sobre as limitações e os impasses colocados para a realização de um diagnóstico epidemiológico. O diagnóstico antropológico participativo foi organizado em torno a três perguntas, muito alinhadas com o que Sofia abordou, que eram: O uso de bebidas alcoólicas é um problema para os Mbya Guarani? Se sim, que tipo de problema é? Porque não necessariamente o problema para eles assume o mesmo caráter daquele considerado pelo nosso sistema de saúde. E o que os Mbya Guarani já estão fazendo para resolver, e o que deve ser feito?

Como todas as conversas eram feitas na língua guarani, nós recorriamos ao dispositivo da tradução. Os líderes que acompanhavam a antropóloga faziam as perguntas aos velhos na língua que, por sua vez, respondiam também em guarani. Porque quando impomos o português a um povo que pensa e constrói seu conhecimento em outra língua, teremos sérias restrições em acessar determinadas lógicas do pensamento, determinadas categorias com as quais eles operam, e que são mais do que representações – são formas de construção das subjetividades indígenas. Essas conversas eram gravadas para posterior tradução para o português.

A partir desse momento, começamos a andar por 17 comunidades no Rio Grande do Sul. E uma das primeiras áreas visitadas, Granja Vargas (*Teko 'á Yryapú*), o cacique nos disse que havia sonhado com a nossa chegada e nos disse “nós queremos é uma reunião dos *Karai*” – *Karai* é como eles chamam, no Rio Grande do Sul, os sábios e líderes espirituais. Chegamos à aldeia de Salto do Jacuí, e o sábio Juanzito confirmou a solicitação do cacique de Granja Vargas, pedindo a realização de uma reunião dos *Karai* para que eles pudessem conversar sobre a questão do uso de bebidas alcoólicas.

Antes de entrarmos necessariamente na intervenção que se desdobrou desde o diagnóstico, é importante dizer que a partir dessas perguntas, durante essas andanças, muitas coisas surgiram. Em primeiro lugar, o diagnóstico foi se configurando como uma

metodologia de pesquisa-ação – ou seja, ele próprio, por colocar a questão em pauta e por ser participativo, propiciou espaços para que a comunidade refletisse sobre o fenômeno. Eram os próprios Mbyá que orientavam sobre o modo que a conversa deveria assumir e não nós. Foi quando percebemos que os povos indígenas possuem suas próprias regras sociolinguísticas, a partir das quais são organizados os eventos comunicativos que ocorrem em suas aldeias, existem formas específicas de se conversar.

Por exemplo, muitas vezes chegávamos a uma aldeia, como a de Salto do Jacuí, participávamos da conversa sem compreender o que estava sendo dito e saíamos entendendo menos ainda, porque o diálogo era toda em guarani. Gravávamos para posteriormente traduzir esse material. O diagnóstico antropológico proporcionou um espaço onde os próprios Mbyá puderam escutar uns aos outros. Ou seja, o uso de bebidas alcoólicas acontecia, e até aquele momento, os velhos não tinham dito aos jovens o que pensavam sobre a questão; as mulheres não tinham dito aos seus maridos o que pensavam, nem os jovens diziam aos mais velhos e aos seus pais o que estavam imaginando e o que estavam sentindo.

Nesse momento, então, emerge do diálogo o modelo explicativo Mbyá relacionado ao uso de bebidas alcoólicas: para os velhos, e todos concordaram com isso, na bebida alcoólica existe um espírito que não tem parente! Os Guarani Mbyá possuem uma noção dualista de alma: o espírito divino, o *nhe'ë*, e a alma do corpo, o *an*. O *nhe'ë* da pessoa que bebe se afasta, enquanto o espírito do corpo se casa com o espírito da bebida alcoólica. Ao se casar com a bebida alcoólica, a pessoa deixará de ver os seus parentes como parentes e se tornará violenta com seu cônjuge, pais, filhos e deixará de cuidar dela mesma. Chegamos ao cerne do problema para os Mbyá: o uso abusivo de bebida alcoólica pode vir a comprometer o próprio vínculo de parentesco que une os membros das comunidades desse povo originário.

O interessante é que caminhando fomos percebendo que nem todas as comunidades tinham problemas com o uso de bebidas. A bebida alcoólica, de certa forma, estava presente em todas as aldeias, mas nem todas enfrentavam problemas associados ao seu consumo. Quais os lugares em que ela era um problema? Lugares onde não haviam casas

de reza, instituição central da vida guarani responsável pela proteção espiritual da comunidade; comunidades que estão próximas aos centros urbanos, ou seja, que o acesso à bebida é fácil; e comunidades em que a liderança bebe – e, nesse caso, ela dá o tom do cotidiano vivido por aquela comunidade.

Em dezembro do ano 2000 fizemos a primeira reunião dos *Karai*, caciques e lideranças Guarani M'bya sobre o uso abusivo de bebidas alcoólicas e alcoolismo. Os três primeiros dias foi destinado a uma conversa entre eles; e os dois últimos dias foi destinado espaço para o diálogo com as equipes de saúde, onde os profissionais teriam a oportunidade de falar para os guarani a perspectiva da equipe sobre o problema e ouvir deles o seu ponto de vista.

O primeiro ponto de pauta tratado pelos Mbyá, no momento em que estavam reunidos entre eles - foi sobre a possibilidade de criarem uma lei interna para proibirem o uso de bebidas alcoólicas nas aldeias. Para tanto, consideraram eleger um cacique geral para fazer valer essa lei. No decorrer do debate chegaram a conclusão de que de nada adiantaria proibir a bebida alcoólica dentro das comunidades, já que o *cau* – o bebedor – sempre tem um amigo branco com quem ele bebe e que vai conseguir bebida para ele. Naquela época a bebida mais utilizada era cachaça; as festas eram animadas ao som da música sertaneja – porque a bebida não vem dissociada de um conjunto de práticas que conformam uma determinada cultura do beber, como já tratei em outras publicações.

Diante das posições conflituosas assumidas pelos participantes da reunião e da tensão que emergiu com o debate da lei e do cacique geral, os Mbyá deixaram esse encaminhamento de lado, dando outro rumo para a reunião: abordar os problemas associados às bebidas alcoólicas por meio das boas palavras.

A partir de então, a boa palavra (*ayvu porã*), gênero de fala que integra a tradição oral guarani, passou a forma de se tratar as questões relacionadas a bebida alcoólica. É um gênero de fala que não vai acusar o bebedor, mas sim vai retomar os ensinamentos tradicionais deixados pelos deuses (*Nhanderu kueri*) para os Mbyá – quem são os Guarani, de onde os Guarani vieram, por que os deuses mandaram os guarani para essa terra, qual é a forma correta de andar, qual é a forma de cuidar das crianças, qual é a

forma do casamento, qual é a forma da sabedoria, o que é alegria para os Guarani, o que a bebida alcoólica traz para esse modo de ser Guarani, quem Guarani quer ser daqui a vinte anos.

A partir das reuniões dos Karaí e dos conselhos *ayvu porã* transmitidos pelos sábios se criou então, porque os Karaí já eram velhinhos, o grupo dos *xondaro marãgatu* – os guardiões das boas palavras, um grupo de conselheiros que tinha como missão transmitir as palavras dos Karaí para as aldeias que não haviam participado da reunião. Seu objetivo eram fortalecer as comunidades através das boas palavras.

Nessas oportunidades criadas pelas visitas dos *xondaro marãgatu*, as comunidades poderiam falar sobre a situação que estavam vivendo e o que estavam sentindo no que se relacionava à bebida alcoólica. As mulheres começaram a falar suas experiências, demonstrando serem um dos segmentos populacionais mais vulneráveis aos efeitos nefastos causados pelo uso prejudicial de bebidas alcoólicas, tais como, as situações de violência doméstica às quais eram submetidas, elas e as crianças.

Conseguimos alguns resultados. Perguntamos: mulher grávida pode beber? Criança pode beber? A partir de que idade pode beber? Como que o Guarani vai fazer para reduzir a violência nos bailes? Como que o Guarani vai fazer para reduzir os acidentes? Veja, a partir daí os Guarani criaram uma série de estratégias dentro das comunidades para reduzir os agravos desencadeados pelo uso do álcool. O que faltou?

Para terminar minha fala, quero chamar atenção para o fato do álcool ter sido usado pelos colonizadores como uma arma química, uma arma de dominação das consciências. Como o Estado vai resolver um problema que ele mesmo criou?

Para mim, a partir dessa experiência chego a conclusão de que em qualquer trabalho de intervenção sobre o uso de bebidas alcoólicas junto aos povos indígenas, deve ser construído em conjunto com as comunidades e seus líderes, deve ser orientado por um princípio ético, uma ética interétnica, uma ética intercultural. Se faz necessário instituir espaços criativos para reverter e restituir essa condição de cidadania, de sujeito pleno, dono de sua vida, que pode, a partir de uma condição de autonomia e emancipação,

construir os seus projetos de decidir qual é o futuro que quer para si. Construindo as estratégias para o enfrentamento dos problemas que eles estão vivendo no seu dia a dia. Nesse sentido, nós antropólogos, psicólogos, profissionais de saúde, devemos ser parceiros dos povos indígenas na construção das estratégias de intervenção, estratégias descoloniais voltadas para a produção de experiências emancipatórias e da autonomia dos sujeitos e comunidades indígenas no processo de construção das soluções dos problemas que os afligem. Muito obrigada.

EXPERIÊNCIAS DE TERRITÓRIO: CUIDADO E ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL

Para a mesa “Experiências de Territórios – Cuidado e Articulação Intersetorial”, realizada ainda no primeiro dia da oficina, foram convidados representantes de serviços públicos que contavam com experiências e práticas no trabalho com povos indígenas, além de questões ligadas ao álcool. A proposta foi de que seus relatos pudessem disparar discussões sobre articulação intersetorial entre os diversos atores presentes no território, troca de experiências e desafios, assim como a construção de responsabilidades compartilhadas para a promoção de cuidados e a garantia de direitos de povos indígenas.

A partir do convite proposto foram apresentados relatos de atores vindos de diferentes regiões do país – São Paulo, Mato Grosso do Sul, Tocantins, Pernambuco e

Mato Grosso, relacionados a diversos povos indígenas, bem como setores institucionais. A mesa foi coordenada por Isadora Simões, então técnica da Coordenação de Saúde Mental do Município de São Paulo, e com uma trajetória rica também no âmbito federal envolvendo ações no campo da saúde mental, infância e adolescência, e povos indígenas. Como participantes da mesa, o Sudeste esteve representado por Ediana Ferreira Cereja de Souza e Camila Latenek, relatando sobre o trabalho do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil – CAPSi de Parelheiros, São Paulo. Vander Aparecido Nishijima, da Coordenação Regional da Funai em Dourados, no Mato Grosso do Sul, trouxe a experiência sobre a ação intersetorial Mutirão para a Efetivação do Direito à Convivência Familiar e Comunitária das Crianças e Jovens Indígenas do Cone Sul do Mato Grosso do Sul; e do Mato Grosso, Thélia Maria Pinheiro de Santana trouxe uma apresentação a partir do trabalho do Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI Cuiabá. Da região Norte, vinda do estado do Tocantins, Teruco Higa compartilhou com os participantes as práticas do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS de Formoso do Araguaia. E finalmente, pela região Nordeste, Edinaldo dos Santos Rodrigues falou sobre as ações e desafios na perspectiva do Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI Pernambuco.

São relatos que compartilham, de modo aberto e generoso, desafios, construções e estratégias que profissionais lidaram em seus cotidianos de trabalho e na relação com povos indígenas. Nem sempre as questões de álcool surgem de modo explícito nas ações relatadas, o que permite observar-se como outras questões relacionadas ao acesso à saúde ou a outros direitos, de um modo mais geral, têm impacto ou ressonâncias importantes para a compreensão do tema. Permitem que se visualize caminhos já trilhados, campos a serem revisados, e possibilidades de trabalho e ação para a atenção às necessidades decorrentes do uso de álcool, e a outras questões a elas associadas.

CAPS INFANTO JUVENIL – PARELHEIROS – São Paulo

Ediana Ferreira de Souza

Boa tarde. É um prazer estar com vocês para dividirmos um pouco da nossa

experiência, trazendo um pouco do que fazemos dentro da aldeia lá pelo CAPS. A Camila vai começar a falar e eu finalizarei.

Camila Latenek

Esse é um pouco do trabalho que eu faço.¹⁷ Cheguei ao CAPS em março deste ano [2016], e trabalho com música, com cultura popular, e quando soube que tinha um trabalho na aldeia, que até então era um atendimento de um menino autista, eu logo quis estar na aldeia. Me deparei com muitas dificuldades – dificuldades de entender a cultura, dificuldades com a língua, dificuldades de diálogo com a Unidade Básica de Saúde (UBS). Essa aldeia fica no extremo sul de São Paulo, chama-se *Tenondé Porã* e tem um a UBS lá dentro, e sentimos muita dificuldade de conversar, mesmo sobre as visões de cada um, mesmo dentro da nossa equipe, para conseguir sustentar um trabalho lá.

Por isso, um pouco da proposta foi de estar presente na aldeia para poder conhecer esse povo, essa cultura, para poder criar vínculos. Entramos em contato com o CECI – Centro de Educação e Cultura Indígena que tem lá na aldeia há mais ou menos cinco anos, e eu propus uma troca, que seria: eu dou algumas oficinas para as crianças de dança e ritmos; e também acompanho um pouco do trabalho dos educadores, que é todo voltado para a cultura indígena. Acompanho as crianças nas atividades, que é um pouco isso do que vocês viram no vídeo.

Ediana Ferreira de Souza

A Camila falou um pouco de como o CAPS entrou na aldeia para fazer os atendimentos. Inicialmente estávamos atendendo um jovem, e o CAPS começou nesse atendimento faz cinco anos. Pelas mudanças de profissionais na equipe, acabei interagindo com ele desde maio desse ano – faz 6 meses que desenvolvo esse trabalho na aldeia. Sou enfermeira, mas o meu trabalho na aldeia não é de enfermeira, não é um

¹⁷ No início da exposição foi apresentado um vídeo chamado *Edjú Karai*, que mostra o trabalho desenvolvido pela equipe do CAPSi de Parelheiros junto às crianças da aldeia Guarani.

trabalho higienista, não é um trabalho para se falar do que está certo ou do que está errado em termos de cuidados e de higiene. Meu trabalho na aldeia é para estar com a família de um jovem que tem necessidades de contato ampliado – é assim que vejo meu trabalho lá. Estou desde maio fazendo esse trabalho junto à Camila.

É importante dizer que antes da Camila chegar a equipe que estava no CAPS só atendia a família, especificamente o Karaí, que é esse jovem que atendemos. E com a chegada da Camila podemos ampliar esse atendimento para as crianças, da aldeia, como um todo através da escola do CECI.

Queríamos compartilhar essa experiência com vocês. É uma experiência que talvez não tenha diretamente ligação com o uso de álcool, mas ao mesmo tempo tem, porque tivemos recentemente um episódio que demandou muito de nossa equipe, para estar na aldeia, que foi a morte de uma criança pelo uso de drogas. Não de álcool, mas de drogas mesmo, e que foi assassinada por outras duas crianças da aldeia. Chegamos nesse dia para o atendimento do Karaí e da família dele, e anos deparamos com essa situação. Foi uma situação bem difícil, profissionalmente falando, e do ponto de vista do contato com o outro, porque precisaríamos entender o que estava acontecendo, e não entendíamos; a UBS queria conversar conosco e, ao mesmo tempo, não dava, porque tinha que dar apoio à aldeia. E ficamos sem entender o que havia acontecido. Então teve uma criança que foi assassinada por duas outras, por questão de uso de droga, e alguns jovens e algumas outras crianças acabaram sendo retiradas da aldeia por conta disso, e sendo levadas para um outro lugar mais distante. Isso, de certa forma, influenciou nosso atendimento junto ao Karaí.

O Karaí tem dificuldade de contato social; ele não fala, mas ele entende Guarani – isso é importante, mas ele não verbaliza. Chegamos quando ele já estava com cinco anos de atendimento, para dar continuidade a esse trabalho, e tivemos uma boa recepção por parte dele, e iniciamos esse trabalho de interação e contato com ele. Utilizamos as ferramentas do CAPS, que se utiliza com as nossas crianças, que são as brincadeiras, o monta-monta, massinha, bola – e fomos percebendo que a tínhamos que entrar no universo dele, que era o brinquedo com areia, que pegávamos ali mesmo no terreiro, era o

peão, que os próprios irmãos tinham e acabaram trazendo para o atendimento junto conosco, e fomos então partindo disso.

Ele vivia até duas semanas atrás numa condição muito difícil; desde os 13 anos, ele não habita com a família dentro da casa. Ele morava num anexo da casa, num compartimento muito pequeno, em que cabiam duas pessoas, no máximo. Nesse compartimento tinha uma televisão, que ficava o tempo inteiro ligada passando desenhos, de manhã cedo. Chegávamos para o atendimento, vamos para fazer esse atendimento todas as quartas-feiras, e em condições bem precárias. Ele não tem contato com a casa, tem contato apenas com o terreiro; a porta dele é fechada por dentro – é o Karaí que controla quem ele quer receber, e com quem ele quer interagir. O tempo inteiro é isso.

E fomos tentar entender como que isso aconteceu. Hoje ele está com 20 anos, é um jovem; como isso aconteceu desde os 13 anos. Fizemos uma espécie de interações com a família e o pai nos contou que, aos poucos, ele mesmo foi saindo de casa e optando por aquele espaço. E eles entendem que aquele espaço é o espaço dele. E eles então construíram uma casa, um quarto para o Karaí, anexo ao quarto deles. E fomos entendendo como isso foi acontecendo.

O pai do Karaí é o pajé da aldeia, diz ele que permite que mantenhamos os atendimentos, e ele diz que apoia o nosso trabalho, e que acredita nessa importância de interação para o Karaí, porque ele quer e deseja que o filho dele possa interagir com as outras crianças da aldeia, com os irmãos, porque ele não faz isso. E para nossa surpresa, há duas semanas atrás, chegamos para fazer o atendimento e o Karaí não estava mais naquela casinha, naquele anexo onde cabiam apenas duas pessoas. Eles reformaram as duas últimas cozinhas, e o Karaí, hoje em dia, está lá. Tem duas semanas que ele está habitando esse novo espaço – a integração dele para a casa agora é feita a partir de uma porta, então ele não está efetivamente dentro da casa e convivendo com a família, mas ele, de alguma forma, ele está dentro da casa, e em condições melhores. Poderemos agora pensar no trabalho com o Karaí de um outro jeito.

COORDENAÇÃO REGIONAL DA FUNAI DE DOURADOS – Mato Grosso do Sul

Vander Aparecido Nishijima

Boa tarde a todos. Infelizmente a PEC 55 foi aprovada; porque impacta na vida de todas e todos os brasileiros, especialmente os servidores que trabalham nas redes, os indígenas, populações quilombolas, ribeirinhas, trabalhadores de uma maneira geral, amanhã vai à votação a reforma da previdência – enfim, nós estamos tendo um retrocesso imenso na história do país, desde que os colonizadores aqui chegaram, e, de fato, a temos que estar nas trincheiras da resistência, por isso o boa tarde é muito mais protocolar do que uma saudação.

Me chamo Vander, estou na Coordenação Regional da Funai em Dourados, estado do Mato Grosso do Sul. Sou chefe de Divisão Técnica, mas estou como coordenador regional substituto. Ingressei na coordenação regional em janeiro de 2011, e a partir de janeiro de 2013 até agora, tenho respondido como coordenador regional substituto.

Pelas boas falas do período da manhã, que centravam principalmente na questão da alteridade, de conhecer o campo do outro, conhecer o outro – e aí nós temos uma prática do poder público de fazer as ações a partir da nossa ótica, sem dialogar com as diferenças; e aí nós estamos lidando com populações indígenas de várias etnias, de línguas diferentes de conhecimentos tradicionais diferentes –, então esse é um primeiro desafio, principalmente para quem trabalha em sistema de rede.

E a experiência localizada então do Mutirão para efetivação da convivência familiar e comunitária das crianças e jovens indígenas junto a seu povo no Cone Sul do Mato Grosso do Sul. Essa história do mutirão – na verdade, ela vem lá atrás – o Anastácio, pela manhã, falou da década de 1990, do surto de suicídio; no período de 2005, tivemos denúncias de órgãos internacionais sobre a mortalidade por desnutrição de crianças Guarani-kaiowá.

Dizer que 65% dos casos de perda de direito à convivência familiar e comunitária de crianças e jovens indígenas junto ao seu povo, no Brasil, estão localizados no Mato Grosso do Sul. Quando nós falamos de 65%, estamos falando de casos que conseguimos

acessar. Com certeza isso não retrata uma realidade, mas pelo menos dá dimensão a vocês de como está e estava – porque estamos superando ainda – a situação de violação de um direito constitucional, que é a convivência familiar e comunitária de crianças e jovens indígenas.

Tivemos o período que o Anastácio falou, período com um surto de suicídios; depois, entre os anos de 2005 a 2007, nós tivemos registro de 17 casos de morte de crianças indígenas decorrentes da desnutrição. Houve várias denúncias, deu repercussão internacional e o governo, como medida, acabou criando o chamado Comitê Gestor de Políticas Indigenistas Integradas da Grande Dourados. Nesse período, foi alocado aporte financeiro grande para tentar reverter a imagem do Brasil no exterior, em razão dessas denúncias internacionais e ali começou a surgir, ou pelo menos a aparecer, a situação de crianças que paulatinamente foram retiradas de seu direito à convivência familiar e comunitária.

Depois, em 2010, passou esse período do aporte financeiro. No aporte financeiro foi um período que com os recursos foram contratados psicólogos e assistentes sociais que prestaram serviços na Coordenação Regional de Dourados. Mas aí já nos traz uma primeira situação, em que a política do SUAS – Sistema Único de Assistência Social –, acabou sendo executada num primeiro momento pela Coordenação Regional da Funai, ainda com aquela ideia que permanece até hoje – felizmente, gradativamente sendo destrinchada –, a ideia de que quando se fala de indígena, se reporta à Funai ou Sesai. Então é uma situação que ainda permanece, mas tem que ser superada.

Mais ou menos pelo ano de 2010, entre maio e junho, começou a ser organizada uma força tarefa com esses assistentes sociais e psicólogos, dentro deste recurso levantado pelo Comitê Gestor. A Funai passou por uma reformulação pelo ano de 2009; em 2010, ingressaram novos servidores, e com esses novos servidores, novas mentalidades. Aliadas ao conhecimento de servidores antigos da casa, começávamos a levantar essa situação de violação de direito dessas crianças, que é a retirada compulsória sem respeitar o Estatuto da Criança e Adolescente – ECA, sem respeitar a Constituição Federal, e que vão ser acolhidas e colocadas para adoção à revelia do próprio ECA, à revelia do próprio povo

indígena.

Começou um movimento de articulação, em um primeiro momento puxado pela Funai, a Coordenação de Dourados que, em diálogo com parceiros, naquele momento a Universidade Federal de Grande Dourados – UFGD, realizamos o I Colóquio Regional Crianças Indígenas e a Rede de Proteção à Infância, à Adolescência e à Juventude entre os Kaiowá, Guarani e Terena: Modos de Ser, Viver e a Rede de Garantia de Direitos. Começou a ser dado um primeiro passo na tentativa de articulação da rede. Em 2012, já dentro do programa conjunto de segurança alimentar e nutricional, e junto à Unicef, foi realizado um segundo colóquio com o mesmo tema, mas, neste momento, para apresentar as diretrizes básicas para elaboração do fluxo de atenção integral para as redes municipais de proteção e garantias dos direitos de crianças da juventude Guarani, Kaiowá e Terena na região de Dourados.¹⁸

Nos dois eventos foi discutida situação da rede de atendimento e a construção de um protocolo de atendimento – qual era a missão institucional de cada parceiro envolvido no atendimento a essa demanda. Em 2014, a Coordenação Regional da Funai de Ponta-Porã, por meio de uma servidora que estava lá à frente dessa pauta, a Ruth Alves Gomes, formalizou uma denúncia ao Ministério Público Federal de Ponta Porã – MS, dessa violação de direitos, inúmeros casos de adoções irregulares. A partir daí, e de uma discussão interna da Funai, Ministério Público e outros agentes, foi elaborada a primeira instrução interna da Funai para pensar como deve ser a forma de intervenção e de participação da Funai nessa temática.¹⁹

Essas reuniões foram ocorrendo não só com os parceiros, mas, antes de tudo, era necessário pensar a criação da rede e como se dá esse fluxo, mas a partir da ótica do povo Guarani Kaiowá. A título de demonstração, em uma das programações que houve no Mutirão do Cone Sul, quando se pensou em se criar essa rede de maneira mais articulada,

¹⁸ UNICEF. Diretrizes Básicas para elaboração de fluxos de atendimento integral à criança indígena. Unicef, Funai, PSCAN, IBISS, 2013. Disponível em <http://www.ibiss-co.org.br/site/up/documento/2013_09_19/2013_09_19_15_09_31_0.pdf>.

¹⁹ FUNAI, Instrução Normativa número 01, de 13/05/2016, publicada no Diário Oficial da União, nº 93, terça-feira, 17 de maio de 2016, p. 24, disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=17/05/2016&jornal=1&pagina=24&totalArquivos=112>>.

a primeira pauta era exatamente uma reunião com as lideranças indígenas, e essas lideranças e esses indígenas entendidos não só como o cacique da terra indígena, mas o pajé, o professor, o agente de saúde, enfim, as pessoas que vivem dentro daquele território, dentro daquela terra indígena, para tentar entender como é que eles percebem essa situação e se haveria, ou se há, mecanismos internos de resolução dessa situação de acolhimento compulsório de crianças e adolescentes.

Inclusive é importante dizer – não sei como é nos outros lugares do Brasil – mas aqui, o Conselho Tutelar principalmente tem agido de uma forma muito policialesca, simplesmente retirando essas crianças, não respeitando o ECA de procurar dentro da família nuclear, da parentela extensa ou dentro da comunidade, dentro do próprio povo, alguém que pudesse ficar com aquela criança momentaneamente até que se pudesse verificar a situação da família como um todo. Então, duas violações: retirada compulsória da criança e o não atendimento da família. Nos deparamos com vários casos em que a criança, na verdade ela estava na casa de um tio ou de um avô que, para eles, é membro da família tal qual o pai e a mãe, e o Conselho Tutelar simplesmente ia e retirava, não buscava informação, não buscava interação com a Funai. Nós tivemos também um embate muito grande com o Ministério Público Estadual, e com a Justiça, a Vara da Infância e da Juventude da região, Dourados e Região, exatamente por fazerem esses processos de adoção e acolhimento serem tocados à revelia da intervenção do órgão indigenista, o que está lá no ECA.

O esforço conjunto Funai, Sesai, MDS e outros parceiros, como a UFGD, foi promover o diálogo, oficinas, e culminou em um Plano de Ação – na elaboração de diretrizes de ação, mas também em um Plano de Ação. Desse trabalho feito a muitas mãos, nós – parceiros, a rede – criamos planos de ação com quatro eixos²⁰.

Algumas ações, já a partir daí, começaram a dar resultados, e avaliamos, pelo menos

²⁰ “O Plano está dividido em cinco eixos que compreendem: 1. Orientações Técnicas e Educação Permanente; 2. Participação e Mobilização Social; 3. Fortalecimento da Rede Intersetorial; 4. Interlocação com o Sistema de Justiça; e 5. Infraestrutura Comunitária”. In: <http://www.funai.gov.br/index.php/comunicacao/noticias/3424-lancado-plano-de-acao-que-visa-garantir-a-efetivacao-do-direito-a-convivencia-familiar-e-comunitaria-de-criancas-e-jovens-indigenas-no-cone-sul-do-ms>.

ali na ponta, que o grande ganho foi conseguir dialogar com a rede; primeiro ouvir a comunidade, entender como funciona a dinâmica interna, dialogar com os atores da rede, e minimamente tentar fazer uma intervenção mais qualificada.

Queria muito rapidamente, no tempo que me resta, colocar alguns pontos de avaliação nossa a partir daí: a articulação interministerial é um dos pontos mais sensíveis nessa temática e em outras temáticas. Conseguimos trazer à luz um debate, esse é um grande avanço, demonstrando naquele momento a fraqueza de atuação da rede – porque havia uma dificuldade de se trabalhar em rede, de maneira conjunta, e inclusive o papel de cada agente da rede, qual seu papel nessa demanda. No ponto de vista do judiciário, como falei, é bastante difícil, muitas vezes a leitura do judiciário, do Ministério Público, em desrespeito à própria legislação, seja a Constituição Federal, seja em outros regulamentos sobre a política indigenista, como as convenções internacionais. Muitas vezes, também, a negação do direito dos povos indígenas de utilizar seu costume, sua cultura; isso não é observado. Isso ainda é presente no judiciário. E para finalizar, uma pontuação: as operações políticas recentes também colocaram muitas ações e planos no limbo. Muitas ações, inclusive sobre saúde mental,²¹ que era outra agenda tocada lá também, por parte de falta de aporte financeiro, não conseguimos avançar naquele momento. O que temos hoje: setores inteiros de ministérios, secretarias, sendo reformulados e muitas vezes

²¹ Nota dos organizadores: durante o ano de 2014, representantes do GT Intersetorial Saúde Mental e Povos Indígenas (Funai e MS – Sesai e CGMAD/SAS) realizaram duas visitas técnicas a Dourados e região, buscando conhecer melhor as demandas locais no campo da saúde mental, o contexto indígena da região, e a situação das redes de atenção. Em uma dessas visitas, também tendo em vista casos envolvendo suicídios, violência, e necessidades decorrentes do uso de álcool, a Funai acompanhou denúncias sobre o número elevado de adoções de crianças Kaiowá por não indígenas, e de indícios de racismo institucional – que motivou a organização do Mutirão do Cone Sul. Para um relato mais detalhado sobre esses processos, ver: ALMEIDA, Sílvia Angelise S.; JACINTO, Andréa Borghi M.; MOTA, Taia Duarte; NÓBREGA, Lucas da Silva. Relatório de Visita Técnica Intersetorial a Dourados e Campo Grande – MS – 13 a 17 de outubro de 2014. Bem-Viver e Saúde Mental em Contextos Indígenas: Dourados. COASA/FUNAI; CGMAD/DAPES/SAS/MS; DASI/SESAI, MS. Circulação restrita; e DUARTE, T.; JACINTO, A.B.M; MACDOWELL, P. de L. Notícias do Meio do Caminho: alguns desafios para as políticas de atenção psicossocial na região do Cone Sul do Mato Grosso do Sul. Trabalho apresentado na 30ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada em agosto de 2016, João Pessoa/PB, disponível em: <<http://www.abant.org.br/conteudo/ANAIS/30rba/index.php?id=19>>.

Para um aprofundamento do nexos entre essas ações no campo da saúde mental e o Mutirão do Cone Sul, ver também: PRADO, Andrea Bitencourt. Relatório sobre a Situação do Direito à Convivência Familiar e Comunitária de Crianças e Jovens Indígenas em Dourados. Funai, Diretoria de Promoção ao Desenvolvimento Sustentável – DPDS, Coordenação-Geral de Promoção da Cidadania – CGPC. Nota Técnica nº 27/2015/CGPC/DPDS/FUNAI. Brasília, 01 de abril de 2015.

extintos, fazendo com que várias ações fiquem com seus pontos focais originalmente pactuados, assim como os cortes orçamentários que afetam a maioria esmagadora das ações.

CAPS DE FORMOSO DO ARAGUAIA – TO

Teruko Higa

Quero primeiramente agradecer essa oportunidade de compartilhar essa experiência. Farei um relato dessa experiência, mas primeiro queria situar: eu represento o CAPS I de Formoso do Araguaia. Alguns dados: nós ficamos a 60 km da Ilha do Bananal, a 330 km da capital, Palmas. Temos essa população hoje – não está atualizada, mas é o último dado do IBGE, 18.527 habitantes, e somos a maior extensão rural do estado. O acesso e a logística não são fáceis, e o Polo Base de Formoso dá cobertura para 21 aldeias indígenas, mas o município atende 11 aldeias da etnia Javaé.

Falarei do início do nosso trabalho em rede. Em 2013, em razão dos acontecimentos de suicídios, foi preciso fazermos uma força tarefa, com a cooperação do Ministério da Saúde – de onde o Fernando Pessoa de Albuquerque e a Isadora Simões estiveram lá conosco²² –; o Estado e o Município. E o que nós fizemos? Foi aí que começou essa articulação, o DSEI, o Polo-base, enfim, unimos forças para poder traçar estratégias de intervenção. Na época, o responsável técnico era o Tássio; eu o conheci no Grupo Condutor – por isso que o Colegiado Gestor é fator importante, porque começou essa articulação dessa forma. Na beira do rio o Tássio me chamou para fazer esse atendimento domiciliar, por conta de um óbito que ocorreu na aldeia.

Nos perguntamos: o que faremos, quando estão acontecendo mortes? Temos que

²² Na ocasião, Fernando Pessoa de Albuquerque, pela Área técnica de saúde mental da SESAI, e Isadora Simões, pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas – CGMAD/SAS. No período, entre os documentos de referência produzidos no âmbito da SESAI, relacionados a essa ação, citam-se: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório de Ações junto ao Povo Javaé da Ilha do Bananal – Junho de 2013. Sesai, DSEI Tocantins, 2013; ALBUQUERQUE, Fernando P; NÓBREGA, Lucas da S.; REIS, Roberta Aguiar C. Nota Técnica nº 14/CGAPSI/DASI/SESAI, Ministério da Saúde, 2013.; NUNES, Eduardo Soares. Relatório antropológico sobre os casos de tentativa e óbito por suicídio entre os Karajá do Médio Araguaia (MT/TO). SESAI, Ministério da Saúde, Brasília, abril de 2013.

trabalhar a vida – como dito na mesa da manhã, foi o que mais saiu. E foi então que nós pensamos no que fazer. Junto ao CAPS de Formoso do Araguaia (TO), e o CAPS de Gurupi (TO), que fica a 70 km, onde havia uma terapeuta ocupacional muito amiga nossa, de lutas pela saúde mental, organizamos as oficinas e conseguimos levar para as aldeias. Foram muitos outros órgãos – teve também saneamento, imunização. Algumas das oficinas, como na aldeia São João, que foi uma das aldeias em que nós fomos, algumas das meninas que tiveram tentativa de suicídio; foi na oficina primeiro que as conhecemos; para poder depois fazer esse contato mais próximo – primeiro elas foram incluídas nas oficinas de miçanga.

Essas oficinas foram realizadas com crianças; houve as rodas de conversa, que foram muito interessantes – Fernando e Isadora também fizeram rodas na época, lá nas aldeias –, participamos de danças culturais, que eles também fizeram; forró. Houve música, jogos interativos, xadrez, dama, dominó, futebol. E o cineclube, que foi feito à noite, e que foi um pedido deles²³.

Fizemos tudo isso para poder entrar na aldeia. Havia luto recente; quem estabelece o luto é o cacique e a aldeia. O que fizemos? Negociamos. Eu tenho um vínculo já muito antigo lá, com os caciques, então eles conhecem o meu trabalho. Eu fiz essa roda, e levantamos: ‘você autorizam? Permitem?’ Foi tudo negociado para poder entrar, e para poder fazer esse trabalho. Porque um luto recente, como é que vamos entrar, e trabalhar essas ações? Então foi tudo pactuado, negociado, e eles autorizaram.

Os encaminhamentos que tiramos dessas ações... Foram duas semanas de ações para conseguir pegar todas essas aldeias; não foi só essa aldeia que eu mencionei – e estou relatando o que se passou em três aldeias que tiveram maior número de tentativas. E

²³ Nota dos organizadores: ação conjunta envolvendo polo-base, técnicos do DSEI e da SESAI Brasília, uma terapeuta ocupacional do CAPS II de Gurupi e o CAPS de Formoso do Araguaia. Foram organizadas oficinas temáticas desenvolvidas nas próprias aldeias. O contato com as pessoas que haviam tentado suicídio e que não tinham ido a óbito, se iniciou através de oficinas de missanga realizadas por essa força tarefa. Realizaram-se também rodas de conversa com profissionais de saúde do polo-base, assim como, com famílias indígenas para se conversar sobre o que promove o bem viver na aldeia. Foram também desenvolvidas também atividades culturais e esportivas, como jogos indígenas e cineclube, com o intuito de movimentar a aldeia e promover interação. O trabalho foi realizado a pedido das lideranças, respeitando-se o processo de luto da comunidade. Foram duas semanas de ações para acolher a maior parte das aldeias, e em todas que havia ocorrido tentativas de suicídio.

durante essas ações, não fomos pegar paciente e falar sobre o acontecido. Primeiro trabalhamos essas oficinas, para depois perguntar se realmente eles aceitavam ir para a Unidade Básica de Saúde, para o Posto de Saúde, quem precisasse, ou se precisava, ou se precisava realmente ir para o CAPS – a maioria não precisou; foram somente alguns. E o que percebemos? Que esses pacientes tinham alguma coisa na família relacionada ao uso exagerado de álcool, que repercutia de alguma forma nas relações familiares – violência, brigas.

Foi durante esse período de intervenção que descobrimos, e conseguimos fazer esse trabalho, não só lá na aldeia, mas também que eles criassem confiança para poder fazer essas consultas lá no CAPS. A partir daí adotamos os grupos. Mas eu vou falar aqui: os grupos, lá no CAPS, não deram certo. Por quê? Eles vieram na primeira vez, na segunda, mas na terceira não. Estavam fora de seu território. O que descobrimos a partir daí? Que temos que ir para a aldeia. Não adianta trazê-los para o CAPS, não é um local familiar. Eles falavam: “eu não estou doído”. E lá na aldeia eles se sentem mais acolhidos e seguros. A lógica do trabalho não era da abstinência – temos que pensar que a lógica é a da redução de danos, melhorar a qualidade de vida. Não podemos exigir a abstinência total quando isso não é possível; trabalhamos a redução de danos, com liberdade, para eles escolherem como vão fazer. E eles mesmos falam no grupo o que eles querem e que estratégia vai ser utilizada.

A fala de um dos participantes das rodas – olhem o que ele falou: “você pode ser internado, fazer o tratamento que for, mas se você não quiser mudar o estilo de vida, não vai resolver muito”. Ele falou do trabalho, de ter trabalho, de ter lazer – tudo que foi falado hoje de manhã, ele falou nessa roda. Ele falou também que as rodas tinham que ser mais frequentes; realmente falhamos em fazer rodas pontuais, demora – por conta da logística vamos uma vez, depois demora para fazer outras rodas.

Os resultados que obtivemos na época foram as reduções de tentativa de suicídio, redução de consumo de bebida alcoólica – não zeramos, mas reduzimos –, e melhora da convivência familiar.

A palavra agora não é bem uma conclusão porque as ações continuaram. O vínculo é

muito importante; o Agente Indígena de Saúde (AIS) tem um papel fundamental no elo de ligação; o técnico de enfermagem da área; o técnico de referência para os indígenas; no caso, lá no CAPS, sou eu, pelo vínculo. É fundamental para o conhecimento de área. Atividades comunitárias no território são importantíssimas, atendimento domiciliar, oficina domiciliar que faça sentido – não adianta eu oferecer uma oficina que não vai interessar a eles, e nem ter condições de se fazer. Então levamos material e oferecemos – porque, às vezes, eles não têm condições de aquisição; e atendimento multiprofissional, nunca vamos sozinhos.

Essa é a rede de saúde que temos: seis Unidades Básicas e Estratégias de Saúde da Família, um hospital de pequeno porte; NASF I, CAPS I, o Polo-base. Para desintoxicação, a pessoa vai para o hospital regional; CAPS AD III é em último caso; não temos mandado. Tem a CASAI de Gurupi, o DSEI Tocantins, e o Polo-base que dá esse suporte. E o Grupo Condutor da RAPS no município – isso é importantíssimo, tem ajuda da rede; do Grupo Condutor participam vários atores, parceiros; o Grupo condutor de Gurupi, que é nossa regional de saúde; e o Colegiado Gestor Estadual da RAPS, que é fundamental para saber das ocorrências.

Parcerias: temos CRAS, Igrejas, Fundação Bradesco, Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Assistência Social, da Educação e a Funcef – é como um clube poliesportivo que atende uma população de 1.000 crianças e adolescentes para arte, cultura, esportes.

O que tem nos ajudado? Os serviços, se falando e ajudando no acolhimento; os vínculos entre profissionais da rede e os pacientes, isso é fundamental – porque não adianta ser um profissional e não gostar de atender a população indígena. Já tivemos problemas relacionados a isso; há que se gostar do que está fazendo, senão não vai fazer bem. Parcerias para realizar ações possíveis: fizemos parcerias com o CRAS, matriciamos o CRAS, matriciamos as enfermeiras das áreas, técnicas de enfermagem, fizemos o matriciamento para eles serem os nossos braços, porque não podemos estar em todas as aldeias. Profissionais comprometidos na assistência à população indígena. Respeito à cultura – está em letras garrafais, porque precisamos entender, para depois atender.

Atentar para as limitações – há idosos nas aldeias, por exemplo, que não podem fazer o que gostaríamos de construir com eles. Eles mesmos falam: “você poderiam trazer alguma coisa de academia na aldeia?” Eles mesmos falaram isso num atendimento domiciliar, inclusive um ex-agente indígena de saúde, com problema de joelho. Enfim, responsabilidade compartilhada.

Eu vou encerrar assim: acho que juntos, podemos fazer mais.

DSEI PERNAMBUCO

Edinaldo Rodrigues

Indígena Xukuru, Psicólogo e Referência Técnica de Saúde mental – DSEI PE

Boa Tarde, eu sou Edinaldo, sou indígena do povo Xukuru, em Pernambuco, psicólogo do DSEI de Pernambuco e estou atuando como RT de Saúde mental. Para mim, o desafio é duas vezes maior, por ser indígena e por trabalhar nas comunidades indígenas de onde eu venho, Xukuru e nos demais povos indígenas do estado de Pernambuco. Esse trânsito entre os dois mundos, principalmente em um mundo que se debruçam a estudar pessoas e suas formas de organizações, que é o caso da psicologia. E também ter o compromisso de respeitar e de trazer para os diálogos os sábios da comunidade, que são os pajés e os outros detentores, para fazer uma reflexão inclusive sobre os problemas que atualmente afetam a vida da comunidade. Isso é um desafio imenso.

Aproveitamos e compartilhamos a fala do Anastácio Peralta, hoje pela manhã, que disse tudo, o que está acontecendo nas comunidades e o que precisamos fazer. Que trilhas e possibilidades nós temos para atuar?

Tudo gira em função do território, da terra, da mãe-terra. Para nós, indígenas, tudo gira em torno disso. Se não tem a terra, haverá todas as mazelas que atualmente encontramos nas aldeias. Mas enfim, eu venho de uma região em que os povos indígenas foram praticamente dizimados. Até a década de 1970 e início de 1980, não se reconheciam mais esses povos, embora eles existissem lá, fortemente escondidos em áreas do sertão do estado de Pernambuco, e ainda mantendo culturas e tradições.

Esse processo colonizador que destruiu as comunidades indígenas do Nordeste foi citado várias vezes, em vários momentos, e são motivos, hoje, do que nós chamamos de adoecimento mental ou sofrimento mental. Enfim, está muito relacionado ao processo de sofrimento.

Falo especificamente da minha atuação junto com o DSEI Pernambuco, que tem se dedicado bastante a discutir as problemáticas que afetam a vida da comunidade, por entender que se precisa fazer um trabalho completo em relação ao que seriam as políticas públicas voltadas às comunidades indígenas. Não adianta trabalharmos programas e programas de saúde, investir e investir em saúde, apenas nessa parte curativa. Porque nunca vamos atingir os objetivos que temos interesse; somente vamos conseguir isso com políticas conjuntas. E, a partir disso, é que iniciaremos um programa que converse com outros setores, que converse com outras políticas públicas que tenham a responsabilidade de atuarem junto às comunidades indígenas.

Quando cheguei para atuar no programa tínhamos um programa de atendimento, que se chamava ‘paciente de saúde mental’, ou a pessoa indígena que tinha um transtorno mental. O foco era apenas esse, e precisamos quebrar com esse velho conceito de atendimento de saúde mental, dentro de uma lógica ultrapassada, uma lógica que não visava trabalhar os contextos sociais. Isso é uma missão difícil, até na sociedade em geral. Estamos com mais de 40 anos de reforma psiquiátrica, e ainda encontramos dificuldades para se desenvolver um trabalho dentro da lógica da quebra de paradigmas em relação ao atendimento psiquiátrico. Passamos do atendimento de saúde mental para o atendimento psicossocial dentro da lógica de um cuidado mais integral.

Para mostrar a vocês como, mais ou menos, eu comecei a me organizar juntamente em um diálogo com a DIASI de Pernambuco e com o DSEI de modo geral, a partir de marcos teóricos importantes para nós, que foram as discussões que começaram aqui, que surgiram já em 2007 pelo Seminário da Saúde Mental que foi realizado pela Funai à época, o CIMI – daí saiu essa portaria, a Portaria 2.759 de 2007, que estabelece diretrizes importantes para começarmos a atuar em saúde mental. E depois veio o *Documento*

Orientador da Atenção Psicossocial nos DSEI,²⁴ de 2014, que para nós foi muito importante para sensibilizar equipes, sensibilizar gestão dos DSEIs. Esses documentos foram muito importantes para se iniciar, lá em Pernambuco, para ampliarmos o olhar para a questão do bem-viver indígena e sair do foco do conceito de saúde mental.

Por aí conseguimos ampliar o que chamamos de área técnica de saúde mental, que tem uma composição maior para garantir uma proximidade maior com as equipes multidisciplinares de saúde indígena e, junto a elas, podermos desenvolver estratégias. E não só isso, eu vou falar também de como se dá essa relação com a rede do SUS e a Rede de Atenção Psicossocial no Estado de Pernambuco.

A maioria aqui conhece como está estruturado o DSEI, com as referências técnicas. Em Pernambuco, entre as referências técnicas, nós temos o hábito de sentarmos, muitas vezes durante o mês, para discutir todos os problemas que a comunidade enfrenta, e também pensar estratégias juntos. Nessa composição estão o que chamamos de área técnica de saúde mental, pela ampliação da equipe, de alguma forma, e junto com as EMSIs, e dentro da DIASI, estão os polos-base com suas enfermeiras de polo e coordenações administrativas; um trabalho conjunto dessas equipes.

Esses são os povos que nós trabalhamos: são 13 povos espalhados pelo sertão do estado de Pernambuco. A grande maioria está no sertão do estado – inclusive, a mídia não tem mostrado muito isso, a região está vivendo a maior crise hídrica de sua história. Então, até aquelas regiões de serra, que tinham nascentes, mananciais, estão secas. Isso tem dificultado muito também, e tem respingado na saúde, principalmente na saúde mental. Lá para frente eu vou falar o porquê.

Sobre a divisão de como estão as atuações de áreas técnicas por região. Eu, juntamente com a equipe que está lotada ao DSEI, fizemos os seis primeiros polos, e aqueles mais acima, mais ao sertão, nós temos a área técnica que está descentralizada. Ficaria impossível, como os colegas de RTs sabem, fazer visitas mais periódicas às aldeias e discutir a problemática, se ficar uma equipe só para cobrir uma população de 36.888 habitantes dos que vivem em aldeias rurais. Esse número é só o dos que vivem nas

²⁴ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Documento Orientador sobre a gestão da atenção psicossocial nos DSEIS. SESAI, Brasília, 2014. Circulação restrita.

comunidades indígenas de área rural. A população total chega quase a 50 mil, com alguns que vivem nas periferias das cidades do sertão.

As ações de aproximação da RAPS: temos participação; nossa participação, principalmente no Colegiado Estadual de Saúde Mental, que é o colegiado de gestores; depois tem o Grupo Condutor da RAPS, garantimos essa participação; representação em eventos estaduais e municipais de saúde mental, sempre somos convidados, inclusive para falar das experiências. Há uma experiência interessante, que foi um dos colegiados microrregionais de saúde mental, que aconteceu em uma comunidade indígena, em Pankará, no Sertão. Foi um evento muito importante para a saúde indígena porque fez uma discussão diretamente com a comunidade, e eles foram lá com abertura de conhecer como os pajés produzem saúde – isso foi o mais importante para nós. Ter esse olhar de não ir lá para se dizer como se faz saúde indígena, saúde mental, mas aprender com eles.

Regulação de leitos: os próprios polos podem ligar diretamente para os serviços. Disponibilidade de CAPS em algumas regiões. Nós temos uma dificuldade muito grande de serviços de saúde mental. Cidades que têm CAPS I ainda ficam muito distantes das aldeias. Temos uma demanda grande, inclusive de transtorno mental que precisa ser melhor avaliada; temos também demandas para emergência psiquiátricas, que no estado, praticamente há um serviço para atender o estado todo.

Há serviços que temos acesso, e que fazemos um diálogo maior, inclusive serviços da assistência social. Isso tem nos proporcionado discutir algumas questões; foram trazidas aqui algumas discussões em relação a como se dá essa atuação, muitas vezes de forma policial mesmo, de ir lá, de tirar a criança, de levar – quando tem casa de apoio, raramente tem casa de apoio para acolher a criança. É muito difícil também esse trabalho.

Em relação aos CAPS, enfrenta-se a dificuldade de trabalhar com a população indígena por conta da distância. Até já pensamos no CAPS fazer um apoio matricial mais presente, mas a logística também dificulta muito – a falta de recursos, inclusive para os próprios serviços de CAPS, tudo isso tem dificultado muito nosso trabalho conjunto. Os serviços de alta referência estão nos municípios maiores, que são municípios muito distantes.

O principal fator são as vulnerabilidades psicossociais que temos discutido, e que são geradas pela falta de um território livre, livre da destruição, livre da ganância do poder. Vemos isso em todas as aldeias. Como se dá o cuidado no território? Com planejamento, atendimento, educação permanente, atividades coletivas, e fomento aos saberes, que é importante para se sentar com os detentores de saberes tradicionais, para discutir com eles, inclusive a questão do alcoolismo.

Há algumas coisas que fazemos junto à equipe, a EMSI, dentro das unidades de saúde, nas escolas. Esse diálogo, sempre fazendo uma discussão voltada para a comunidade dizer como ela deve enfrentar esses problemas. Estamos com um projeto maior a partir do ano que vem. Esse projeto está pronto, é um projeto de formação para AIS, para professores, para jovens e lideranças da comunidade. De manhã até algumas professoras falaram, a professora Sofia principalmente falou disso – de a comunidade dizer o que ela pensa sobre a questão do alcoolismo, e soltamos justamente um material para que eles mesmos apontassem como se dá, o que significa isso para eles. E foi a partir daí que elegemos as aldeias que serão trabalhadas com esse público. A ideia é formar multiplicadores e acompanhar o trabalho deles por seis meses, depois de seis meses, de novo trazê-los para avaliar, continuar a formação e continuar o trabalho. Acho que, assim, conseguimos avançar um pouco mais com esse diálogo.

Para fechar, tivemos também algumas discussões; um GT – Grupo de Trabalho – junto ao Ministério Público e à Funai; nós tivemos poucas reuniões nos últimos dois anos, essa proposta também se pretende retomar. Tivemos também algumas oficinas em comunidades indígenas que apresentavam maiores problemas com alcoolismo, relacionados com violência, também com a participação da Funai e outros setores. Isso, infelizmente, foram experiências de outros setores, que não foram muito boas por não terem sido continuadas. Acho que nós, inclusive todos os RTs²⁵. temos feito um trabalho muito bom nessa área, mas falta ainda a participação desses outros setores estarem mais junto de nós para discutir essas temáticas. Acho que é isso. Desculpem o tempo, obrigado!

²⁵ Referências Técnicas de Saúde Mental dos DSEIs.

DSEI Cuiabá

Thélia Maria Pinheiro de Santana

Psicóloga e Indigenista do Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá

Boa tarde, pessoal. Estou alegre, que estou com meu parente, Ednaldo – sou pernambucana como ele, só que ele é Xukurú, e brigamos muito pelo morro do Ururubá, no tempo do Xicão. E eu saí de lá para a Raposa Serra do Sol, em Roraima. À época em que os garimpeiros desceram lá nos Yanomami, Surucucu, ficaram todos ali na região das Serras. Então eu perguntava para o cacique, como é que se faz, como é que trabalhamos essa situação aqui, nessa maloca? E ele respondeu para mim: “Thélia, precisamos distrair os Macuxi, distrair das doenças e dos vícios dos brancos”. Aí eu perguntei: de que jeito? E ele disse: “olhando para o que temos de bom, olhando para o que é nosso. É preciso enxergar a saúde, para podermos expulsar a doença”.

Eu não entendi muito isso naquele momento, mas caminhando, caminhando eu fui compreendendo, e estou compreendendo mais um pouco agora, estando diretamente numa ação de saúde. Precisamos, segundo o Tuxáua Damásio, se é que eu consigo interpretar assim – ele já é falecido –, entrar em um território, nós profissionais da saúde acostumados a buscar a doença, a enxergar patologias, a enxergar tudo o que tem de ruim num território para ver se salvaremos, precisamos desconstruir esse olhar e construir um olhar para a vida, para observar o que tem de vida naquele território, o que tem de saúde, o que tem de potencial para que se possa, com eles, potencializar. Potencializar é o que a banca da manhã dizia – é lá que as coisas são resolvidas; a situação que eles vivem num território, são eles mesmos quem resolvem; claro, com o nosso apoio também, mas é preciso aprender a enxergar a saúde, a enxergar o que tem de bom para vermos de que jeito conseguimos potencializar.

Eu juntei algumas ações que estamos fazendo em Cuiabá. A rede bem-viver de apoio ao plano de vida sociocultural das etnias do DSEI Cuiabá. Nós estávamos lá na Terra Paresi, na aldeia Cotitico, e o pessoal da OPAN²⁶ tinha passado por lá – a OPAN é uma

²⁶ OPAN - Organização Amazônia Nativa. Organização não-governamental.

organização não-governamental. E a OPAN, junto à Funai e com a TNC, foi convidada para fazer o Plano de Gestão Territorial e Ambiental da terra indígena Paresi. Então os *Haliti*, como eles se autodenominam, convidaram a equipe de saúde ambiental, eu e meu colega Rafael, para trabalharmos a saúde dentro do plano de gestão. Ou seja, trabalhar em parceria com a OPAN, com a Funai e a TNC. Seu Jaime falou uma coisa muito interessante quando estávamos discutindo um pouco o que seria a saúde; ele colocou isso: “O homem também é a natureza, e não dá para pensar a saúde para os *Haliti* sem pensar a natureza.” E isso é muito forte, tem muito o que ver com o que *Tuxáua* Damásio também falou – ou seja, precisamos escutá-los, precisamos compreender esse mundo deles.

Isso é um pouco das ações mais gerais que estamos fazendo. O Plano de Gestão Territorial e Ambiental da Terra Paresi – para eles, esse plano significa isso aí: resgatar na memória histórica seu povo, todo espaço geográfico e espiritual – que é o que o Anastácio Peralta estava falando hoje de manhã, de seu território. Dizer no plano quem é o povo Paresi, como se organiza, falar de sua cultura, sua economia, como é, o que se faz hoje nas atuais aldeias? A partir desse levantamento é que pensaremos em todas essas questões internas, inclusive do pedágio, na saúde, na educação, na parceria agrícola que eles têm com o plantio de soja.

Aqui apresentamos um pouco quem é a OPAN, quem que é a TNC, a Funai, que serão os parceiros nessa ação; a Funai local lá da região dos Paresi; a Operação Amazônia Nativa; a TNC, que é uma entidade ambientalista²⁷ e o PNGATI – Política Nacional de Gestão Ambiental e Territorial das Terras Indígenas –, que é um plano governamental que, aliás, é uma conquista dos indígenas. O movimento indígena lutou muito por essa política governamental.

Esses trabalhos com os Paresi se iniciarão efetivamente no início do ano que vem, por enquanto foram apenas as conversas.

Vamos falar agora de outra rede. Rede Tadarimana. Falamos muito de rede, e esse encontro aqui é fantástico por conta dessa proposta intersetorial, já daqui. O que se faz lá? Vamos para cada aldeia, e traçamos junto com eles a rede local; primeiro a interna. A

²⁷ TNC - The Nature Conservancy.

aldeia Tadarimana, que fica no município de Rondonópolis. Nos reunimos com eles, fomos junto com a secretária estadual de saúde, com uma enfermeira de lá, que também foi indigenista, com a Escola de Saúde Pública do Mato Grosso e com representantes do CAPS regional e do escritório regional de Rondonópolis. Fomos para o centro desta aldeia para conversar com a comunidade sobre quem é a rede interna de cuidado deles. Eles foram elencando: família, cacique, população local, conselheiros locais de saúde, PAI – que é um “grupo bem-viver”; eles têm um grupo já há mais tempo que se chama PAI, que é um “projeto alcoólico indígena”, esse grupo aqui é antigo; eu nem estava no DSEI; eles têm uma metodologia que não dá para explicar agora. Os cuidadores tradicionais, AIS, a escola e a equipe multidisciplinar indígena. Conversamos muito sobre essa rede de cuidados internos, em quem eles podiam se apoiar. Quando esgotamos fomos para a rede de cuidado externa, e aí eles elencaram: EMPAER, SES, Secretaria de Agricultura, Funai, Polo-Base – tudo isso que vocês estão vendo aí [slide].

As colegas nossas da Secretaria Estadual de Saúde, elas, junto conosco, fizemos esse *banner*, na verdade para apresentar no congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO –, na Universidade Federal do Mato Grosso – UFMT –, e dissemos um pouco como que foi todo o processo de construção da rede local de Tadarimana a partir de uma construção maior, que foi da RAPS geral. Trabalhamos a saúde mental no DSEI Cuiabá com a intersetorialidade. Do ano passado para cá, não fizemos ação alguma mais, apenas o DSEI e a equipe de saúde mental, sozinhas.

Então eu queria mostrar um programa de matriciamento – para tudo isso aqui, o colega Eduardo, que é de Barra do Garças-MT, estava colocando de manhã: a rede não tem preparo para atuar em situações tão específicas. Mas, precisamos ajudar essa rede. Então pensamos, e nos articulamos com a Escola de Saúde Pública para um projeto de matriciamento. Objetivos geral e específico – qual é a intenção? A intenção é realizar as oficinas de matriciamento com as equipes dos Polos-Bases do nosso DSEI e com os parceiros, a Funai, os escritórios regionais de saúde, os CAPS e enfim, construir coletivamente o matriciamento a partir da intersetorialidade.

Ali, naquela rede da aldeia Tadarimana que vocês viram, lá, fizemos um Projeto

Terapêutico Singular Intersetorial com a comunidade. Nós construímos com ele, e esse pessoal da rede está trabalhando lá, uma situação bem legal. Infelizmente, voltamos de Rondonópolis na semana passada, e tivemos um banho de água fria – que foi o quê? A situação política do país. O que tínhamos conseguido do Projeto Terapêutico Singular Intersetorial? Conseguimos que as equipes do CAPS e do CAPS de Rondonópolis entrassem na aldeia de Tadarimana, duas vezes por semana, para apoiar as famílias. Claro que, como a Sofia colocou de manhã, há toda a preocupação: é uma cultura bem diferente – mas como estávamos fazendo juntos? Estávamos nos matriciando, o pessoal do CAPS matriciando a Equipe Multidisciplinar de saúde indígena, nós matriciando o CAPS, o CAPS matriciando a nós, e aprendendo com os Bororo que processo é esse de saúde-doença com eles. E por incrível que pareça, um cantador bororo, ele disse: “o álcool não traz só doença não. O álcool não prejudica só não, o álcool para gente também é remédio. Em muitos momentos, o álcool para gente é remédio”.

Mas me perdi, deixe-me dizer qual foi o banho de água fria. Chegamos para uma ação de matriciamento, com o pessoal do Escritório Regional com as equipes dos CAPS e a nossa equipe, e para nossa surpresa a equipe do CAPS foi toda demitida, porque eram contratados. O prefeito, que queria continuar, perdeu a eleição; ganhou a oposição, e com raiva ela demitiu todo mundo. Tivemos que sair e rodar na rede, e perguntar: “que negócio é esse?” Porque a responsabilidade de uma rede, ela é muito séria, deve ser institucional, e não pessoal. Tinha uma equipe do CAPS muito boa, que ia lá, que estudava os Bororo, pegava a literatura Bororo e estudava; participaram de uma capacitação antropológica sobre os Bororo, e essa equipe foi toda demitida. E aí, ano que vem, não sabemos como é que será, porque ninguém soube dar respostas. Está lá uma equipe de transição, e enfim, a política que está bagunçando o país, está nos deixando nessa situação.

Enfim, é um pouco isso, grosso modo. Estamos com uma proposta, isso aqui é um projeto construído com a Escola de Saúde Pública que vai acontecer até o final do ano que vem, e aí como o DSEI, às vezes não tem combustível, não tem como se deslocar, pegamos carona com o pessoal da SES, e vai acontecendo e a rede está se fortalecendo.

Isadora Simões – Moderadora

Psicóloga – Coordenação Municipal de Saúde Mental de São Paulo

Gostaria de fazer algumas colocações. Em primeiro lugar, agradecer a presença e disponibilidade de vocês compartilharem conosco as experiências. Não tenho dúvidas de que indo para os grupos, escutaremos muitas coisas do que está sendo construído nos territórios, entre as diferentes esferas. Acho interessante aqui a variedade de onde as ações foram contadas: de um DSEI, de um CAPS, a partir da Funai; mas fico com algumas questões que queria compartilhar com vocês, para se levar também para os grupos. Acho que hoje de manhã, tivemos algumas falas marcadas, desde o contexto histórico, com questões que nos acompanham até hoje – por exemplo, o quanto que a atenção para os povos indígenas foi marcada por um certo ‘campanhismo’. O que eu quero dizer com isso? Iam até os territórios indígenas e davam vacina; iam até o território fazer isso – enfim, o quanto precisamos estar atentos em função de um desafio central, que é das enormes distâncias que se têm. O Ednaldo estava mostrando Pernambuco, com uma população de quase 40 mil indígenas; Mato Grosso do Sul, uma população gigantesca – é um desafio central, e não se pode pensar que vai conseguir, a partir do DSEI, ir lá e fazer uma ação em saúde mental. Trata-se da importância de não centralizar as ações da saúde mental em um único profissional. A Referência Técnica de Saúde Mental do DSEI; é evidente que essa referência técnica tem um papel estratégico para justamente pensar e fomentar a discussão da saúde mental, cada vez mais próxima do território – quando a Thélia fala das discussões, nessa cartografia toda do território; quando a Sofia falava hoje da importância de se mapear isso, entender quem são nossos vizinhos, que realidade é essa que está no entorno dessa aldeia.

Isso é algo central e, a partir disso, poderemos fazer uma discussão mais ampliada sobre saúde mental a partir desses parceiros. Hoje de manhã, se fez a discussão do risco – o Tykanori falava que não existe *uma* fórmula biomédica –, não existe também *um* psicologismo que vai dar conta das questões de saúde mental. Acho que, às vezes, é até

mesmo muito tentador, dentro de um lugar, de uma referência, se pensar “as questões de saúde mental são nossas” – isso é do território. Estamos aqui – o Ednaldo falou da dificuldade e das barreiras dos CAPS – se formos ampliar mais o que é a Rede de Atenção Psicossocial, então qual é o meu mandato clínico, institucional, da Atenção Básica que está lá ao lado da aldeia Carnaubeira da Penha? Qual é a tarefa lá em Formoso do Araguaia, para além do CAPS, mas também das Unidades Básicas de Saúde – UBSs – que estão mais próximas? Os índios que estão dentro da cidade, como no caso de São Paulo – por mais que Parelheiros pareça outra cidade, muito distante, mas que também tem lá uma UBS dentro da aldeia, é algo importante para se pensar.

Vale também um destaque: pensando na Rede de Atenção Psicossocial, que tentamos colocar algumas populações que têm uma prioridade na RAPS – os povos indígenas estão na prioridade da RAPS; crianças e adolescentes são prioridade dentro da Rede de Atenção Psicossocial; pessoas em situação de rua também são prioridade dentro da Rede de Atenção Psicossocial. Então, a mesma discussão que se faz na infância – que não é o ‘menor valor’, e não é à toa que por tanto tempo se falou ‘os menores’ – é muito importante termos duas experiências que discutem infância, na mesa, mas, sim, é prioridade, é o ‘maior valor’.

Esse encontro, estamos nos propondo a discutir desde o lugar da gestão, do cuidado no território – então, qual é o lugar da gestão? Foi marcado tanto na fala do Ednaldo quanto da Teruco, a questão do Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial,²⁸ de poder fazer uma discussão importante junto desses espaços de gestão para que, de fato, os gestores e trabalhadores da região se atentem que existe uma população lá que precisa de maior enfoque.

A fala do Vander também trouxe uma série de questões, uma cena muito complexa, onde havia muitas violações de direitos humanos, e que foi uma ação bastante ousada, que não foi pontual, ela consegue – o mutirão nos dá ideia de algo pontual, mas de forma alguma foi isso; foi pensada uma entrada para tentar afetar e dialogar com todos os atores.

²⁸ O Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS – é previsto pela Portaria 3.088, de 23/12/2011, como instância de gestão necessária à operacionalização da RAPS. Ver: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>.

Quando a Sofia falou hoje de manhã sobre o cuidado – em nome de uma pretensa proteção, se violaram os direitos humanos dessas crianças. O Conselho Tutelar, quando se foi dialogar lá, ele tinha plena certeza de que estava protegendo aquelas crianças, e em hipótese alguma dialogaram. Quando o Vander diz que a primeira entrada nessa ação, no início desse mutirão, foi dialogar com a aldeia, eles diziam: “ninguém nunca perguntou para a gente se a gente tinha disponibilidade de ficar com as crianças. ” Naquela primeira ação, lá em Ponta Porã, era isso que eles diziam: “ninguém nos questionou dentro da nossa parentela. Como é que tiram as crianças? A gente não sabe nem para onde a criança foi! ”. Logo, essas cenas de grandes violações de direitos humanos, em que vocês precisaram articular todo um território, com muita dificuldade, um judiciário, que também estava sendo colocado em xeque, as suas atuações – algo muito complexo e delicado, que envolveu uma série de outros atores.

Enfim, eu fui colocando algumas questões, mas algo que é preciso cada vez mais para os nossos debates é o lugar dos jovens. Ontem à noite ainda, conversava com a Débora, escutando a abertura, e disse: o quanto eles têm a nos dizer, o quanto tem sido feito diversas produções dentro das aldeias, dentro dos territórios; algo importante também para ser escutado.

Já que o tema central desses dias é poder pensar ações para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, quando nas ações se falam de ações que tinham uma proximidade com as situações de uso de álcool, então – ‘se protege uma criança, porque sua mãe faz uso de álcool’. Imediatamente, diversas ações tiveram esse atravessamento, por conta de que se diz ‘ela não é apta a cuidar do seu filho, então se retira do poder familiar, se retira da convivência familiar e comunitária, se retira da sua terra, da sua aldeia’.

Fico pensando também na cena que vocês mostraram de Parelheiros, de uma casa muito pequena. Se as instituições não tivessem muito articuladas, pensando ali – iam olhar essa ‘casinha’; sendo que vocês, com um instrumento de contratualidade, foram discutindo a ampliação do espaço de circulação dele, podendo discutir isso junto com a equipe da UBS que, sim, aquilo ali não era bom, não estava bom para ele, então como ir

ampliando, e respeitando os limites? Não é dizer “então tudo bem, isso é cultural, a gente vai deixar ele morar aí” – não se trata de uma permissão. Mas como, por meio do exercício de uma escuta muito cuidadosa, de uma entrada muito cuidadosa que vocês tiveram, conseguiram ir pensando uma ampliação e contratualizando isso com a família e com outros.

Penso que essa é muito a nossa tarefa, e acho que agora temos uma tarefa grande de costurar isso dentro dos grupos. Que hoje nosso encontro é formado por representantes da RAPS, da Funai, e dos DSEIs – como conseguimos pensar isso dentro das nossas reuniões? Não é o primeiro encontro, mas talvez seja um dos primeiros em que se debruça tão fortemente na discussão do álcool. Tem uma frase que nós, da saúde mental, usamos bastante: “problemas complexos, respostas complexas”. Então não é reduzindo – hoje, se falou sobre a redução de acesso, “fecha a banquinha ali do lado, e vamos fazer valer o estatuto do índio que se discutirá a questão do álcool nas aldeias.” Mas, sim, é olhando e dialogando com as pessoas que fazem uso, fazendo uma escuta cuidadosa, para se pensar que possibilidades que existem de cuidado dentro dos territórios.

PROPOSTA DOS GRUPOS DE TRABALHO POR REGIÃO

Após a realização das mesas redondas, foi proposto aos participantes que se dividissem em 6 subgrupos por região do país, sendo que se considerou para essa divisão a realidade das populações indígenas. No caso da região norte, foi proposta a divisão em três grupos, pela maior quantidade de representantes presentes e complexidade de seus cenários. Cada subgrupo era composto por membros de DSEIs, RAPS e CRs divididos conforme as seguintes regiões: 1) Nordeste; 2) Sul, Sudeste e Mato Grosso do Sul; 3) Mato Grosso e Tocantins; 4) Acre, Rondônia e Oeste do Amazonas; 5) Roraima e Amazonas; 6) Pará e Amapá.

Cada subgrupo iniciou os trabalhos apresentando suas instituições e seus modos de funcionamento. Na sequência foram convidados a discutir a partir das seguintes questões disparadoras:

- *Como é possível operacionalizar os princípios e práticas trazidos pelas*

mesas, experiências apresentadas e diretrizes nacionais, tendo a intersectorialidade como base das ações?

- *Que reflexões se pode fazer sobre a Gestão, os Cuidados ofertados e a garantia e efetivação dos Direitos?*

Foram então propostos aos subgrupos diálogos a partir das questões norteadoras; leituras conjuntas dos territórios e cenários; desafios, dificuldades e possibilidades de trabalho intersectorial/intercultural. A proposta também solicitou que fosse visualizada a articulação entre redes de atenção institucionais e redes indígenas. Após as discussões, cada subgrupo foi orientado a sistematizar suas propostas conforme a seguinte tabela:

| Eixos | Nortes éticos e princípios de trabalho | Acordos técnico-políticos nos territórios e operacionalização das ações |
|----------------|---|--|
| Cuidado | | |
| Direito | | |
| Gestão | | |

Essa sistematização possibilitou a elaboração de propostas para acordos locais, assim como a elaboração de propostas de diretrizes nacionais visando a abordagem das necessidades decorrentes do uso de álcool, considerando que cada subgrupo apresentou seu produto na plenária realizada no encerramento da oficina. Apresenta-se abaixo, a relatoria dessas propostas por subgrupo. Em sequência é feita também uma sistematização em nível nacional das recomendações elaboradas por cada região do país, podendo-se observar um panorama geral dos desafios e possibilidades da temática do uso de álcool entre povos indígenas.

Grupo 1 – Nordeste

Nortes éticos e princípios de trabalho:

- Integralidade do cuidado: Diálogo e Acolhimento;
- O cuidado deve ser compartilhado e responsabilidade de todos os setores;
- Protagonismo, cuidado centrado nas necessidades da pessoa e comunidades (processo, construção de vínculos);
- Respeito aos saberes e às práticas das comunidades relativas ao cuidado;
- Redução de Danos em detrimento de uma lógica proibicionista;
- Educação Permanente dos profissionais no conhecimento das formas de organização e socialização indígenas de cada povo, considerando suas especificidades;
- Coletivizar os processos de gestão do cuidado;
- Respeito às normas constitucionais e infraconstitucionais (CF 88, Res. 169/OIT, Estatuto do Índio);
- Garantia de acesso de representações indígenas nos espaços institucionais;
- Participação indígena, conforme a concepção de cada cultura, nos processos de decisão e construção de políticas em todos os níveis de ação;
- Autodeterminação dos povos indígenas e protagonismo indígena;
- Respeito aos saberes e às práticas das comunidades;
- Intersetorialidade;
- Alinhamentos entre as políticas e programas dos diferentes setores;
- Avaliação permanente das ações no processo de planejamento.

Acordos técnico-políticos nos territórios e operacionalização das ações:

- Fortalecer o matriciamento como estratégia junto às equipes da rede;
- Mapear os pontos de atenção da rede de saúde nos territórios;
- Efetivar a implementação da Rede;
- Potencializar os espaços de cuidado em grupos;
- Construir fluxos assistenciais de forma consensual a partir das necessidades das comunidades;
- Formular estratégias de cuidado contextualizadas;
- Incidir sobre os determinantes sociais da saúde;
- Promover atenção diferenciada (socialmente referenciada) em relação aos agravos de saúde relacionados ao uso de álcool e outras drogas;
- Melhoria da Notificação;
- Fortalecer a participação indígena nos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, e demais espaços;
- Rediscussão da legislação referente ao uso de bebidas alcoólicas dentro das comunidades e com as lideranças;
- Potencializar a discussão intersetorial a respeito do uso abusivo de álcool e outras drogas e seus marcos reguladores (ex: considerar as especificidades de crianças e jovens);

- Mapear (cartografia) a organização territorial da RAPS, SESAI e Funai a fim de encontrar arranjos para os grupos intersetoriais;
- Instituir Grupos de Trabalho Intersetoriais;
- Institucionalizar os canais de articulação e comunicação, estabelecendo fluxos, níveis de responsabilidade e competência com segurança (sigilo);
- Ampliar espaços de comunicação entre os diferentes setores pelas vias de grupo de e-mail, whatsapp;
- Compartilhamento de agendas e promover a participação nos grupos e espaços de discussão já existentes;
- Constituir fóruns locais sobre bem-viver e saúde mental envolvendo gestores, profissionais, lideranças, dentro da comunidade;
- Estimular Grupo Condutor Regional da RAPS, incluindo representações indígenas;
- Construir e pactuar uma legitimação (instrumento normativo) para executar o matriciamento em contextos indígenas em todos os níveis de atenção e gestão.

Grupo 2 – Sul, Sudeste e Mato Grosso do Sul

- Necessidade de estabelecer espaços intersetoriais em nível local. (Diálogo, discussão, educação permanente), envolvendo outros atores (escola, professores, conselhos...);
- Estruturação de uma política de gestão de pessoas para a atenção à saúde mental, pautada pela intersectorialidade, integralidade, interculturalidade e atenção diferenciada;
- Importância de promover o *bem-viver* e a vida como uma forma de prevenção;
- Necessidade de descolonizar as ações do Estado, das RAPS, SESAI, Funai;
- Desenvolvimento de metodologias participativas para a articulação e escuta da população indígena, com os saberes dos povos indígenas, promovendo o protagonismo e autonomia dos povos indígenas e a sustentabilidade das ações e resultados;
- Prestar atenção às diversidades dentro das comunidades;
- Promover espaços de educação permanente dentro da instituição, troca de saberes e experiências entre instituições;
- Recomendação para o GT de envolver todos os estados, movimento indígena – um maior número de representantes indígenas, universidades indígenas, MP, MEC;
- Promover a integralidade – superar a fragmentação;
- Partindo do grupo instituído, trabalhar situações concretas, estudos de caso;
- Elaboração de documento com base nas discussões do GT e das diretrizes existentes;
- Necessidade de promover sensibilização dos gestores.

Grupo de Trabalho 3 – Mato Grosso e Tocantins

Nortes éticos e princípios de trabalho:

- Participação e protagonismo dos povos indígenas na construção de estratégias de

promoção do bem-viver como prevenção aos agravos decorrentes do uso de álcool e outras drogas;

- Cautela na forma de inserir a discussão sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas no interior das comunidades indígenas, respeitando os contextos locais e envolvendo as escolas;
- Fortalecimento e qualificação do controle social da saúde indígena na discussão;
- Equipes qualificadas para atuação em contexto intercultural de forma a qualificar a atenção diferenciada ofertada a população indígena.

Acordos técnico-políticos nos territórios e operacionalização das ações:

- Estruturar as RAPS para que tenham condições operacionais e logísticas para realizar atendimento em terras indígenas e outras áreas vulneráveis, de forma a garantir o atendimento desta população prioritária;
- Fomentar a criação de comitês intersetoriais locais que possam discutir a qualificação da atenção aos povos indígenas e traçar Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) intersetorialmente, a partir de estudos de caso;
- Garantir que os DSEIs e Funai sejam incluídos nos Grupos Condutores da RAPS;
- Promover o matriciamento entre as instituições (CR-Funai e DSEI-SESAI e RAPS), com foco na qualificação destas equipes para atuar com povos indígenas;
- Desenvolver ações de sensibilização dos gestores municipais e dos DSEIs sobre a importância do trabalho dos CAPS, RAPS e a necessidade de atuarem com as populações indígenas;
- Estruturar o apoio e financiamento por parte da Funai, SESAI e RAPS para as atividades tradicionais, culturais e de promoção do bem-viver dos povos indígenas como forma de prevenção aos agravos em saúde mental;
- Discutir o acesso e a atenção diferenciada aos indígenas que vivem em contextos urbanos na Rede de Atenção Psicossocial dos municípios;
- Apoiar iniciativas de coletivos e associações indígenas sobre necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e questões relacionadas;
- Promover atividades de escuta das mulheres indígenas que sofrem os impactos dos processos de alcoolização para que participem da construção de estratégias de prevenção, cuidado em saúde e promoção do bem-viver;
- Aprofundar a discussão sobre estratégias de busca ativa para atendimento aos indígenas com necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas;
- Desenvolver ações de combate ao racismo institucional, *bullying* e discriminação dos indígenas em ambiente escolar, na rede de saúde e de assistência social;
- Disponibilizar os vídeos e materiais produzidos na I Oficina Sobre Povos Indígenas e Necessidades Decorrentes do Uso de Álcool: Cuidado, Direitos e Gestão, para que sejam utilizados em atividades de qualificação e planejamento das ações de atenção à população indígena.

Acordos locais:

- Barra do Garças: os técnicos da região de Barra do Garças (CAPS, DSEI e CR)

acordaram propor a inclusão do DSEI e Funai no Grupo Condutor Municipal da RAPS e promover, no próximo ano, um encontro de sensibilização sobre atenção em saúde mental à população indígena com foco na RAPS e gestores municipais;

- Cuiabá: consolidar o Comitê Intersetorial Local envolvendo RAPS, CR e DSEI para desenvolver estratégias de qualificação da atenção à população indígena e traçar Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) intersetorialmente, a partir de estudos de caso;
- São Félix do Araguaia: instituir um Comitê Intersetorial Local envolvendo RAPS, CR e DSEI para desenvolver estratégias de qualificação da atenção à população indígena e traçar Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) intersetorialmente, a partir de estudos de caso;
- Colíder: propor a criação de um Comitê Intersetorial Local envolvendo RAPS, CR e DSEI para desenvolver estratégias de qualificação da atenção à população indígena e traçar Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) intersetorialmente, a partir de estudos de caso;
- Gestões de Brasília: fomentar, no início do próximo ano, diálogo envolvendo as instituições competentes para tratar do acesso da população indígena à Rede de Atenção Psicossocial.

Grupo de Trabalho 4 – Acre, Rondônia e Oeste do Amazonas

- Mapeamento epidemiológico com escuta coletiva acerca das necessidades e melhor estratégia de atendimento, utilizando espaços já existentes (rodas de conversas, visitas domiciliares etc.);
- Fortalecer os vínculos intersetoriais transversalizando o cuidado como um todo, a partir da prática do matriciamento como estratégia de cuidado, envolvendo o Controle Social sempre que necessário;
- Fortalecer o etnodesenvolvimento por meio da organização social e costumes dos povos indígenas, promovendo autonomia, protagonismo e acesso aos Direitos;
- Estabelecimento de uma articulação em nível interministerial com fins a negociar com a Presidência da República o fortalecimento do trabalho na base, de forma a fazer frente às demandas já existentes e que ganharão visibilidade por meio do trabalho da rede (recursos, equipe, projetos, eventos, capacitações etc.);
- Priorizar a pauta da Saúde Indígena na gestão da RAPS, em especial Grupo Condutor;
- Articulação e pactuação intersetorial relacionado ao Bem-Viver indígena;
- CR e DSEI realizarão reuniões intersetoriais em cada município, com o objetivo de fortalecer a rede e propor reuniões mensais entre as instituições locais e regionais.

Grupo 5 – Roraima e norte do Amazonas

- Levantar as demandas relativas ao uso abusivo de álcool localmente (nas aldeias) – Etapa preparatória para Oficina Regional – Responsáveis: RT de saúde mental dos

- DSEIs, Condisi e CLS, Funai (CR, Frentes e CTL), SMS;
- Proposta de Oficina Regional para discutir a questão do álcool de forma intersetorial no Amazonas: Recurso das conveniadas, DSEI, municípios; Lugar central (Manaus); Participação – SESAI, RAPS, Funai, SEMSA, Colegiado de Saúde Mental da Região Norte, Ministério Público Federal e Estadual, CRP, MEC, SEDUC, Assistência Social (Coordenações Locais – CRAS), SUSAM, ONGs que trabalham a questão do álcool em área indígena, Dioceses Católicas, Missionários Evangélicos, FEI, Exército, Coordenadorias Locais (principalmente Pari-Cachoeira e Iauareté), Associações Indígenas. Final de abril/maio de 2017;
 - Discutir os conceitos de bem-viver e propostas entre os atores envolvidos;
 - Apresentar boas práticas de bem-viver;
 - Discutir os condicionantes para o uso de álcool em comunidades indígenas;
 - Pactuar Planos de Ação para os territórios;
 - Fomentar nos Conselhos de Saúde Locais a discussão sobre álcool;
 - Discutir uma política diferenciada para implementação, implantação e qualificação dos CAPS na Amazônia;
 - Discutir o fator Amazônico nas políticas públicas;
 - Discutir matriciamento em saúde mental para as regiões que não dispõem de especialistas;
 - Fortalecer as equipes dos CAPS para que possam trabalhar em conjunto com Funai e SESAI nos territórios. (CAPS itinerante);
 - Discutir estratégias de fortalecimento do bem-viver na Atenção Básica integrando programas e atores estratégicos. Articulação e fortalecimento dos NASFs;
 - Diálogo mais próximo sobre estratégias de bem-viver entre as áreas técnicas (nível local e central);
 - Discutir mecanismos de educação sobre o uso de álcool nas aldeias (inserir o conceito de bem-viver nos planos pedagógicos das escolas indígenas – Articular propostas para a Conferência Nacional de Educação Indígena). Além da sensibilização das comunidades e educação financeira para o uso dos benefícios sociais;
 - Discutir a repressão do uso/comercialização do álcool em territórios indígenas;
 - Provocar uma discussão no nível central sobre o tema do álcool de modo a estimular as discussões e pactuações nos territórios.

Grupo 6 – Pará e Amapá

Nortes éticos e princípios de trabalho:

- Aproximação das equipes (RAPS, DSEI e Funai) para a quebra dos preconceitos e para o fim da negativa de prestação de serviços, com as competências delimitadas;
- Para além do recurso dos projetos, a preocupação é com a falta de corpo técnico dentro da Funai para trabalhar as questões de álcool, outras drogas e bem-viver. Logo, é fundamental o diálogo e construção conjunta de uma agenda, é daí que se vai em busca do recurso – instituições: DSEI, Funai, RAPS.

Acordos técnico-políticos nos territórios e operacionalização das ações:

- Realizar o matriciamento cruzado entre as equipes do DSEI e RAPS, com participação da Funai;
- Articular junto a procuradores do MPF e CNMP para apresentação de teses nos congressos do MP que visem qualificar suas atuações com a política de saúde indígena, evitando a Judicialização excessiva dos casos de saúde indígena. Responsável: Grupo de Trabalho (DSEI, Funai e RAPS);
- Que o Grupo de Trabalho Nacional produza um documento de orientação sobre a possibilidade de reversão das penas pecuniárias em recursos para as ações de promoção do bem-viver indígena;
- Produzir carta do evento para os territórios, de caráter propositivo, trazendo a problemática: “Processos de alcoolização e povos indígenas” e compartilhar as discussões;
- Criação de Grupos de Trabalho Locais e Intersetoriais para a elaboração de Plano de Ação em seus territórios; Instituições: DSEI, Funai, RAPS. Prazo: 1º bimestre/2017;
- Promover alinhamento entre o Plano de Trabalho Anual das CRs – Funai e o PDSI dos DSEIs;
- Participação da Funai nos CONDISIs e Grupos Condutores da RAPS das regiões sob sua jurisdição;
- Que o Ministério da Saúde reveja as formas de repasse das Chamadas Públicas, abrindo a possibilidade de repasse para outros entes (DSEIs, Associações indígenas etc.).

SISTEMATIZAÇÃO DAS PROPOSTAS: NORTES ÉTICOS E POLÍTICOS, PRINCÍPIOS DE TRABALHO, ACORDOS ÉTICO-POLÍTICOS NOS TERRITÓRIOS, E OPERACIONALIZAÇÃO DAS AÇÕES

Em relação ao campo da garantia de Direitos, em geral, os grupos apontaram a necessidade de se respeitar as normas constitucionais e infraconstitucionais (CF 88, Res. 169/OIT, Estatuto do Índio) e os saberes e práticas tradicionais das comunidades, construindo-se estratégias de fomentos à autodeterminação e ao protagonismo indígena, havendo uma urgência em se descolonizar as ações do Estado, das RAPS, SESAI e Funai. Além disso, ainda sugeriram a incorporação da estratégia de Redução de Danos em detrimento de uma lógica proibicionista para o cuidado às necessidades decorrentes do uso de álcool.

Em relação aos cuidados ofertados, observa-se que os grupos ressaltaram as

estratégias para desenvolvimento da integralidade do cuidado, por meio de atividades de escuta e acolhimento, com foco sobre a construção de vínculo e atenção centrada na perspectiva dos sujeitos. A corresponsabilização e o cuidado compartilhado entre os diversos atores da Rede foram destaque e consenso de todos os grupos, dando-se atenção para a ampliação do número de instituições envolvidas na promoção de saúde e cuidado às necessidades decorrentes do uso de álcool, sem haver uma responsabilidade exclusiva de um ou outro ponto da Rede de Atenção. Apontam ainda a necessidade de se aprofundar a discussão sobre estratégias de busca ativa para atendimento aos indígenas com necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas.

Para isso, a temática da gestão do cuidado foi a que mais recebeu propostas de ações conjuntas; o que nos leva a realçar a importância da qualificação da gestão das políticas públicas para o desenvolvimento de processos éticos que fortaleçam o protagonismo indígena, assim como aprimorem a efetividade das políticas indigenistas. Desse modo, os grupos sugeriram a criação de espaços de gestão compartilhada em nível local, com a participação de indígenas e suas entidades e de atores governamentais de diversas políticas públicas, em especial, a Assistência Social e o Desenvolvimento Agrário. Esses espaços podem ser organizados por Grupos de Trabalho, Comitês, Fóruns, Grupos Condutores que podem ser criados ou pré-existentes, como no caso da sugestão de inclusão da Funai nos Grupos Condutores da RAPS; os DSEIs em sua maioria já participam desse espaço de gestão. Esses espaços podem também servir para o compartilhamento de agendas e planejamentos. Sugeriu-se também alinhamento entre o Plano de Trabalho Anual das CRs – Funai e o PDSI dos DSEIs.

Compreende-se que esses GTs devem ser organizados pelas CRs e pelos DSEIs, que podem ser os protagonistas na construção da rede de cuidados intersetorial em cada região. A presente Oficina foi avaliada como um exemplo bem-sucedido de uma ação desenvolvida intersetorialmente. O princípio da intersetorialidade foi o mais destacado para organizar a gestão dos cuidados relacionados às necessidades decorrentes do uso de álcool, havendo a compreensão de que as ações e a gestão devem ser coletivizadas. Devendo-se também institucionalizar os canais de articulação e comunicação,

estabelecendo fluxos, níveis de responsabilidade e competência com segurança e sigilo a partir das necessidades das comunidades.

Os referidos espaços de gestão compartilhada podem desenvolver ações de sensibilização dos gestores municipais e dos DSEIs sobre a importância do trabalho dos CAPS, RAPS e a necessidade de atuarem com as populações indígenas, assim como discutir a qualificação da atenção diferenciada aos povos indígenas e traçar Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) intersetorialmente a partir de estudos de caso. Outro consenso foi a implementação da tecnologia leve do **matriciamento** entre os pontos de atenção da rede para se ampliar as possibilidades de cuidado de cada um deles, afinal, as outras instituições menos habituadas a atender as populações indígenas devem ser qualificadas para esse tipo de cuidado diferenciado, como é o caso dos CAPS e dos CRAS. Sugeriu-se ainda o desenvolvimento de metodologias participativas para a articulação e escuta da população indígena com os saberes dos povos indígenas, promovendo o protagonismo e autonomia dos povos indígenas e a sustentabilidade das ações e resultados, tendo-se em vista o fortalecimento do etnodesenvolvimento por meio da organização social e costumes dos povos indígenas, promovendo autonomia, protagonismo e acesso a Direitos.

Para territórios indígenas foi sugerido o desenvolvimento de ações conjuntas para o levantamento de demandas relativas ao uso abusivo de álcool nas aldeias e a discussão de seus determinantes e condicionantes, sendo que isso pode ser pauta de reuniões dos Conselhos Locais de Saúde.

A sugestão da realização de oficinas regionais parece ser bastante adequada e conveniente para estruturar as RAPS, para que tenham condições operacionais e logísticas para realizar atendimento em terras indígenas e outras áreas vulneráveis, de forma a garantir o atendimento desta população prioritária. É claro que isso também depende de aporte de recursos federais, estaduais e municipais.

A questão do financiamento também foi abordada, solicitando-se que o Ministério da Saúde reveja as formas de repasse das Chamadas Públicas, abrindo a possibilidade de repasse para outros entes (DSEIs, Coordenações Regionais, Associações Indígenas).

Propôs-se que o financiamento de pontos de atenção da RAPS deveria levar em consideração o fator amazônico e formas de acesso a populações vulneráveis, como os indígenas.

Em nível nacional foi proposta a articulação com o Conselho Nacional do Ministério Público para apresentação de teses nos Congressos do MP que visem qualificar suas atuações com a política de saúde indígena, evitando a judicialização excessiva dos casos de saúde indígena, assim como a ampliação do entendimento sobre as necessidades decorrentes do uso de álcool entre indígenas. Além disso, ainda se propôs que o Grupo de Trabalho Nacional produza um documento de orientação sobre a possibilidade de reversão das penas pecuniárias em recursos para as ações de promoção do bem-viver indígena.

TRABALHO DE ATENÇÃO INTERSETORIAL EM REDE: UMA PROPOSTA METODOLÓGICA

A partir da experiência da Oficina, avalia-se que a proposta metodológica desenvolvida tem potencial para ser replicada em trabalhos em campo, nos territórios, podendo ainda ser adaptada a diferentes cenários e contextos.

Durante a Oficina as diversas mesas de trabalho tiveram importante papel na troca de conhecimentos e de proposições de manifestações de princípios éticos e técnico-políticos, buscando-se um **alinhamento conceitual** mínimo entre as diferentes instituições e grupos presentes.

As falas da Mesa de Abertura reafirmaram o papel de todas as instituições no processo, tanto no cuidado, na gestão, como na garantia de direitos, **a partir da perspectiva de trabalho em Rede**.

Os Grupos de Trabalho tiveram como um de seus objetivos aproximar pessoas dos territórios, dando início e suporte a diversas redes locais. Isto se dá porque a discussão intersectorial sobre saúde mental envolve diversos órgãos governamentais que trabalham diretamente com povos indígenas e com saúde mental, em diferentes aspectos e níveis. Primeiramente, foi realizado um exercício de definição de identidades, papéis, atribuições e competências. Assim, em cada um dos grupos de trabalho foi solicitado ao coletivo de cada instituição que se apresentassem às demais instituições, buscando trazer clareza para si e para os demais coletivos institucionais presentes sobre suas competências, papéis, limites e desafios.

Ou seja, os agentes e profissionais de órgãos governamentais podem saber bem ‘o quê’ e ‘como’ fazem dentro de suas prerrogativas e espaços de trabalho. Entretanto, desconhecem, na maioria das vezes, quem são e como atuam seus parceiros institucionais. Muitas vezes conceitos básicos de uma área são desconhecidos por outra.

Entretanto, é mister compreender que, além das instituições governamentais, as Redes de Atenção Psicossocial para povos indígenas podem envolver organizações não governamentais e a sociedade de forma geral. Neste contexto é pressuposto essencial a participação dos povos indígenas por meio de suas comunidades, famílias, indivíduos,

organizações, entre outros.

Assim, surge a questão: como trabalharmos em Rede, se não soubermos o que fazem os parceiros, e não conhecermos seus princípios orientadores? Por exemplo, como discutir saúde mental para povos indígenas sem entender o que é a Rede de Atenção Psicossocial e a Reforma Psiquiátrica? Como trabalhar junto aos povos indígenas sem fazer a discussão sobre o fim da tutela e a autonomia desses povos? Ou como pensarmos o bem-viver indígena sem nos atentarmos para o fato de que se trabalha com práticas diferentes relacionadas ao corpo, autoatenção, processo de adoecimento, convalescença e cura? Ou sem o reconhecimento de que já existem atores, dentro dos povos indígenas e suas comunidades, que desenvolvem importantes papéis sociais relacionados ao processo de adoecimento e cura? É neste sentido que se torna fundamental a produção de Alinhamento Conceitual que promova um diálogo mais fluido e de confiança entre as instituições.

Logo, sugerimos às Redes locais a promoção de espaços de alinhamento conceitual, de forma que todas as instituições e demais parceiros exponham claramente suas missões e princípios, orientando os processos a serem construídos sobre uma estrutura institucional sólida, visando os Planos de Ação que se desenvolverão territorialmente.

Tão meritório quanto tal alinhamento conceitual é a percepção de que as instituições são feitas de pessoas. São as pessoas que personificam as instituições. Como então discutir saúde mental e bem-viver para povos indígenas sem conhecer o CAPS local e seus trabalhadores, a Coordenação Municipal e Estadual de Saúde Mental e seus gestores? O técnico de referência para a saúde na Coordenação Regional da Funai? a Referência Técnica de Saúde Mental nos DSEIs ou as comunidades e liderança indígenas da região? Assim, para a efetividade do trabalho em rede, faz-se fundamental **o estreitamento das relações interinstitucionais**, e dessas com as comunidades indígenas e demais setores sociais envolvidos nesses processos. Neste modelo, enquanto se produz alinhamento conceitual se produz, ao mesmo tempo, estreitamento das relações interinstitucionais e intersetoriais.

Por fim, a oficina propôs um passo a mais, o da articulação concreta, de alcance nos territórios, ou seja, na vida dos indígenas e suas comunidades. A partir desse exercício, e

em seguida, da construção de um diagnóstico conjunto de seus territórios e demandas foi proposta a realização também de acordos técnicos nos territórios, e desse modo, de responsabilidades compartilhadas.

É assim que, ao conhecer os parceiros e o que eles fazem, é possível verificar-se o que se pode construir coletivamente para a Atenção Psicossocial para povos indígenas. Todos os setores, empoderados, produzem atuação em campo e, em rede, cada ente se dispõe a trabalhar no que tem como missão e princípio, facilitando, cada um, as atuações em fluxo e, inclusive, o matriciamento das equipes.

Neste sentido, depreende-se que a metodologia proposta consiste sinteticamente de:

- a) Alinhamento conceitual;
- b) Estreitamento das Relações interinstitucionais;
- c) Facilitação de fluxos de atenção e matriciamento.

Estas são etapas estruturantes e que podem fazer diferença na construção do trabalho conjunto e da responsabilidade compartilhada, tornando o trabalho em Rede realmente viável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Relatório buscou registrar de forma detalhada a proposta, os diálogos e os resultados desenvolvidos durante a *I Oficina Povos Indígenas e Necessidades Decorrentes do Uso de Álcool*, em 2016. A escolha desse formato mais extenso deve-se, primeiramente, à constatação da riqueza do encontro, à certeza de sua contribuição ao debate e às ações efetivas de atenção voltadas aos povos indígenas. Uma segunda razão está também na preocupação de se construir uma memória institucional sobre processos desenvolvidos nos últimos anos, entre profissionais dos diferentes órgãos governamentais que formaram o GT Intersetorial Saúde Mental e Povos Indígenas, colaboradores indígenas e não indígenas que apontam caminhos possíveis de se percorrer. Os relatos aqui registrados trazem, desse modo, também uma documentação sobre ações e esforços em variadas escalas e grupos para a construção de respostas e soluções no campo do cuidado e da atenção em saúde mental, da efetividade dos direitos indígenas, da articulação e compromisso da gestão institucional nesses processos.

Optou-se por transcrever as apresentações sobre as práticas dos territórios por se entender que esses relatos tornam a experiência mais vívida, expondo-se as dificuldades encontradas e as mudanças que ainda não podem ser expressas em resultados, mas que representam transformações subjetivas na vida dos sujeitos e das comunidades indígenas.

Compreende-se também que as experiências práticas apresentadas são operacionalizações dos princípios manifestados na primeira mesa, tendo como eixo principal o protagonismo dos indígenas na promoção do bem-viver de suas comunidades. Essa ênfase sobre o protagonismo é também uma resposta ao processo histórico de tutela vivenciado pelos povos indígenas, além de ser, também, um princípio da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). A tutela pode coibir a autodeterminação e a vontade dos indivíduos em relação, inclusive, às formas de cuidado e tratamento nas ações de saúde. Por isso, acredita-se que a atenção psicossocial para indígenas deve buscar um projeto terapêutico integral, que fortaleça os sujeitos, suas comunidades e povos em suas diversas matizes.

Aprofundar o conhecimento sobre os povos, sua história, cosmologia e tradições, é

uma das formas de se caminhar conjuntamente na direção do protagonismo indígena, sem que se exerça a tutela. Essas ações são possíveis apenas por meio da prática de um olhar diferenciado, um olhar que tenta se colocar no lugar do outro, em busca da compreensão dos modelos explicativos indígenas para o mundo, conforme revelam os próprios indígenas.

Além disso, a oficina realizada já está promovendo frutos no território por meio da construção de grupos de trabalho intersetoriais em algumas regiões do país, como em Belém, no Alto Solimões, Litoral Sul e Manaus. Compreende-se que esse também é um convite para que outras políticas públicas, para além do setor saúde, possam se aproximar dos territórios indígenas, promovendo ações que transformem os determinantes sociais e ambientais da saúde dos povos indígenas. Assim, o trabalho intersetorial e em Rede também é um princípio básico para a construção de boas práticas em atenção psicossocial aos povos indígenas.

A atenção psicossocial oferece uma oportunidade de se ampliar o olhar sobre a saúde das populações indígenas, já que ao se abordar os processos de alcoolização acaba-se por tocar em questões relativas à violência, à discriminação, ao racismo, ao direito à terra e à reprodução cultural e material das formas tradicionais de vida dos povos originários.

Compreende-se que o relatório final é um convite para que as políticas públicas possam se aproximar dos territórios indígenas, trabalhar de forma intersetorial e em rede, e promover cuidado e ações que transformem os determinantes sociais e ambientais de saúde, visando o bem-viver dos povos indígenas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 5.371, de 05/12/1967, institui a “Fundação Nacional do Índio” e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L5371.htm.

_____. Lei nº 9.836, de 23/09/1999, institui o “Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, integrado ao Sistema Único de Saúde”. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9836.htm.

_____. Lei nº 10.216, de 06/04/2001, dispõe sobre a “proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm.

_____. Decreto nº 7.747, de 05/06/2012, institui a “Política Nacional de Gestão Territorial e Ambiental de Terras Indígenas (PNGATI)”. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/decreto/d7747.htm.

ALBUQUERQUE, F.P.; NÓBREGA, L.S.; REIS, R.A.C. **Nota Técnica nº 14/CGAPSI/DASI/SESAI**, Ministério da Saúde, 2013.

ALMEIDA, S.S.; JACINTO, A.B.M.; MOTA, T.D.; NÓBREGA, L.S. **Relatório de Visita Técnica Intersetorial à Dourados e Campo Grande – MS – 13 a 17 de outubro de 2014. Bem-Viver e Saúde Mental em Contextos Indígenas: Dourados**. COASA/FUNAI; CGMAD/DAPES/SAS/MS; DASI/SESAI/MS.

FUNAI. **Instrução Normativa número 01**, de 13/05/2016, publicada no Diário Oficial da União, nº 93, terça-feira, 17 de maio de 2016, p. 24, disponível em:

<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=17/05/2016&jornal=1&pagina=24&totalArquivos=112>.

LANGDON, E.J. O abuso de álcool entre os povos indígenas no Brasil: uma avaliação comparativa. **Revista Tellus**, 2005. Acessível em: <http://www.tellus.ucdb.br/index.php/tellus/article/view/99>.

_____. O abuso de álcool entre os povos indígenas no Brasil: uma avaliação comparativa. In: Maximiliano Loiola Ponte de Souza. (Org.). **Perspectivas de Alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais**. 1ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013, v. 1, p. 27-46.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Anais do Seminário sobre Alcoolismo e vulnerabilidades às DST/AIDS entre os povos indígenas da macrorregião Sul, Sudeste e Mato**

Grosso do Sul. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Série Seminários e Congressos, n° 04, Brasília, 2001.

_____ **Relatório de Ações junto ao Povo Javaé da Ilha do Bananal – Junho de 2013.** Sesai, DSEI Tocantins, 2013.

_____ **Documento Orientador sobre a gestão da atenção psicossocial nos DSEIS.** SESAI, Brasília, 2014. circulação restrita.

_____ **Portaria de consolidação n° 2, de 28/09/2017, Anexo 3 do Anexo XIV** (Origem: PRT MS/GM 2759/2007), trata as diretrizes para a política de atenção integral à saúde mental das populações indígenas.

_____ **Portaria de Consolidação n° 3, de 28/09/17, Anexo V** (Origem: PRT MS/GM 3088/2011). Trata da instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

MOTA, T D.; JACINTO, A.B.M; MACDOWELL, P. de L. **Notícias do Meio do Caminho: alguns desafios para as políticas de atenção psicossocial na região do Cone Sul do Mato Grosso do Sul.** Trabalho apresentado na 30ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada em agosto de 2016, João Pessoa/PB. Disponível em: <<http://www.abant.org.br/conteudo/ANAIS/30rba/index.php?id=19>>.

NUNES, E.S. **Relatório antropológico sobre os casos de tentativa e óbito por suicídio entre os Karajá do Médio Araguaia (MT/TO).** SESAI, Ministério da Saúde, Brasília, abril de 2013.

OLIVEIRA, W.F.; CARNEIRO, H.(Org.). **Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas – Da Coerção à Coesão. Álcool e sociedade.** Universidade Federal de Santa Catarina, Unasus. 2014. Modo de acesso: <<https://unasus.ufsc.br/alcooleoutrasdrogas/>>.

PRADO, A.B. **Relatório sobre a Situação do Direito à Convivência Familiar e Comunitária de Crianças e Jovens Indígenas em Dourados.** Funai, Diretoria de Promoção ao Desenvolvimento Sustentável – DPDS, Coordenação-geral de Promoção da Cidadania – CGPC. Nota Técnica n° 27/2015/CGPC/DPDS/FUNAI. Brasília, 01 de abril de 2015.

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

ANEXO I - PROGRAMAÇÃO DETALHADA



Antecedentes:

Dentre as necessidades de saúde dos povos indígenas no Brasil, as questões referentes ao uso de álcool e outras drogas estão entre as mais graves, complexas e prevalentes. A discussão sobre o tema tem sido realizada no âmbito acadêmico, governamental e entre os povos indígenas, observando-se a necessidade de aprofundamento do debate e da construção de horizontes de ação. Desde 2013, o Grupo de Trabalho Intersetorial sobre Saúde Mental e Povos Indígenas, formado por representantes do Ministério da Saúde (SESAI, SAS-CGMAD) e Funai, vem atuando com o propósito de analisar conjuntamente prioridades e construir estratégias a serem realizadas junto às equipes dos diversos territórios. Duas portarias orientam esse trabalho: Portaria GM nº 2.759, de 2007, que estabelece as diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas; e a Portaria nº 3.088/2011, que institui a RAPS e reconhece a responsabilidade dos pontos de atenção para com os povos indígenas em seu artigo 4º. Também são importantes as diretrizes da Política Nacional de Gestão Ambiental e Territorial de Terras Indígenas, Decreto nº 7.747, de 05 de junho de 2012, que reforçam a articulação entre a melhoria da qualidade de vida, condições plenas de reprodução física e cultural, e a proteção, recuperação, conservação e uso sustentável dos recursos naturais das terras e territórios indígenas.

Objetivo Geral:

Acordar de forma conjunta a construção de princípios ético-políticos para o cuidado, na perspectiva da intersetorialidade e da garantia dos direitos indígenas, por meio da articulação de Redes de Cuidado e Atenção: DSEIS, RAPS, Funai/CRs, modos indígenas de cuidado, assistência social, justiça, entre outras. Construir espaço de acordos e compromissos para produção de ações intersetoriais nos territórios;

Objetivos Específicos – formulação dos seguintes produtos:

- 1) Documento sobre princípios ético-políticos para o cuidado;
- 2) Acordos técnico-políticos para a gestão nos territórios.

Público alvo:

Técnicos das Coordenações Regionais da Funai; Referências Técnicas dos Distritos Sanitários Indígenas; Representantes das coordenações de saúde mental de municípios/RAPS; Indígenas; Convidados.

Realização:

Fiocruz Brasília; Ministério da Saúde (CGAMD e Sesai) e Funai;

Público: 150/200 pessoas;

Data: 12, 13 e 14 de dezembro de 2016.

Hora e Local:

12/12: 09h – 17h (reuniões setoriais preparatórias Funai/Sesai). Local: Fiocruz/Brasília localizado na avenida L3 norte, s/n, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Gleba A, SC4 – Asa Norte – Brasília – DF.

19h – 22h (abertura institucional no Memorial dos Povos Indígenas situado no Eixo Monumental, em frente ao Memorial JK).

13 e 14/12: 09:00 – 18:00 Fiocruz-DF, localizado na avenida L3 norte, s/n, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Gleba A, SC4 – Asa Norte – Brasília – DF.

PROGRAMAÇÃO

1º Dia – 12/12

19h-22h Memorial dos povos indígenas

Abertura institucional:

- Memorial dos Povos Indígenas – MPI/GDF – Álvaro Sampaio Tukano;
- MS – Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI – Secretário;
- MS – Secretaria de Atenção à Saúde – SAS - Secretário;
- Funai – Presidente;
- Fundação Oswaldo Cruz- Fiocruz – Vice-presidente Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde;
- Fórum de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (FP Condisi);
- Ministério Público Federal MPF – 6ª Câmara – Populações Indígenas e Comunidades Tradicionais;
- Conselho Nacional de Política Indigenista CNPI – Câmara Temática de Saúde;
- Comissão Intersetorial de Saúde Indígena do Conselho Nacional de Saúde – CISI – CNS;
- Comissão Intersetorial de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde – CISM – CNS.

Abertura Indígena:

- Álvaro Tukano e Sapaim Kamayurá.

Apresentação artística e *coffee break*

2ºDia 13/12/2016 – Período integral

Manhã – Auditório externo da Fiocruz/Brasília.

08h30 – 11h30 Mesa – *Referências e orientações ético-políticas para o cuidado e a atenção: desenhando o tom da conversa*

- *Bem-viver Indígena* – Anastácio Peralta – Panambizinho/MS;
- *Direitos indígenas:* Fernando Antônio de Carvalho Dantas (Professor titular da Faculdade de Direito – UFG);
- *Política Nacional de Saúde Mental, álcool e outras drogas e a RAPS:* Roberto Tykanori Kinoshita (Coordenação de Saúde Mental do município de São Paulo);

- *Cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas*: Sofia Mendonça (Coordenadora do Projeto Xingu – Unifesp);
- *Saúde Indígena e processos de alcoolização*: Luciane Ouriques Ferreira (Pós-doutoranda do PPG de Antropologia Social/ UFSC; pesquisadora do INCT Brasil Plural).

MEDIADOR: Fernando Pessoa de Albuquerque – Área técnica de Saúde Mental e Medicinas Tradicionais Indígenas DASI – SESAI – Ministério da Saúde;
Relatoria: CGMAD/MS;

11h30 -12h30 – Fala Aberta – Debate

12:30 – 13:30 – Almoço

Tarde

13h30 – 15h30 – *Experiências de Territórios (Cuidado e Articulação Intersetorial)* (Auditório externo Fiocruz Brasília):

- *Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil de Parelheiros/SP* – Ediana Ferreira Cereja de Souza;
- *Mutirão para a Efetivação do Direito à Convivência Familiar e Comunitária das Crianças e Jovens Indígenas do Cone Sul do Mato Grosso do Sul* – Vander Aparecido Nishijima. Funai – CR Dourados/MS;
- *Centro de Atenção Psicossocial de Formoso do Araguaia/TO* – Teruco Higa;
- *Distrito Sanitário Especial Indígena Pernambuco* – Edinaldo dos Santos Rodrigues;
- *Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá* – Thélia Maria Pinheiro de Santana.

Mediadora/debatedora: Isadora Simões – Coordenação de Saúde Mental do Município de São Paulo. 15 minutos para cada apresentação; 30 minutos para diálogo.

Relatoria: Sesai/Funai.

16h – 18 – *Grupos de Trabalho: Quem somos e Como Fazemos?* (Salas do Bloco Educacional – Fiocruz Brasília):

- *Gestão*;
- *Cuidado*;
- *Garantia e efetivação dos direitos*.

Divisão em 6 grupos: 1) Nordeste; 2) Sul, Sudeste e Mato Grosso do Sul; 3) Mato Grosso e Tocantins; 4) Acre, Rondônia e Oeste do Amazonas; 5) Roraima e Amazonas; 6) Pará e Amapá.

Metodologia: Mediadores (CGMAD, Sesai e Funai) apresentam a proposta de trabalho. Os participantes se apresentam (20 minutos), e em seguida se organizam em subgrupos por setores (RAPS, SESAI, Funai), que terão 15 minutos para prepararem um relato sobre seus territórios de trabalho. Representantes indígenas e convidados podem se organizar em outros grupos, ou se articular a um dos setores. Em seguida, cada setor irá apresentar o trabalho que fazem em seus territórios (30 minutos/ 10 minutos por grupo). Debate.

Observação sobre horário de encerramento: a Fiocruz encerra suas atividades às 18hs, e não será possível permanecer no espaço após esse horário.

Relatoria: buscar sínteses que possam compor/contribuir posteriormente o documento final.

| |
|--|
| 3º Dia 14/12 – Período integral |
|--|

08h30 – 10h: Auditório Externo – Fiocruz Brasília – **GT Intersetorial Saúde Mental e Povos Indígenas: *Situando cenários e desafios a partir dos diferentes campos institucionais:*** Ministério da Saúde – CGMAD, SESAI; Funai; Mediador: Conselho Nacional de Política Indigenista (CNPI).

Metodologia: Primeiro haverá uma apresentação do GT intersectorial (quem somos e o que fazemos?), resgatar a memória e caminho percorrido (retomar a apresentação que foi feita para Vera Lopes), portarias norteadoras = 10 minutos;
Cada instituição tem uma fala (Funai, SESAI, CGMAD) 15 minutos.

10h30mim – 12h30: Continuação Grupos de Trabalhos: composição DSEIs/RAPS/CRs, Representantes Indígenas e convidados – Mediadores (CGMAD, Sesai e Funai) (salas do Bloco Educacional – Fiocruz/Brasília).

Discussão/questões disparadoras: *Como é possível operacionalizar os princípios e práticas trazidos nas mesas, nas experiências apresentadas e nas diretrizes nacionais, tendo a intersectorialidade como base das ações? (Gestão; Cuidado; Garantia e efetivação dos direitos).* Diálogos a partir das questões norteadoras; leituras conjuntas dos territórios e cenários; desafios, dificuldades e possibilidades de trabalho intersectorial/intercultural; articulação entre redes de atenção institucionais e redes indígenas.

Proposta de continuidade nos territórios: Quais são os nortes éticos e princípios de trabalho e cuidado compartilhados pelos vários grupos e setores envolvidos? Quais são as estratégias para o cuidado da população indígena na região? É possível pensar, de forma preliminar, acordos éticos/técnicos para os territórios?

Metodologia: Mantém-se a divisão em 6 grupos: 1) Nordeste; 2) Sul, Sudeste e Mato Grosso do Sul; 3) Mato Grosso e Tocantins; 4) Acre, Rondônia e Oeste do Amazonas; 5) Roraima e Amazonas; 6) Pará e Amapá.

Mediadores: (CGMAD, Sesai e Funai) apresentam a proposta de trabalho. Os participantes já organizados em subgrupos territoriais, entrelaçando os setores (RAPS, SESAI, Funai), representantes indígenas e convidados, que terão 20 minutos para discutirem sobre as questões propostas. Em seguida, cada subgrupo irá apresentar as considerações e propostas para continuidade dos trabalhos em seus territórios (30 minutos). Debate.

Observação: Em cada grupo deverá estar presente 1 técnico da SESAI, 1 técnico da Funai e 1 técnico da CGMAD, que se dividirão para condução do grupo e relatoria.

12h30 – 13h30 – Almoço

Tarde – 13h30 – 14h15: Sistematização dos resultados discutidos pelos grupos em salas.

14h30 – (Auditório Externo – Fiocruz Brasília) Relato/síntese sobre o trabalho dos 6 grupos e

apresentação das propostas para documento conjunto. 15 minutos por grupo de trabalho. Debate Aberto.

Metodologia: Durante as apresentações haverá um grupo responsável por fazer a síntese/consolidação desses relatos e de princípios compartilhados.

17h Encerramento – Síntese das apresentações e pontos norteadores éticos do cuidado e da atenção. Identificar quais são os consensos destes princípios. Próximas agendas*/devolutiva de documento final/perspectivas de continuidade*