



A saúde mental no distrito sanitário especial indígena Médio Rio Purus

Mental health care in the indigenous health district of Médio Rio Purus

Ivan Farias Barreto¹

1 - Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, Natal, RN, Brasil.

ifbarreto@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: descrever a frequência dos atendimentos em saúde mental no serviço de atenção básica à saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena Médio Rio Purus (DSEI MRP), ocorridas em Amazonas, Brasil, em 2015. **Método:** estudo descritivo, com dados primários baseados nas fichas de registros e atendimentos realizados pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena. **Resultados:** O DSEI MRP apresentou cobertura deficiente em saúde mental. Nota-se claramente quantidade insuficiente de profissionais matriciadores e as equipes existentes não conseguiram prestar um atendimento adequado. Ações preventivas não foram realizadas em dezenas de aldeias. Os atendimentos aos usuários de psicotrópicos frequentemente se resumiram em dispensação de medicamentos, constatando-se ainda a baixa proporção de pessoas que tiveram consultas anuais com médicos especialistas na área. Para os casos envolvendo uso prejudicial de álcool, apenas ocorreram identificações das demandas sem, no entanto, seguir uma linha de cuidado para esses casos. Por fim, os dados que notificaram a ocorrência de violência, ideação ou tentativa de suicídio nas aldeias reforçam a necessidade de potencializar ações coletivas de prevenção e promoção da saúde. **Considerações finais:** é necessário aumento do número de profissionais de psicologia e/ou especializados em saúde mental, bem como garantir que as equipes estejam engajadas em cursos de qualificação na área a fim de ampliar a qualidade e o alcance do serviço.

Palavras-chave:

*Saúde Mental;
Epidemiologia; População
Indígena; Serviços de Saúde.*

ABSTRACT

Objective: the aim of the present study was to describe the frequency of mental healthcare services in the primary healthcare service of the Indigenous Special Sanitary District of Purus River (DSEI MRP), located in the state of Amazonas, Brazil, in 2015. **Method:** this was a descriptive study with primary data based on the health records and consultations carried out by Multidisciplinary Teams in Indigenous Health (EMSI). **Results:** the DSEI MRP did not present enough coverage relative to mental health care. There was an insufficient number of training providers and existing teams are unable to provide adequate mental health care. Preventive actions were not carried out in dozens of villages. Visits with psychotropic users were often limited to dispensing medications, and a low proportion of people had annual consultations with medical specialists. In cases involving the harmful use of alcohol, professionals merely identified the demand but did not provide adequate treatment. **Final considerations:** it is necessary to increase the number of psychologists and/or mental healthcare experts and ensure that the teams are engaged in mental health qualification courses, increasing the quality and scope of the service.

Keywords:

*Mental Health;
Epidemiology; Indigenous
Population; Health Services.*



INTRODUÇÃO

O Distrito Sanitário Especial Indígena Médio Rio Purus compreende os municípios de Lábrea, Canutama e Tapauá no estado do Amazonas. Esses municípios apresentam realidades de extrema pobreza, baixos índices de desenvolvimento humano¹ e abrangem cerca de 8.348 indígenas de 17 etnias em 12 Polos Base, segundo dados do Sistema de Informação de Atenção da Saúde Indígena (SIASI) em agosto de 2015.

Devido às condições geográficas e climáticas são utilizadas três modalidades de transportes para o funcionamento do serviço de atenção básica: fluvial, terrestre e aéreo, sendo mais comum o uso de embarcações. Grandes são as dificuldades de acesso em muitas aldeias exigindo das equipes esforço físico para caminhadas relativamente difíceis, adaptações às condições naturais e infraestruturas locais, muitas vezes deficientes, além de ambientação às especificidades socioculturais nas distintas comunidades.²

Os povos indígenas do DSEI MRP contam com fatores de proteção social como o reconhecimento da identidade étnica, a garantia de terra e certa regularidade na oferta de cuidados em atenção básica à saúde. Contudo, vivenciam fatores de riscos e barreiras de acesso a importantes políticas públicas como a deficiente cobertura dos dispositivos formais de educação e desenvolvimento de pessoas; a inacessibilidade a programas de geração de emprego e renda; e problemas envolvendo infraestrutura sanitária. Os indígenas frequentemente demandam por maior acesso a bens (barcos, motores, placas solares, baterias, equipamentos de radiofonia, telefones, internet, entre outros) e serviços de saúde, com maior número e diversidade de profissionais.

Essas questões de algum modo estão relacionadas com a qualidade de vida e podem ter reflexos na saúde mental dessas populações. Um importante passo para o desenvolvimento de compreensões sobre aspectos da atenção psicossocial no DSEI MRP sem dúvida é o levantamento das informações produzidas a partir dos atendimentos em saúde mental pelas equipes multidisciplinares. No campo da saúde indígena, de um modo geral, essas informações são relativamente escassas, precariamente sistematizadas e pouco divulgadas em veículos de comunicação científica. Essa constatação justifica, portanto, o desenvolvimento desse estudo, que irá permitir tanto a avaliação do alcance do serviço de saúde mental quanto a análise primária de dados epidemiológicos a partir dos trabalhos realizados pelas equipes.

MÉTODO

Pesquisa documental, descritiva, transversal, conduzida com dados primários (consolidados de

produção) em saúde mental no DSEI MRP em 2015. Os indicadores refletem tanto a respeito do adoecimento das populações indígenas quanto dos trabalhos desenvolvidos pelas equipes multidisciplinares em saúde indígena, sendo divididos em cinco eixos: ações coletivas em saúde mental, uso de medicamentos psicotrópicos, consumo prejudicial de álcool, situações de violência e situações envolvendo ideação ou tentativas de suicídio.

As ações coletivas se valem de ferramentas na promoção da saúde mental, prevenção de agravos e fortalecimento dos vínculos sociais. Criam condições para a oferta de espaços de escuta, construção de redes de apoio/cuidado e organização conjunta de soluções para os problemas e estratégias promotoras da coesão do tecido social³. O indicador aponta para número de ações coletivas em saúde mental, separados por Polo Base e os dados foram obtidos dos relatórios técnicos de entrada das equipes em cada Polo Base.

O monitoramento do uso de medicamentos psicotrópicos é realizado em casos de tratamento de agravos em saúde mental⁴. Para a coleta dos dados utilizou-se a Planilha de Vigilância de Uso de Medicamentos Psicotrópicos em Povos Indígenas – SESAI/MS e a Ficha de Monitoramento Individual – DSEI MRP/SESAI/MS. Os seguintes indicadores foram analisados: 1) número de pessoas que fazem uso de medicamentos psicotrópicos por Polo Base; 2) proporção de pessoas que fazem uso de medicamentos psicotrópicos no DSEI MRP; 3) proporção de pessoas que fazem uso de medicamentos psicotrópicos com consultas com psiquiatra ou neurologista no ano.

O consumo prejudicial de álcool é definido pelas consequências negativas não estando necessariamente vinculados à quantidade de bebida ingerida ou frequência do uso. Outrossim, a vigilância em saúde sobre o uso de álcool apoiou-se em paradigma não coercitivo que respeita a autodeterminação dos povos indígenas, como a estratégia de redução de danos, que compunha a política de atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas.³ O indicador relacionado pretende evidenciar o quanto as equipes estiveram sensíveis a essa matéria e seu monitoramento permite a avaliação das ações, bem como a ampliação de seu alcance aos usuários, famílias e comunidade.⁴ Para coleta dos dados utilizou-se a Ficha de Monitoramento do Uso Prejudicial de Álcool – SESAI/MS e a Ficha de Monitoramento Individual – DSEI MRP/SESAI/MS. O indicador aponta para o número de pessoas que demandaram cuidados relacionados ao uso de álcool por Polo Base.

Para as situações de violências não letais, os dados foram analisados de acordo com a identificação dos tipos mais frequentes e do reconhecimento das populações mais atingidas.⁵ Utilizou-se para coleta dos dados a Ficha de Notificação/Identificação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências -- Sistema

de Informações de Agravos e Notificação/Secretaria de Vigilância à Saúde (SINAN/SVS) e a Ficha Complementar de Investigação/Notificação de Violência em Povos Indígenas – SESAI/MS. Os indicadores analisados foram: 1) taxa de situações de violência no DSEI; 2) número de situações de violências por tipo, separadas por Polo Base; 3) número de situações de violências nas quais há uso suspeito ou confirmado de álcool pelo agressor ou pela vítima, separadas por Polo Base.

Para as situações envolvendo ideações ou tentativas de suicídio, os dados foram coletados a partir da Ficha Complementar de Investigação/Notificação de Tentativas e Óbitos por Suicídio em Povos Indígenas – SESAI/MS e da Ficha de Monitoramento Individual – DSEI MRP/SESAI/MS. O indicador analisado foi o número de ideações ou tentativas de suicídio ocorridas no ano, separados por Polo Base.

RESULTADOS

Tabela 1 – Quantitativo de ações coletivas de promoção e prevenção em saúde mental no DSEI MRP – 2015

Polos Base	Número de aldeias	Número de ações coletivas por polo base		
		EMSI	Profissionais Matriciadores	Total
Chico Camilo	16	8	10	18
Crispim	10	24	4	28
Marrecão	7	1	9	10
Abaquadi	9	0	16	16
Pajé Sawê	6	3	1	4
Japiim	3	0	0	0
Iminaã	12	15	7	22
Tumiã	6	0	0	0
São Pedro	5	24	0	24
Casa Nova	5	0	0	0
São Francisco	5	0	0	0
Tawamirin	15	*	0	*

Fonte: Programa de Atenção à Saúde Mental do DSEI MRP, abril de 2016.

Nota: * dado indisponível.

Tabela 2 – Quantitativo de atendimentos a pessoas que fazem uso de psicotrópicos no DSEI MRP - 2015

Polos Base	Número de usuários	Número de atendimentos				TOTAL
		Enfermagem	Téc. Enferm.	Medicina	Psicologia	
Chico Camilo	10	17	1	11	10	39
Crispim	9	44	13	3	20	80
Marrecão	6	23	7	9	5	44
Abaquadi	7	23	7	4	6	40
Pajé Sawê	2	9	0	0	0	9
Suruwahá	1	12	0	2	1	15
Japiim	1	2	0	1	0	3
Iminaã	11	17	0	0	7	24
Tumiã	4	8	4	4	0	16
São Pedro	2	6	0	0	0	6
Casa Nova	2	4	1	1	0	6
São Francisco	1	6	1	1	0	8
Tawamirin	*	*	*	*	0	*
TOTAL	56	171	34	36	48	290

Fonte: Programa de Atenção à Saúde Mental do DSEI MRP - abril de 2016.

Nota: * dado indisponível.

Dados adicionais: a proporção de pessoas que fizeram uso de medicamentos psicotrópicos no DSEI MRP foi de 0,67%. Considerando os indígenas que fizeram uso de medicamentos psicotrópicos, a proporção daqueles que passaram por consulta médica especializada

(psiquiatra/neurologista) no ano de 2015 foi de apenas 12,5%. Importante lembrar que as malocas Suruwahá estão situadas no Polo Base Marrecão e por conta das especificidades culturais optou-se por analisar esses dados separadamente.

Tabela 3 – Quantitativo de atendimentos a pessoas que demandaram atenção ao consumo prejudicial de álcool no DSEI MRP – 2015

Polos Base	Nº de usuários	Número de atendimentos em 2015				Total
		Enfermagem	Téc. Enferm.	Medicina	Psicologia	
C. Camilo	7	2	2	0	5	9
Crispim	2	1	0	0	1	2
Abaquadi	1	0	0	0	0	0
Pajé Sawê	1	1	0	0	0	1
Japiim	2	3	0	0	0	3
Iminaã	7	1	0	0	4	5
S.Francisco	2	2	0	0	0	2
Tawamirin	*	*	*	*	*	*
TOTAL	22	9	2	0	9	22

Fonte: Programa de Atenção à Saúde Mental do DSEI MRP - abril de 2016.

Nota: * dado indisponível.

Observação: com relação ao Polo Base Crispim houve ausência de identificação profissional nas fichas e optou-se pela distribuição dos atendimentos entre profissionais de enfermagem e psicologia.

Quadro 1 - Situações de violências não letais no DSEI MRP – 2015

Polos Base	Etnia	Idade	Gênero	Tipo	O usuário considera o episódio como situação de violência?	Houve uso de bebida alcoólica por parte do(a) acusado(a) durante o episódio?
Abaquadi	Banawá	20	F	Física	Sim	Não
	Paumari	24	M	Física	Sim	Não
Marrecão	Madihá Deni	34	F	Física	*	Não
		31	F	Física	Não	Sim
Crispim	Paumari	11	F	Sexual	Sim	Sim
		26	M	Psicológica	Não	Sim

Fonte: Programa de Atenção à Saúde Mental do DSEI MRP - abril de 2016.

Nota: * dado indisponível.

Quadro 2 - Situações de ideação ou tentativas de suicídio no DSEI MRP– 2015

Polos Base	Etnia	Gênero	Idade	Estado civil	Uso frequente de bebidas alcoólicas?
Chico Camilo	*	F	23	Casada	*
	*	F	31	Casada	*
	*	F	25	Solteira	*
	*	F	34	Casada	*
Abaquadi	Paumari	M	31	*	Sim

Fonte: Programa de Atenção à Saúde Mental do DSEI MRP - abril de 2016.

Nota: * dados indisponíveis.

DISCUSSÃO

A cobertura de ações coletivas em temas ligados à saúde mental foi considerada deficiente em 2015. Esse panorama aponta para quantidade insuficiente de profissionais matriciadores no DSEI MRP que contava com apenas dois psicólogos em exercício no ano de 2015; também pode revelar que as EMSI não estavam sensíveis ou preparadas para abordarem temas ligados à saúde mental nas aldeias e/ou estavam priorizando a execução de outros programas em detrimento do Programa de Atenção à Saúde Mental.

Considerando as dificuldades logísticas de acesso às aldeias pelas EMSI, seria razoável estipular uma periodicidade mensal de ações coletivas em saúde mental nas comunidades. No entanto, a realidade encontrada foi muito aquém do esperado. O Polo Base São Pedro foi o mais assistido se comparado a todos os outros, com uma média de 4,8 ações coletivas de prevenção por ano em cada aldeia, seguido por Crispim (2,8 atendimentos anuais/aldeia), Iminaã (1,8), Abaquadi (1,7), Marrecão (1,4), Chico Camilo (1,1) e Pajé Sawê (0,6). Completamente desassistidos estiveram os Polos Base Japiim, Tumiã, Casa Nova, São Francisco e, provavelmente, Tawamirin.

A cobertura no monitoramento mensal de pessoas que fizeram uso de medicamentos psicotrópicos foi insuficiente. Frequentemente os atendimentos da enfermagem (enfermeiros e técnicos) se resumiram na entrega dos medicamentos, indicando a necessidade de um maior envolvimento desses profissionais em questões ligadas à saúde mental a fim de conseguirem realizar avaliações e atendimentos mais adequados a cada caso. Os poucos atendimentos realizados por médicos e psicólogos indicam carência quantitativa desses profissionais, situação que se agrava diante das dificuldades no acesso e permanência nas aldeias.

A assistência ao uso de medicamentos psicotrópicos mais próxima do ideal ocorreu nas malocas Suruwahá, ficando evidente o esforço dos gestores e o cuidado das EMSI no acompanhamento mensal da demanda. Os atendimentos foram regulares no Polos Base Crispim, com média de 8,8 atendimentos anuais por pessoa, seguido de Marrecão (7,3) e Abaquadi (5,7). Os números foram muito baixos nos Polos Base Iminaã, com 2,1 atendimentos, bem como em Japiim (3), São Pedro (3), Casa Nova (3), Chico Camilo (3,9), Tumiã (4) e Pajé Sawê (4,5).

Contatou-se ainda a baixíssima proporção

de pessoas que tiveram consultas anuais com médicos especialistas (neurologista, psiquiatra etc.) indicando que parte desses atendimentos estiveram ligados a situações emergenciais e não em ações preventivas. Ainda houve relatos sobre medicamentos psicotrópicos que chegaram ao DSEI MRP com atraso e/ou próximos à data de vencimento, aumentando os riscos e gerando desconfortos físicos ou psíquicos aos usuários, familiares e equipes de saúde. Outrossim, cópias de parte das receitas médicas sequer encontravam-se disponíveis na sede do DSEI MRP, requerendo a urgente reavaliação médica dos usuários do Programa de Atenção à Saúde Mental (SIC).

Em relação às demandas ligadas ao uso prejudicial de álcool nas aldeias, os dados apontaram para desassistência, sugerindo que os recursos humanos foram insuficientes e a qualificação profissional foi inadequada para prover o cuidado dessas questões. Salienta-se que os dados apresentados na Tabela 3 fazem referência aos indígenas que voluntariamente procuraram as EMSI e solicitaram ajuda. Os atendimentos anuais por pessoa realizados pelas EMSI somaram em ordem decrescente: Japiim (1,5), Chico Camilo (1,2), Crispim (1), Pajé Sawê (1), São Francisco (1), Iminaã (0,7), Abaquadi (0) e Tawamirin com 0, provavelmente.

Ademais, a partir de relatos de familiares, 14 indígenas faziam uso de álcool puro ou álcool extraído de gasolina e 6 consumiam perfumes. Também foi constatado uso de outros psicoativos (não necessariamente consumo prejudicial) como o rapé, maconha, papoula, substâncias voláteis e *crack* (SIC).

Pelo menos desde 2001 com a III Conferência Nacional de Saúde Indígena⁶ o uso prejudicial de álcool tem sido apontado como um problema de saúde que atinge muitas comunidades indígenas pelo país. No entanto, as informações apresentadas mostram que pouco tem sido feito no DSEI MRP para prestar um mínimo de assistência a essas pessoas.

No que diz respeito às situações de violência, não houve registros de óbitos decorrentes dessas situações para o ano de 2015. Os registros envolveram pessoas conhecidas, principalmente o cônjuge, sendo que em metade dos casos houve ingestão de bebidas alcoólicas por parte da pessoa agressora. Somente houve ação comunitária de punição, reparação ou restabelecimento da ordem entre os Banawá, pois surraram a agressora com cipó.

Com relação ao suicídio, a incidência entre

povos indígenas tende a ser maior que na população em geral.⁷ Estima-se que 11 mil pessoas cometem suicídio todos os anos no país e segundo dados registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) a taxa geral no período entre 2011-2015 foi registrada em 5,5 por 100 mil habitantes, sendo a maior taxa observada na população indígena, com 15,2/100 mil.⁸ Por outro lado, dados levantados pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) registrou em 2014 taxa de 21,8/100 mil entre povos indígenas.⁹

Essa questão tem se mostrado um agravamento à saúde preocupante em determinadas populações indígenas, não sendo um fenômeno generalizado, mas localizado em comunidades e etnias específicas. Há evidências suficientes demonstrando que situações sociais precárias decorrentes do contato histórico com os não índios, têm relação com o aumento das taxas de suicídio nesses contextos.¹⁰

O suicídio, sua tentativa ou mesmo ideação demandam investigações sobre os determinantes sociais em saúde mental incluindo aí questões políticas, culturais, institucionais, habitacionais, de saneamento básico, empregabilidade e renda, escolaridade, acesso a bens e serviços etc. Podem revelar certa inadaptação às normas sociais formais ou informais compartilhadas e sempre comunicam elementos subjetivos importantes. Vale ainda considerar que são fatores de risco para o suicídio o uso prejudicial de álcool e outras drogas, a depressão, desemprego e outros agravos em saúde mental.

A maior prevalência desse sinal de sofrimento psíquico no DSEI MRP deu-se no Polo Base Chico Camilo, um dos territórios mais próximos da zona urbana ou da cidade de Lábrea/AM, sendo significativo que as situações tenham envolvido quatro mulheres de aproximadamente 23 a 34 anos. Também preocupa a notificação de um homem no Polo Base Abaquadi que faz uso frequente de bebidas alcoólicas, sendo esse um fator de risco importante a ser considerado. Evidencia-se que é preciso ampliar os esforços em prevenção e promoção de saúde mental mesmo em regiões mais distantes, exigindo atenção diferenciada e fundamentada na linha de cuidado integral em atenção psicossocial.

Sugere-se, portanto, realizar um plano de ação imediatamente após a identificação do fato ou relato, com investigações a partir de atendimentos individuais e/ou familiares, estabelecendo uma escuta qualificada para acolhimento dos envolvidos. Segue

com o mapeamento da rede de relações interpessoais dos envolvidos, com a elaboração de um genograma, ecomapa, projeto terapêutico singular, plano de vida e reforça-se os pontos de suporte identificados no conjunto de cuidados junto à pessoa/familiares. Ressalta-se ainda a importância dos projetos de educação continuada, da organização de espaços de trocas de saberes e suporte técnico-pedagógico.

A desassistência em saúde mental no DSEI MRP apresentada até aqui corrobora com a literatura da área que constata que as EMSI não se sentem preparadas para atenderem inclusive problemas simples e que os serviços de saúde indígena se centram basicamente em diagnósticos de saúde mental e administração de medicamentos psicotrópicos. Por fim, parte das crises em saúde mental se deve à perda de vínculos culturais, negação da identidade e pouca presença de políticas de Estado nas aldeias e arredores.¹¹

Sobre a morte ritual por autoenvenenamento entre os Suruwahá

Para evitar visões etnocêntricas ou inadequação na interpretação de fenômenos culturais entre os Suruwahá, optou-se pelo desenvolvimento dessa seção a fim de justificar a não classificação da morte ritual por ingestão de *kunahã* (uma espécie de veneno, também conhecido como timbó) nos dados epidemiológicos sobre suicídio. Essa categoria, do ponto de vista ocidentalizado, normalmente destaca a presença de sofrimento físico ou psíquico, mostrando-se equivocado para uma compreensão adequada.

Os índios Suruwahá são considerados povos isolados, sendo distintos em seus modos de vida, idioma, culinária etc. Sua população tem se mantido mais ou menos estável ao longo dos anos, contando em 2015 com cerca de 150 pessoas que viviam comunitariamente em algumas malocas próximo ao rio Riozinho em Tapauá/AM (Polo Base Marrecão) e produziam praticamente tudo que é necessário para a sobrevivência.

À parte disso, os Suruwahá concebem três caminhos distintos para o mundo espiritual: o *maaro agi* (caminho da morte), por onde seguem os que morrem de velhice, acreditando ser um caminho penoso onde os corações vagueiam sem achar sossego e paz; o *koiri agiri* (caminho da cobra), por onde seguem os que morrem por picada de cobra; e o *konaha agi* (caminho do timbó), a trajetória da lua, por onde vão aqueles que morrem por ingestão de veneno, onde as almas reencontram seus parentes, as

plantas agrícolas crescem sem esforço e a caça e pesca são abundantes.¹²

Os índios Suruwahá acreditam que a existência humana só tem sentido quando se visa a ‘morte ritual’, apontando essa prática como a máxima de todos os valores. Historicamente, as mortes por epidemias e armas de fogo, somados ao extermínio de todos os líderes espirituais, levaram os Zuruahá ao desespero. Dawari, um sobrevivente Adamidawa, recorreu à ingestão de *kunahã*, tendo sido o estopim para outras mortes do gênero, que logo se tornaram uma prática cultural.¹³

Acredita-se que ao morrerem por esse método o indígena mantém sua forma física por toda a eternidade, sendo compreensível que a maioria das mortes rituais ocorra justamente na juventude, quando estão em pleno vigor físico e mental. É comum que após um episódio de morte por autoenvenenamento sucedam alguns outros, geralmente por pessoas mais próximas àquela que primeiro faleceu, como em uma reação em cadeia.

Os motivos dessas mortes ou tentativas são informados basicamente por conflitos e crises que envolvem o zelo pela propriedade (ferramentas, roças), o controle da sexualidade feminina, a autoestima pessoal (ofensas, doenças, feiúra, insucessos), a aliança matrimonial (casamento e relacionamento conjugal) e, sobretudo, o sentimento profundo que une os vivos aos parentes falecidos.¹⁴ No ano de 2015 foram notificados seis casos de ‘morte ritual’ entre os Suruwahá:

- 1) 28.06.2015 – Homem, 11 anos.
- 2) 28.06.2015 – Mulher, 33 anos.
- 3) 17.05.2015 – Mulher, idade indisponível.
- 4) 17.05.2015 – Mulher, 14 anos.
- 5) 16.05.2015 – Homem, 41 anos.
- 6) 16.05.2015 – Mulher, 13 anos.

A prática da morte ritual é uma questão cultural complexa, que se relaciona com cosmologias que são constantemente elaboradas e ressignificadas por esse povo. Considera-se, portanto, que o ‘ritual de morte por autoenvenenamento’ entre os Suruwahá é parte integrante de sua cultura, identidade, história, cosmologias e certamente há um sentido ou vários sentidos nessa prática. Finalmente, vale indagar “o que os Suruwahá querem nos dizer através de sua morte ritual, senão que estão elaborando respostas

próprias de resistência e afirmação cultural (por mais contraditório que isso possa parecer) frente ao seu violento processo histórico de contato?”¹³

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho contribui para análise dos atendimentos e dimensionamento dos agravos em saúde mental no Distrito Sanitário Especial Indígena Médio Rio Purus. Destaca-se por ser o primeiro estudo do gênero no âmbito da atenção básica em saúde mental considerando os povos indígenas dos municípios de Lábrea, Canutama e Tapauá, estado do Amazonas.

Observou-se que algumas fichas de atendimentos não foram preenchidas corretamente, dificultando em alguns casos a sistematização dos dados, porém sem prejuízo para o dimensionamento do alcance do programa. Até abril de 2016 não havia disponibilidade de informações dos atendimentos no Polo Base Tawamirin, que na época deveriam ser informados pela CASAI de Tapauá.

Tendo em vista as características geoclimáticas e dificuldades de acesso às aldeias do DSEI MRP, constata-se que o número de profissionais de psicologia foi deficiente em 2015. Contando com apenas dois profissionais, os atendimentos em saúde mental foram prejudicados, sendo necessário um número bem maior para garantir ao menos um atendimento mensal nas aldeias e/ou acompanhamento intensivo em alguns casos.

De modo semelhante, grande parte das aldeias do DSEI MRP carecem de EMSI em quantidade e/ou qualidade. Nota-se a falta de profissionais de medicina para avaliação periódica daqueles que fazem uso de medicamentos psicotrópicos ou demandam atenção ao consumo prejudicial de álcool. Outrossim, é preciso ampliar a consulta anual dos usuários de psicotrópicos com especialistas (psiquiatras / neurologistas) a fim de prevenir a ocorrência de sérios agravos em saúde e reduzir o uso desnecessário desses medicamentos.

Constata-se também que apesar da maior presença de técnicos de enfermagem nas aldeias, os usuários do programa de saúde mental praticamente não têm sido atendidos por eles. No que diz respeito aos enfermeiros, estes ainda carecem em número e precisam de maior envolvimento/treinamento para execução do Programa de Atenção à Saúde Mental. Quanto aos agentes indígenas de saúde, não

foi possível dimensionar quantitativamente seus atendimentos, pois parte desses profissionais sequer sabem ler ou escrever, dificultando a sistematização das produções em campo.

É imprescindível que todos os profissionais de saúde indígena estejam mobilizados em cursos de qualificação em saúde mental e que os gestores do DSEI MRP facilitem a organização desses eventos, ampliando assim a qualidade e o alcance do Programa.

Finalmente, são necessários mais estudos a fim de acompanhar a evolução do Programa de Atenção à Saúde Mental do DSEI MRP e o dimensionamento do acesso a esse serviço em saúde pelas distintas comunidades indígenas da região.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Agradeço às considerações da Profa. Dra. Magda Diniz Bezerra Dimenstein e sugestões dos revisores/editores que avaliaram anonimamente esse trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil (2013). Disponível em: <<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idhm-municipios-2010.html>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2019.
2. Medeiros MCD. Cartografia (2014). Fevereiro de 2015. 33 p. Projeto de Apoio da SESAI aos DSEI's e Fatores Intervenientes na Mortalidade Materna, Fetal e Infantil nos DSEI e dos Itinerários de Produção de Saúde nas Áreas Indígenas.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Documento orientador sobre a gestão da atenção psicossocial nos DSEI. Brasília, DF, 2014.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Psicossocial aos Povos Indígenas: Tecendo redes à promoção do bem viver. Brasília, DF, 2015.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Instrutivo da ficha complementar de investigação/notificação de violências em povos indígenas. Brasília, DF, 2014.
6. Brasil. Ministério da Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Indígena – Relatório Final. Luiziânia, SP, 2001. Disponível em <http://nesp.unb.br/observaindigena/?page_id=279>. Acesso em: 14 de janeiro de 2019.
7. World Health Organization. Preventing suicide: a community engagement toolkit. Geneva: World Health Organization. 2018. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272860/9789241513791-eng.pdf>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2019.
8. Brasil. Boletim epidemiológico – Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção a saúde. 48(30). Brasília: Ministério da Saúde. 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2019.
9. Brasil. Agenda das ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil: 2017 a 2020. Brasília: Ministério da Saúde. 2017. Disponível em: <https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/cartilha_agenda-estrategica-publicada.pdf>. Acesso em: 14 de janeiro de 2019.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Material orientador para prevenção do suicídio em povos indígenas. Brasília, DF, 2015.
11. Rodrigues ES. O lugar da psicologia nas questões indígenas. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (Org.). Povos indígenas e psicologia: a procura do bem viver. São Paulo: CRP SP; 2016. Disponível em: <<http://crpsp.org/fotos/pdf-2016-08-24-16-20-25.pdf>>. Acesso em: 14 de janeiro de 2019.
12. Vaz A. Missão: O veneno lento e letal dos Suruwahá. CGII-Funai. Junho de 2008.
13. Souza KT, Santos MM. Morte ritual: reflexões sobre o “suicídio” Suruwaha. Espaço Ameríndio 2009,3(1):10-24.

Recebido em: 18/03/2019

Aceito em: 12/07/2019

Como citar: BARRETO, Ivan Farias. A saúde mental no Distrito Sanitário Especial Indígena Médio Rio Purus. Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde, Santa Cruz do Sul, v. 2, n. 1, jan. 2019. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/13323>>. Acesso em: 23 ago. 2019. doi:<https://doi.org/10.17058/rips.v2i1.13323>