

## Notícias de meio do caminho: alguns desafios para as políticas de atenção psicossocial na região do Cone Sul do Mato Grosso do Sul<sup>1</sup>

Andréa Borghi Moreira Jacinto (MS/Brasil)

Pedro de Lemos Macdowell (MS/Brasil)

Taia Mota Duarte (MS/Brasil)<sup>2</sup>

Palavras-chave: Saúde Mental; Saúde Indígena; Guarani-Kaiowá

O artigo tem a intenção de registrar algo dos debates e desafios em torno da construção de políticas de atenção psicossocial voltadas aos povos indígenas, no período de 2012 a 2015, considerando particularmente a região do Cone Sul do Mato Grosso do Sul, e o povo Guarani-Kaiowá. A gravidade dos conflitos territoriais e étnicos vivenciados por esses povos tem sido veiculada e debatida publicamente há vários anos, embora pouca mudança efetiva tenha ocorrido nesse cenário. Entre os sofrimentos atrelados a tais situações, registram-se altos índices de suicídios, violências das mais diversas, violações de direitos, e também necessidades decorrentes do uso de álcool e drogas.

O ponto de vista a partir do qual se escreve traz experiências técnico/políticas da atuação dos autores – dois antropólogos e uma enfermeira – no governo federal, como analistas técnicos de políticas sociais no Ministério da Saúde. Porém, não se trata de um artigo institucional, na medida em que o discurso produzido no artigo não representa oficialmente o pensamento e a gestão institucional. Trata-se de uma reflexão livre a partir desse lugar de prática, bem como de suas condições e implicações específicas. Mais particularmente, esse lugar de prática está vinculado à Coordenação-geral de

---

<sup>1</sup> Trabalho apresentado na 30ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 03 e 06 de agosto de 2016, João Pessoa/PB.

<sup>2</sup> Os autores são Analistas Técnicos de Políticas Sociais (ATPS), vinculados ao Ministério da Saúde. Andréa Borghi Moreira Jacinto é antropóloga ([andrea.jacinto@saude.gov.br](mailto:andrea.jacinto@saude.gov.br)); Pedro Macdowell é antropólogo ([pedro.macdowell@saude.gov.br](mailto:pedro.macdowell@saude.gov.br)); e Taia Duarte Mota é enfermeira ([taia.mota@saude.gov.br](mailto:taia.mota@saude.gov.br)). Este texto é uma reflexão independente dos autores, desenvolvida a partir de um trabalho mais amplo realizado no âmbito da Coordenação-geral de saúde mental, álcool e outras drogas, do Ministério da Saúde, e de seu Núcleo de Populações Tradicionais, que contou também com a participação de Isadora Simões de Souza, Marina Rios Amorim e Jaqueline Tavares de Assis, sob a coordenação de Roberto Tykanori Kinoshita. No entanto, reforça-se que as ideias aqui apresentadas são de inteira responsabilidade dos autores.

Saúde mental, Álcool e Outras Drogas, responsável no âmbito federal pela formulação e consolidação da Política Nacional de Saúde Mental.

Esse ponto de vista e suas possibilidades de atuação em relação a povos indígenas são também condicionados por vários outros campos e agentes. Primeiro, pela estrutura do próprio Sistema Único de Saúde - SUS, e pelas articulações necessárias entre Atenção Primária ou Básica em saúde, Atenção de Média e Alta complexidade, e o Subsistema de Saúde Indígena, por meio da Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena – SESAI. Ao mesmo tempo, na gestão federal, e considerando a intersetorialidade prevista no modelo de atenção psicossocial, aberto pela Lei 10.216, de 2001, são também de grande importância interfaces com outros órgãos, como a Fundação Nacional do Índio -Funai e o então Ministério do Desenvolvimento Social (atualmente Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário). Igualmente, reconhecendo-se os direitos indígenas instituídos pela CF 1988, pela Convenção 168 da OIT, bem como diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental a partir da Lei 10.216 – que reforçam o papel dos territórios, da autonomia e do protagonismo dos usuários – faz-se fundamental que aquela atuação seja construída em conjunto, e a partir do diálogo, com os povos indígenas. Desse modo, o relato construído é também atravessado por relações entrelaçadas entre esses vários campos e agentes.

### **I. Situando a atenção psicossocial aos povos indígenas no âmbito do SUS**

Até recentemente, no âmbito da gestão federal da média e alta complexidade do SUS, não havia uma discussão específica em saúde mental voltada aos povos indígenas<sup>3</sup>. A discussão sobre atenção psicossocial aos povos indígenas mostrava-se mais circunscrita às ações da Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI, responsável por coordenar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, que tem característica descentralizada, com autonomia administrativa, orçamentária, financeira e

---

<sup>3</sup> No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) faz-se diferenciação entre três níveis de complexidade de atenção à saúde: atenção básica ou primária, média e alta complexidade. Segundo o Glossário do Ministério da Saúde (Brasil, 2004) assim são caracterizados cada um desses níveis: “A Atenção de Alta Complexidade é composta por procedimentos que exigem incorporação de altas tecnologias e alto custo e que não são ofertadas por todas unidades de federação”; a média complexidade “compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam a atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática e clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique a sua oferta em todos os municípios do País”; e a atenção básica ou primária “é um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”.

responsabilidade sanitária por meio de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Uma das principais diretrizes do Subsistema está na organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas por meio dos DSEIs e de Pólos-Base, em nível local, no âmbito da atenção primária e de serviços de referência.<sup>4</sup> Nesse contexto, a saúde mental dos povos indígenas passou a ser orientada pela Portaria nº 2.759, de 25 de outubro de 2007, que estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas (PAISMPI).

Com a publicação da Portaria 2.759, em 2007, ano em que a gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas ainda se dava no âmbito da Fundação Nacional de Saúde – Funasa, foi criada uma Área Técnica de Saúde Mental, responsável pela gestão em nível federal da Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas. Hoje na SESAI, a Área Técnica de Saúde Mental dá suporte aos DSEIs nas ações de saúde mental, fazendo ainda o monitoramento dessas ações em âmbito nacional. A interlocução da Área Técnica com os DSEIs se dá principalmente por meio das Referências Técnicas em Saúde Mental (RT) na Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI) de cada Distrito, função criada em 2011 para fazer a gestão da atenção psicossocial nos DSEI. Segundo o Documento Orientador Sobre a Gestão da Atenção Psicossocial nos DSEI, a referência técnica em saúde mental

“contribui, junto com a DIASI, para o planejamento, organização, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas. Ele também atua no sentido de organizar as informações de saúde, propor diretrizes locais para desenvolvimento das ações de atenção psicossociais. Em parceria com o chefe de DIASI, é responsável pela articulação institucional com os pontos de atenção da RAPS e outras redes institucionais. Outro eixo de atuação é o de Apoio Matricial no qual estes profissionais ofertam suporte técnico e pedagógico às EMSI [Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena] como reuniões de equipe, ações de educação permanente, discussão de caso, etc. e também desenvolvem ações assistenciais junto à população para os casos mais complexos encontrados nas aldeias, Polo Base ou Casai. Além disso, uma possibilidade de atuação deste profissional diz respeito ao desenvolvimento de projetos intersetoriais de promoção da saúde e fomento ao protagonismo indígena.”

---

<sup>4</sup> Para uma análise mais detalhada da Política de Saúde Indígena no Brasil, ver Garnelo, 2012.

## II. Reforma Psiquiátrica, Rede de Atenção Psicossocial e Saúde Indígena

Para se compreender a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, no âmbito das premissas mais amplas da Política Nacional de Saúde Mental no SUS, é importante considerar o marco de 2011, quando foi publicada a Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011. A instituição da RAPS tornou possível fortalecimento do papel do território na superação definitiva do modelo asilar, conforme preconizou a Lei 10.216, de 2001, conhecida também como Lei da Reforma Psiquiátrica. Permitiu principalmente a implantação de uma rede de serviços de atenção psicossocial, com base territorial e comunitária, e guiada pelo princípio do cuidado em liberdade, ao contrário do modelo anteriormente hegemônico, centrado em hospitais psiquiátricos e em internações<sup>5</sup>. Importante também – inclusive para a compreensão da discussão adiante – salientar que a gestão dessa rede é tripartite, tal qual orienta as Leis Orgânicas da Saúde ( Lei nº 8.080/ 1990 e nº 8.142/1990), ou seja, as responsabilidades pela construção, execução, monitoramento e financiamento das políticas de saúde devem ser compartilhadas pelos governos federal, estaduais e municipais.

Do ponto de vista formal, a Portaria nº 3.088/2012 reconheceu a responsabilidade dos serviços vinculados à RAPS para com os povos indígenas em seu artigo 4º. Isso significa, para além de um cuidado ofertado no âmbito da SESAI e dos DSEIs em Terras Indígenas, que também os serviços financiados pela gestão federal, e administrados por municípios e estados, devem ter como objetivo promover cuidados em saúde mental para grupos considerados mais vulneráveis, como os povos indígenas.

É importante contextualizar, nesse horizonte, a Política Nacional de Saúde Mental no âmbito do movimento de reforma psiquiátrica. Tal movimento promoveu importantes transformações sobre a forma de cuidado em saúde mental, partindo da

---

<sup>5</sup> São componentes da RAPS, conforme a Portaria 3088/2011: a atenção básica em saúde, incluindo as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as equipes de atenção básica para populações específicas e os Centros de Convivência; as diferentes modalidades de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que correspondem à atenção psicossocial especializada; a atenção de urgência e emergência, incluindo SAMU, salas de estabilização, UPA e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, entre outros; a atenção residencial de caráter transitório, incluindo as Unidades de Acolhimento (UA), entre outros; a atenção hospitalar, incluindo as enfermarias especializadas em hospitais gerais (mas não os hospitais psiquiátricos); as estratégias de desinstitucionalização, incluindo os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e as Equipes de Desinstitucionalização); e as estratégias de reabilitação psicossocial.

crítica ao modelo asilar, hegemônico até a década de 1960, o qual produzia mais violação de direitos humanos e estigmas, do que cuidado. Segundo Fernanda Nicácio,

“na década de 1990, a afirmação dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais e a superação do modelo asilar foram definidas como as principais diretrizes para o processo de reforma psiquiátrica e para a implementação da política nacional de saúde mental, engendrando mudanças significativas nas dimensões assistencial, legislativa e sociocultural.”  
(Nicácio,2003; pag. 27)

A partir de então foram desenvolvidas no Brasil diversas experiências práticas que têm demonstrado que o cuidado em liberdade, a partir das necessidades de saúde dos sujeitos e do que os territórios e comunidades têm a oferecer, produz muito mais sentido para as diversas possibilidades de vida e existência. Ainda segundo Nicácio,

“no campo da atenção em saúde mental, diversas experiências vêm buscando transformar o modelo asilar, criando novos serviços, projetos e ações, construindo os direitos das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico e produzindo novas respostas à complexidade e à multidimensionalidade das necessidades que emergiram com a ruptura da tutela asilar. Experiências singulares, inscritas nas realidades locais e nas possibilidades e impasses da implementação das políticas públicas em geral e do Sistema Único de Saúde (SUS) em particular.” (Nicácio,2003; p. 27)

Embora existam diretrizes formais que sinalizem a articulação entre a saúde indígena e a atenção psicossocial oferecida no âmbito da RAPS e a atenção básica, e de média e alta complexidade ofertadas no âmbito dos municípios e estados –, do ponto de vista prático há ainda muito o que se fazer e se aperfeiçoar. Na discussão sobre modelos de cuidado em saúde mental, é possível avaliar que a construção de diferentes possibilidades de cuidado em saúde mental vem sendo prioritariamente construída a partir de territórios urbanos, e de suas lógicas próprias de deslocamento e territorialidade. Assim, para populações que vivem e se organizam fora desses contextos, tanto o acesso às redes de atenção, quanto o modelo de cuidado que ofertam, ainda podem ter pouco a oferecer, além da simples “adaptação” a outros contextos.

Para garantir a necessária complexidade de respostas para promoção do cuidado em saúde e saúde mental seria fundamental muito mais do que uma “adaptação” ao

contexto indígena. É necessária a aproximação das formas de produção e reprodução da vida dos diferentes povos e populações, bem como, no caso da saúde mental, das diferentes formas de expressão do sofrimento e das respostas locais já existentes para essas situações. Isso porque partimos do pressuposto de que para a construção de ações que verdadeiramente respondam às reais necessidades de saúde é fundamental partir da concretude das formas de viver dos sujeitos e não das noções abstratas de doenças definidas pelos diagnósticos médicos<sup>6</sup>.

Podemos considerar que o SUS promoveu um importante avanço para o cuidado ofertado aos povos indígenas, com a aprovação da Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas (Portaria nº 254 de 31, janeiro de 2002), a qual traz como pressupostos a importância da diversidade cultural e o reconhecimento da sua medicina como estratégia de cuidado e de fortalecimento. No entanto, muito há que ser transformado para tornar possível um cuidado que não seja colonizador, como a história das políticas de saúde se mostrou até o presente momento.

Nesse sentido a oferta de cuidado aos povos indígenas, no âmbito do SUS, veio impondo à Política Nacional de Saúde Mental importantes desafios, de como transformar suas práticas para que façam sentido e promovam saúde para estes povos. O entendimento de que cada povo partilha entre si concepções de saúde e de doença muito distintas daquelas que regem os saberes biomédicos (o que se verifica mesmo entre grupos sociais pertencentes a uma mesma sociedade, como é o caso de sociedades complexas como a brasileira) implica na percepção de que a biomedicina é ela própria um saber culturalmente localizado. Como afirmam Silva e Langdon (2010), “o sistema de atenção à saúde biomédico deve ser considerado como um sistema cultural, tal qual qualquer outro sistema etnomédico”.

Embora essa crítica à suposição de universalidade da biomedicina, e particularmente da psiquiatria, já estivesse formulada nas perspectivas fundantes do movimento de reforma psiquiátrica, tendo como importante referência o trabalho do

---

<sup>6</sup> Cf., por exemplo, o artigo de Silva, Langdon e Ribas (2014), em que os/as autores/as demonstram a distância que há entre os diagnósticos médicos psiquiátricos e os entendimentos Guarani Kaiowá sobre suas próprias aflições e de seus parentes, situando-as no contexto das relações sociais e das representações culturais desse povo. Cf. também Mura e Silva (2009).

psiquiatra italiano Franco Basaglia, a experiência da saúde mental em contextos indígenas radicaliza os pressupostos da reforma.<sup>7</sup> Reconhece-se, assim, que

“as necessidades de atenção psicossocial aos povos tradicionais no Brasil exigem uma paradoxal radicalização dos próprios princípios da reforma psiquiátrica: se o sentido da reforma passa, como dizia Rotelli et al. (1990), por uma transformação de relações de poder, de novas articulações entre atores e da desconstrução dos saberes, práticas e culturas do modelo asilar, agora são os saberes, práticas e culturas próprios da reforma que são desafiados diante de diferenças outras.” (Assis *et. all.* 2014).

No que tange a Política Nacional de Saúde Mental, o encontro com as necessidades de saúde dos povos indígenas é bastante recente e encontra-se em processo de construção das diretrizes. É nesse cenário político-institucional, de estruturação de uma política, que no ano de 2012 as primeiras ações começaram a ser desenhadas no âmbito da Coordenação Geral de Saúde mental, Álcool e Outras Drogas - CGMAD. Esse processo foi iniciado com um princípio de diálogo entre a Coordenação e a Área Técnica de Saúde Mental da SESAI, o que abriu espaço para a aproximação de outros setores e grupos, dando origem a um Grupo de Trabalho de Atenção Psicossocial aos Povos Indígenas, que reunia representantes dessas duas áreas do Ministério da Saúde, bem como de Universidades e de Indígenas que atuavam como profissionais de saúde. O Grupo de Trabalho se reuniu entre 2012 e 2013, tendo tipo importante participação nas primeiras diretrizes de ações intersetoriais de atenção psicossocial aos povos indígenas envolvendo o subsistema de atenção à saúde indígena e a rede de atenção psicossocial. Mais recentemente, a partir de 2014, há uma reconfiguração do grupo, que recebe caráter mais institucional e governamental, passando a ser integrado por representantes da CGMAD, da Área Técnica de Saúde Mental da Sesai e da Funai.

É nesse contexto, sobretudo a partir de 2012, que algumas ações e demandas específicas começaram a ser identificadas e desenhadas, entre elas, as questões ligadas aos Guarani Kaiowá do Mato Grosso do Sul. O próximo item inicia um relato desse processo.

---

<sup>7</sup> Sobre essa relação entre os pressupostos teóricos da reforma psiquiátrica e as aproximações entre saúde mental e povos indígenas ver MacDowell (2015).

### III. Os Conflitos Territoriais em Dourados e a Demanda por um CAPS Indígena

O Mato Grosso do Sul é o segundo estado brasileiro em população indígena, contando com 73.295 indígenas (IBGE, 2010). São extremamente graves os problemas enfrentados na região, em cenários complexos de relações interétnicas envolvendo conflitos fundiários e graves violações de direitos, sendo que entre os agravos de saúde mental mais comuns estão as necessidades relacionados ao uso de álcool e outras drogas e o índice altíssimo de suicídios, principalmente entre jovens, conforme indicam os dados da Secretaria Especial Indígena - SESAI. Nesse contexto, encontra-se a Reserva Indígena de Dourados, organizada em duas aldeias, Bororó e Jaguapirú, reunindo três etnias – Guaraní Kaiowá, Guaraní Nandeva e Terena, e com uma população de 12.880 pessoas (SIASI, 2014), em uma área de 3475 hectares.<sup>8</sup>

Frente a esse cenário, apresentamos um dos debates que atravessou o período entre 2012 e 2015, considerando algumas demandas inicialmente apresentadas ao Ministério da Saúde por Deputados Federais representando o Mato Grosso Sul, pela Assembleia Legislativa do Mato Grosso do Sul e pelo Ministério Público Federal. No centro dessas demandas, a solicitação de implantação de um serviço de atenção psicossocial no interior da Reserva Indígena de Dourados, tendo o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS como modelo<sup>9</sup>.

Pretende-se discutir como esse debate parece reproduzir as tensões entre os diferentes modelos de cuidado em saúde mental, sobrepondo tanto tensões particulares ao campo da reforma psiquiátrica (como o desafio de substituir uma cultura institucionalizante e hospitalar por um modelo de cuidado com base comunitária,

---

<sup>8</sup> Sobre o histórico de demarcação e de conflitos da Reserva Indígena de Dourados, ver Pereira (2014). O nome “Reserva Indígena” remete à época de sua demarcação, realizada ainda em 1917 pelo então Serviço de Proteção ao Índio - SPI, em um período muito anterior ao da atual legislação indigenista, que remete à Constituição Federal de 1988. Hoje a Reserva Indígena de Dourados recebe status de Terra Indígena, da mesma forma que os territórios demarcados após 1988. O período de demarcação da Reserva Indígena de Dourados também se relaciona com o histórico de intensos conflitos e com as dificuldades enfrentadas por Guaranis, Kaiowás e outros povos na região, já que o processo não se baseou em critérios históricos, geográfico e antropológicos de ocupação da terra. Em uma pequena porção de terra foram acomodados indígenas de pelo menos três etnias, vindos de locais diversos.

<sup>9</sup> “Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial.” (Brasil, 2015; pag. 09)



territorial e multiprofissional), quanto tensões do campo indigenista, e das relações interétnicas envolvendo povos indígenas e estado, em que as referências da autonomia e do protagonismo indígena continuam enfrentando a cultura da tutela e do racismo, inclusive institucional.

A demanda mencionada solicitou, em diferentes momentos e por diferentes vozes, a implantação de um Centro de Atenção Psicossocial Indígena, ou CAPS Indígena na Reserva Indígena de Dourados, conforme registrado em vários documentos<sup>10</sup> ao longo do período. Uma primeira resposta do Ministério da Saúde a esse respeito veio por meio do parecer técnico nº 152/CGAPSI/DASI/SESAI, de 23/10/2013, que respondeu à solicitação considerando o contexto específico de Dourados, a complexidade do cenário indígena, as demandas apresentadas, e as premissas e perspectivas da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, e da Política Nacional de Saúde Mental. Problematizou a adequação de um CAPS para atendimento à população indígena na Reserva Indígena de Dourados, sugerindo alternativamente a discussão e elaboração conjunta, intersetorial e com participação indígena, de um projeto de implantação de dispositivo próprio e específico de atenção psicossocial<sup>11</sup>, que levasse em conta aspectos próprios da compreensão Guarani e Kaiowá sobre suas aflições.<sup>12</sup> No entanto, esse debate não teve na ocasião outros

---

<sup>10</sup> Entre os documentos encaminhados ao Ministério da Saúde referentes ao tema da saúde mental em Dourados, ver: Ofício 361/2013, do Deputado Federal Geraldo Resende, solicitando custeio de CAPS AD para Dourados/MS; Ofício P/0643/13, da Assembleia Legislativa do Estado do Mato Grosso do Sul, solicitando construção de CAPS AD III na Reserva Indígena de Dourados; Ofício P/0845/13, da Assembleia Legislativa do Mato Grosso do Sul, solicitando recursos para construção de hospital psiquiátrico em Dourados; Ofício 1141/2013, solicitando recursos para construção de CAPS AD III em Dourados. Menciona-se também dois documentos do Ministério Público Federal – Procuradoria da República no Município de Dourados/ MS, datados de 06 e 07 de março de 2012, que registram reuniões entre o Núcleo Regional de Saúde em Dourados/MS, Secretaria Municipal de Saúde, SESAI, Funai, Área Técnica de Saúde Mental – MS, e outros profissionais da área especializada de saúde mental. Essas reuniões tiveram como tema o “debate acerca da implementação do Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS – AD) no interior da Reserva Indígena de Dourados – MS” (Ref.: ICP: n. 1.12.001.000064/2011-86).

<sup>11</sup> Em outubro de 2014, a convite da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), um grupo de representantes da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde e da Área Técnica de Saúde Mental da Sesai participou de uma reunião sobre saúde mental indígena no Chile, com a participação de representantes chilenos, argentino e canadenses, e chegou a visitar serviços de saúde interculturais de gestão mapuche, articulados com as redes e os dispositivos de saúde não-indígenas de seus respectivos territórios, como experiências que poderiam subsidiar e inspirar a criação de dispositivos guarani-kaiowá de atenção psicossocial.

<sup>12</sup> Nesse sentido, veja-se o que escrevem Mura e Silva (op. cit.) acerca do entendimento Kaiowá sobre a saúde: “Entre os Kaiowa as práticas de cura não podem ser entendidas como um processo voltado exclusivamente à recuperação das condições de saúde dos indivíduos. Elas estão, na verdade, intimamente ligadas a equilíbrios sociais e cósmicos, que devem ser garantidos ou restabelecidos em contextos históricos, territoriais e ambientais específicos, nos quais esses indígenas desenvolvem sua

desdobramentos institucionais, e tampouco se modificou a grave situação de saúde e de violências sofridas pelos Kaiowá.

Em meados de 2014, um grupo intersetorial envolvendo representantes da Funai e do Ministério da Saúde realizou uma visita à região de Dourados. O objetivo do grupo era o de se aproximar do contexto de vida e conhecer melhor o modelo de atenção à saúde mental na Reserva Indígena de Dourados, visando algumas questões específicas, entre elas, “a) fortalecer a comunicação entre órgãos públicos (locais, estaduais e federais), lideranças e organizações indígenas; b) identificar, conjuntamente, dificuldades, fragilidades e potencialidades que condicionam o modelo de atenção à saúde indígena e à atenção psicossocial na região de Dourados; c) conhecer projetos e ações realizadas por outros setores, ou que estejam em curso, envolvendo atenção psicossocial; d) articular um processo coletivo, intersetorial e que fortaleça o protagonismo indígena, voltado à construção de alternativas próprias de atenção e cuidado psicossocial, e que responda às necessidades dos povos Kaiowá, Nandeva e Terena, na região de Dourados; e) desenvolver um plano de ação intersetorial para a atenção psicossocial na Reserva Indígena de Dourados”<sup>13</sup>.

Os objetivos revelaram-se muito mais ambiciosos do que uma visita de alguns dias permitiria. Porém, foram importantes para abrir alguns campos de ação e entendimentos possíveis.

Durante as conversas com os profissionais de saúde e os indígenas mais envolvidos nas discussões do subsistema de saúde indígena, várias falas expressaram descrédito em relação às ações “de Brasília” e às reais intenções dos órgãos federais. A própria visita da equipe intersetorial (MS e Funai) foi associada a uma resposta circunstancial a cenas de violência ocorridas algumas semanas antes na Reserva de

---

existência individual e coletiva, implementando uma particular tradição de conhecimento, baseada no xamanismo. A própria coletividade, por sua vez, não pode ser apreendida como algo abstrato ou como representação de um homem ‘médio’, que poderia servir como expressão do ser kaiowa. Ao contrário, ela é o resultado de uma construção cotidiana dos laços sociais e cósmicos que são considerados necessários por cada grupo doméstico para poder alcançar o almejado tekovê porã – isto é, o ‘bom modo de viver’.”

<sup>13</sup> A equipe intersetorial foi formada por Silvia Angelise S. Almeida, da Coordenação de Acompanhamento das Ações de Saúde e Segurança Alimentar (COASA)/FUNAI; e do Ministério da Saúde por Lucas da Silva Nóbrega, da SESAI, e Taia Duarte Mota e Andréa Borghi Moreira, da Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD). Parte do presente relato foi retirado do relatório produzido por essa equipe: “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*”.

Dourados, veiculadas na mídia nacional. As equipes locais de saúde indígena apontaram a fragilidade das condições de trabalho para enfrentamento da gravidade de situações, e seus esforços, muitas vezes por voluntarismo e com recursos pessoais, para responder às necessidades de saúde entre os indígenas.

Em relação às equipes de saúde do município, havia de um lado, um reconhecimento sobre a gravidade das situações vividas pelos indígenas porém, ao mesmo tempo, dificuldade em se responsabilizar diante das situações no campo da saúde mental. Representantes da saúde do município apontaram falta de recursos ou de preparo das equipes municipais para enfrentar as questões indígenas, e ao mesmo tempo, afirmaram ser de outros órgãos as responsabilidades envolvendo saúde indígena. De fato, não só em relação à saúde, mas também em outras áreas como as de segurança pública, transporte, infraestrutura, entre outras, a tensão entre órgãos e esferas federativas, e a dificuldade em compartilhar responsabilidades mostrou-se um dos principais desafios a se enfrentar para a efetividade das ações de políticas sociais.

A discussão sobre um CAPS em terra indígena, ao ser debatida localmente nesse contexto da visita, surgiu de forma crítica e ressentida em relação ao parecer técnico que rejeitou aquela proposta. Diferentes falas sugeriram haver também desencontro de informações e de entendimentos, inclusive sobre a lógica deste serviço na RAPS, por um lado, e as diretrizes da saúde indígena, por outro.

A trajetória da reforma psiquiátrica ao longo das últimas décadas mostrou que a criação de serviços de saúde mental para públicos específicos (mulheres, homens, idosos e/ou por diagnósticos) favoreciam mais a segregação dos sujeitos e possibilitavam menos complexidade na construção de formas de cuidado, como foi o caso com a experiência de serviços ambulatoriais em diversos municípios do Brasil. Não por acaso a base da organização dos serviços de saúde mental são os territórios e as comunidades, pois parte-se da compreensão de que as pessoas com questões de saúde mental só serão verdadeiramente tratadas a partir de suas formas de viver a vida e de suas relações. Essas são razões pelas quais mesmo sem uma clareza ou posição definitiva a respeito das melhores formas de cuidado em saúde mental para os povos indígenas da região de Dourados, questionou-se a construção de um CAPS dentro de uma terra indígena. Junto a esse entendimento, há também uma questão relativa à lógica da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS e do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Os Centros de Atenção Psicossocial são equipamentos sob gestão dos municípios ou dos estados, planejados a partir de uma perspectiva regional mais ampla, cuja oferta de cuidado ocorre sob responsabilidade do município, estando articulados à RAPS, no âmbito da média e alta complexidade. Por outro lado, os cuidados em saúde ofertados em Terras Indígenas, estão sob responsabilidade do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, respondendo a outra estruturação, lógica de gestão e regionalização, considerando a autonomia dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Os serviços oferecidos no âmbito do subsistema de saúde indígena, por meio dos DSEIs e Poló-Base, ocorrem no nível da atenção primária e de serviços de referência.

Assim, o debate apontou para dois caminhos necessários, Um, o desafio de potencializar localmente a integração entre essas redes e serviços no âmbito do SUS (RAPS e DSEIs), em consonância com a Política Nacional de Saúde Mental, e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Outro caminho apontou como contraproposta a discussão e elaboração conjunta, com a participação indígena, de um dispositivo ou estratégias próprias e específicas de atenção psicossocial para povos indígenas.

Algumas das posições trazidas pelos indígenas durante a visita mencionada em 2014 reforçaram esse entendimento. Além de diálogos com equipes locais de saúde, da Funai, e de representantes do município, ocorreram também nessa ocasião alguns encontros com diferentes grupos de indígenas, entre lideranças, rezadores, agentes indígenas de saúde, e organizações do movimento indígena. Em relação aos diálogos com os indígenas, a equipe intersetorial se deparou com diversas posições e entendimentos. Procurou-se iniciar todas as conversas com discussões acerca da categoria “saúde mental”, buscando-se entendimentos abertos sobre os conceitos de saúde, mente e corpo, bem viver, entre outros. A proposição dos encontros, além de ouvir as comunidades e grupos indígenas sobre as condições de vida e saúde, e os problemas enfrentados localmente, buscou também ouvir sobre soluções ou propostas indígenas para enfrentar os problemas e modificar as situações de sofrimento.

Esses diálogos reforçaram a importância de não se trazer soluções prontas, de se ouvir as comunidades e se conhecer suas necessidades. Foi também marcada a relevância, nas discussões sobre o cuidado e as ações de saúde, de se atentar para a diversidade interna aos próprios indígenas, relativas às etnias envolvidas, a diferenças

geracionais e de gênero, a residência e aos trânsitos entre aldeias, acampamentos de retomada, cidade, entre outras<sup>14</sup>. Nos debates sobre as questões de saúde mental, não se encontrou uma posição ou demanda única ou fechada, e foram percebidas diferenças entre grupos mais ou menos ligados à própria estrutura do Estado e ao subsistema de saúde indígena, ao movimento indígena, a organizações tradicionais, a grupos religiosos, entre outras. Entre os relatos oferecidos, várias vezes foram criticados os projetos construídos “de cima para baixo”, que não compreendem as realidades locais, e que teriam pouca ou nenhuma efetividade para transformação dos cenários. Uma das organizações indígenas ouvidas mencionou a importância da formação política nas aldeias, como contraposição ao enfraquecimento de lideranças e do próprio papel das famílias na organização social interna das comunidades, causadas pelas excessivas intervenções de instituições estatais.

Ao final dessa visita, e com base nos diálogos e proposições desenvolvidas com as equipes locais de saúde e da Funai, indígenas, universidade, representantes do município, entre outros, a equipe intersetorial Funai - Ministério da Saúde retornou a Brasília e junto a um grupo ampliado desses dois órgãos<sup>15</sup>, estruturou um plano de ação intersetorial para 2015. Como premissas para orientar esse plano, foi proposto: a) que nenhuma intervenção fosse construída sem a interlocução com os indígenas; b) que as ações deveriam considerar a diversidade de etnias na região, e seus diferentes contextos de vida (reserva indígena, acampamentos, retomadas e cidade); c) ter como princípios valorizar, escutar e trabalhar em articulação com cuidadores tradicionais; d) valorizar, escutar e trabalhar em articulação com jovens e mulheres; e) que a complexidade das necessidades de saúde, conflitos territoriais e relações interétnicas na região reforçam que não existe uma ação única e definitiva no campo de saúde mental que possa

---

<sup>14</sup> Por exemplo, uma rica reunião com os Guarani -Kaiowá ocorreu sobre o tema da gestão ambiental e suas interfaces com a saúde e saúde mental, na segunda visita do grupo intersetorial à região de Dourados, em 09/12/2014, no âmbito do *Programa Mosarambihára*. Vale destacar que essa articulação encontra um campo rico por meio da noção de ‘bem viver’. Participaram dessa reunião também representantes de instituições parceiras no *Mosarambihára*, como FAIND/ UFGD, ASCURI e UCDB. A respeito dessa reunião, ver Weber, Ingrid. “Relatório da fase inicial da implementação do Programa de Formação para os Guarani-Kaiowá”. Produto 3. Projeto PNUD BRA 09/G32 - Gestão Ambiental e Territorial Indígena - GATI. Núcleo Pantanal/Cerrado”. Outubro de 2015, pp.15-25.

<sup>15</sup> Atualmente o Grupo de Trabalho sobre Saúde Mental Indígena é composto pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (GMAD/DAPES/SAS/MS), pela Área Técnica de Saúde Mental da SESAI (ATSM/DASI/SESAI/MS), pela Coordenação Geral de Promoção dos Direitos Sociais (CGPDS/DPDS/FUNAI), pela Coordenação de Gênero, Assuntos Geracionais e Mobilização Social (COGEM/CGPC/DPDS/FUNAI), e pela Coordenação de Articulação e Acompanhamento das Ações de Saúde e Segurança Alimentar (COASA/CGPDS/DPDS/FUNAI).

solucionar as questões indígenas na Região de Dourados. Antes, seriam necessárias várias ações processuais, tanto de iniciativas indígenas, como de iniciativas de órgãos públicos e da sociedade civil, que articulem campos da saúde, educação, cultura, economia, segurança, entre outros.

Ao final de 2014, foi realizada mais uma visita à região de Dourados pela equipe intersetorial para apresentar e pactuar um possível plano de ação para 2015, com a intenção de ampliar as possibilidades de cuidado e atenção psicossocial para os guarani-kaiowá em Dourados<sup>16</sup>. Durante essa nova visita, uma das participantes da Funai acompanhou particularmente uma denúncia sobre um número muito elevado de adoções de crianças kaiowá por não-indígenas, com fortes indícios de racismo institucional nesses processos<sup>17</sup>. Eram situações entrelaçadas a outros sofrimentos vividos pelos indígenas, geralmente envolvendo também outras violações, e ressaltando as conexões entre as necessidades em saúde mental, e os conflitos sociais e étnicos vividos na região.

#### **IV. Da atenção psicossocial ao Direito da Criança e do Jovem Indígena à Convivência Familiar e Comunitária**

A finalização desse artigo não traz notícias sobre um avanço definitivo no campo da atenção psicossocial aos povos indígenas, na formulação de uma estratégia específicas para a região de Dourados. Uma importante questão ainda em aberto é a oferta do cuidado em saúde mental para os indígenas das reservas Jaguapiru e Bororó na Reserva Indígena de Dourados. Apesar da importância das ações relatadas, não foi ainda possível construir junto aos serviços de saúde do território de Dourados as referências para o acompanhamento psicossocial e para as situações de intensificação do sofrimento. Há que se debruçar sobre os arranjos institucionais e políticos para garantir o direito ao “melhor tratamento do sistema de saúde consentâneo às suas necessidades” (Artigo 2<sup>a</sup>, parágrafo único da Lei nº 10.216/2001). Diante do cenário de intensas

---

<sup>16</sup> Para ações propostas no âmbito da CGMAD, ver também Brasil. Ministério da Saúde de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015*. Ministério da Saúde: Brasília, maio 2016. Versão preliminar 09/05/2016, pp. 79-83 disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf>

<sup>17</sup> Ver Brasil, Funai, Diretoria de Promoção ao Desenvolvimento Sustentável - DPDS, Coordenação-geral de Promoção da Cidadania -CGPC. *Nota Técnica no. 27/2015/CGPC/DPDS/FUNAI*. “Relatório sobre a Situação do Direito à Convivência Familiar e Comunitária de Crianças e Jovens Indígenas em Dourados”. Brasília, 01 de abril de 2015.

violações de direitos para com as populações indígenas na região trata-se de um tarefa nada simples.

No entanto, algo desse processo pôde contribuir a uma ação ampliada, a partir da denúncia acima mencionada. A constatação da violação do direito das crianças guarani kaiowá à convivência familiar e comunitária, a partir de uma lógica etnocêntrica reproduzida inclusive em contextos institucionais, exigiu um articulação mais ampliada de vários setores, como o então Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), além do Ministério da Saúde e da FUNAI, que coordenou a ação, junto com a Secretaria Nacional dos Direitos Humanos (SDH), contando também com o acompanhamento do Ministério Público Federal. O Mutirão sobre o Direito da Criança e do Jovem Indígena à Convivência Familiar e Comunitária no Cone Sul do Mato Grosso do Sul ocorreu entre 20 e 26 de junho de 2015, nas cidades de Ponta Porã e Dourados. Desse processo, que abriu no território, entre indígenas, instituições públicas locais e regionais, movimentos sociais, esse debate, foi produzido o “*Plano de Ação para Promoção e Efetivação do Direito a Convivência Familiar e Comunitária de Crianças e Jovens Indígenas no Cone Sul do Mato Grosso do Sul*”<sup>18</sup>, que tem sua continuidade ameaçada pelo delicado e complexo cenário do atual momento político nacional.

Uma pequena mas importante conquista, de todo modo, deve ser apontada, realizada no âmbito da Funai: a publicação da *Instrução Normativa* no. 01, de 13 de maio de 2016, que estabelece normas e diretrizes para a atuação da Funai visando à promoção e proteção dos direitos das crianças e jovens indígenas e a efetivação do direito à convivência familiar e comunitária. Nesse processo, a discussão sobre saúde mental e atenção psicossocial no contexto indígena permitiu que se ampliasse e partilhasse os princípios da política nacional de saúde mental e da reforma psiquiátrica entre outros grupos, governamentais e não-governamentais, bem como sobre sua articulação necessária com a promoção de inclusão social, direitos humanos, e da autonomia e protagonismo indígenas na construção de ações públicas em saúde.

---

<sup>18</sup> Esse Plano de Ação foi oficialmente lançado em reunião do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente - CONANDA, em 11/09/2015.

Trata-se de um relato de meio do caminho, que tem sobretudo a intenção de deixar um registro para a memória da elaboração de políticas sociais. E marcar um breve instante da longa e heroica caminhada Guarani, e Kaiowá.

### **Referências bibliográficas**

Assis, Jaqueline Tavares de *et all.* “Política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes”. In: *Divulgação em Saúde para Debate*. Nº 52, out., pp. 72-87. Rio de Janeiro, CEBES, 2014.

Brasil. Fundação Nacional do Índio. Diretoria de Promoção ao Desenvolvimento Sustentável - DPDS, Coordenação-geral de Promoção da Cidadania - CGPC. *Nota Técnica no. 27/2015/CGPC/DPDS/FUNAI*. “Relatório sobre a Situação do Direito à Convivência Familiar e Comunitária de Crianças e Jovens Indígenas em Dourados”. Brasília, 01 de abril de 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. *Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como Lugares da Atenção Psicossocial nos Territórios - Orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e UA*. Brasília, Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_. *Glossário do Ministério da Saúde*. Projeto de Terminologia em Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

Garnelo, Luisa. “Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde”. In: *Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. Garnelo, Luisa e Pontes, Ana Lúcia (Orgs.). Brasília, MEC-SECADI, 2009.

Langdon, Esther Jean e Wiik, Flávio Braune. “Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde”. In: *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 18, nº 03, mai/jun, pp. 173-181. São Paulo, USP, 2010.

MacDowell, Pedro de Lemos. *Sujeito e subjetivação no pensamento ameríndio, ou Por um diálogo entre a etnologia e a saúde mental*. Dissertação de Especialização



(Especialização em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas) - Departamento de Psicologia, Universidade de Brasília, 2015.

Mura, Fabio e Silva, Alexandre Barbosa da. “Tradição de conhecimento, processos experienciais e práticas de cura entre os Kaiowá”. In: *Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. Garnelo, Luisa e Pontes, Ana Lúcia (Orgs.). Brasília, MEC-SECADI, 2009.

Nicácio, Maria Fernanda Silva. *Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental*. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2003.

Pereira, Levi Marques. “A atuação do órgão indigenista oficial brasileiro e a produção do cenário multiétnico da Reserva Indígena de Dourados, MS”. In: *Anais do 38º Encontro Anual da Anpocs*. Caxambu, 2014.

Silva, Antonio Carvalho; Langdon, Esther Jean; Ribas, Dulce Lopes. “Percepção e cuidados com as pessoas diagnosticadas com psicopatologia crônica nas Comunidades Kaiowá e Guarani de Mato Grosso do Sul”. In: *Ciências Humanas e Sociais em Revista*. Vol. 31, nº 1, jul/dez, pp. 07-25. Rio de Janeiro, EDUR, 2014.

Weber, Ingrid. “Relatório da fase inicial da implementação do Programa de Formação para os Guarani-Kaiowá”. Projeto PNUD BRA 09/G32 - Gestão Ambiental e Territorial Indígena - GATI. Núcleo Pantanal/Cerrado”. Outubro de 2015