

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE INDÍGENA  
REGIÃO CERRADO – TURMA II

DANIELLE DE LIMA MENDONÇA PINTO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Saúde Indígena, da  
Universidade Federal de São Paulo.  
Orientador: Prof. Rinaldo Sérgio Vieira Arruda

SÃO PAULO

2017

**“PEMEGARE – PROTAGONISMO INDÍGENA BORORO X USO  
PREJUDICIAL DO ÁLCOOL: O DIÁLOGO INTERCULTURAL COMO  
ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO.”**

DANIELLE DE LIMA MENDONÇA PINTO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Saúde Indígena, da  
Universidade Federal de São Paulo.  
Orientador: Prof. Rinaldo Sérgio Vieira Arruda

SÃO PAULO

2017

## **AGRADECIMENTOS**

Às crianças Bororo que nunca permitiram que eu desistisse de trabalhar com a minha alma diante de um contexto tão desafiador, seja com um olhar, um gesto, ou uma simples benção; elas fizeram que eu tivesse a amplitude de compreender o meu papel de “braido” naquele território. Tenho a consciência que fiz tudo o que deveria ser feito. Eu acredito em vocês, eu acreditarei sempre. A aldeia sempre será mais feliz sem álcool, sem violência, sem dor...

A todos e todas que fazem parte do DSEI Cuiabá: à minha equipe NASI, Ana Beatriz (RT da Imunização), Zeni Salete (RT de IST’Aids) Cinara Thais (RT Saúde da Mulher e da Criança), Graciela Rondon (RT SISVAN), Michel Harlos (RT Saúde Bucal), Regina Ramalho (Psicóloga CASAI Cuiabá), Carmem Lúcia (RT de TB), Marildes (RT SIASI), às EMSI que são guerreiros de área, meu profundo e sincero obrigada pela troca, pela paciência e companheirismo em todas as situações. Principalmente Enf. Amauri (Aldeia Tadarimana), Enf. Ana Carolina Prado, Enf. Maildes, Enf. Giselly Paula (Aldeia Meruri) e Enf. Monika Lando (Coordenadora de Polo Base) que dividiram comigo todas as delícias e as dores de um trabalho desafiador.

À psicóloga Thélia Pinheiro que por muito tempo foi uma parceira nessa trajetória. A todos da CASAI Cuiabá que me acolheram e me fizeram estar em minha segunda casa.

À referência Técnica de Saúde Mental em Brasília – Lucas Nóbrega e Fernando Pessoa por serem condutores dos meus pensamentos desconexos, enquanto RT Do Programa de Saúde Mental Indígena.

À minha tutora dessa pós-graduação Juliana Nogueira por ter compreendido a minha mudança de DSEI, a demora da instalação da internet no interior da Paraíba e por sempre ter me incentivado incondicionalmente a ir até o fim.

As minhas chefias imediatas – Maria Luíza e Maria Goreth, por terem acreditado que poderíamos fazer a diferença em um trabalho em REDE.

À antiga e ao atual coordenador do DSEI Cuiabá (Núbia e Aldi) que acreditaram no Programa de Saúde Mental como um dos pilares essenciais da Atenção Básica de Saúde. E, sobretudo, à população Indígena Bororo em geral pela troca de aprendizado, pela experiência adquirida e pela permissão de ter adentrado em sua intimidade, em suas casas e em seus corações. Vocês terão sempre o meu profundo respeito e gratidão.

## **RESUMO**

O presente trabalho representa mais do que um Projeto de Intervenção no tocante à temática envolvendo o uso prejudicial do álcool entre os Bororo. Ele nos remete a quebra de paradigmas e conceitos pré-elencados durante nossas vidas, nos leva a compreender a importância do diálogo intercultural para que sejam traçadas estratégias de enfrentamento capazes de minimizar sofrimentos e sobretudo colaborar com novas perspectivas de vida em uma população estigmatizada pelo uso prejudicial do álcool.

**Palavras – chave:** Índios Bororo – Uso Prejudicial do álcool – Interculturalidade

## **LISTA DE SIGLAS**

**CAPS – Centro de Atenção Psicossocial**

**DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena**

**DRP – Diagnóstico Rápido Participativo**

**EMSI – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena**

**FUNAI – Fundação Nacional do Índio**

**MDA – Ministério do Desenvolvimento Agrário**

**MPE – Ministério Público Estadual**

**SEDUC – Secretaria de Educação do Estado de Mato Grosso**

**SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena**

**SIASI – Sistema de Atenção à Saúde Indígena**

**SINAN – Sistema de Informação e Agravos de Notificação**

**SUS – Sistema Único de Saúde**

**UFMT – Universidade Federal do Mato Grosso**

## **LISTA DE QUADROS**

**Quadro 1 – Referente às ações Profissionais realizadas no decorrer deste projeto**

## SUMÁRIO

<b>1.INTRODUÇÃO.....</b>	<b>08</b>
<b>2. OBJETIVO GERAL E OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</b>	<b>13</b>
<b>3.METODOLOGIA.....</b>	<b>14</b>
<b>4. RESULTADOS ESPERADOS.....</b>	<b>17</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>20</b>
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>21</b>
<b>7. ANEXOS.....</b>	<b>23</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Atualmente tem sido de constante preocupação o aumento do uso de bebidas alcoólicas entre as populações indígenas, e essa introdução de bebidas alcoólicas além do contexto sócio cultural tem sido de apreensão em relação aos dados epidemiológicos em saúde mental. Algumas rodas de conversa na comunidade nos fizeram perceber que esta problemática vai muito além do simples ato de ingestão da bebida, há outros fatores que são elencados como “problema” que levam os Bororo ao alcoolismo. Dessa forma esse Projeto de Intervenção busca articular o diálogo na comunidade bororo para que juntos possam estar enfrentando essa problemática.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas preconiza a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços – voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde - que garanta a estas populações o exercício de sua cidadania nesse campo e tem como diretrizes:

- Organizar o subsistema de saúde dos povos indígenas, no âmbito do SUS, sob a forma de Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI.
- Assegurar ações de atenção básica nas aldeias;
- Criar mecanismos de participação social por intermédio de conselhos distritais e locais;
- Respeitar os aspectos culturais dos povos indígenas e operacionalizar ações de saúde junto às etnias. Dentre essas ações está o Plano de ação em saúde mental, norteador pela Política Nacional de Saúde Mental Indígena, pelo Plano Distrital Indígena de Saúde 2012-2015, pela Política de Humanização do SUS e pelo Documento Orientador encaminhado pela equipe técnica de Referência em Saúde Mental da SESAI.

No DSEI Cuiabá, o referido Projeto de Intervenção foi elaborado de acordo com a realidade e as especificidades das etnias de sua abrangência, objetivando proporcionar uma maior adequação e direcionamento na realização dos trabalhos de Atenção Psicossocial. Deste modo, vale salientar a importância da identificação e reconhecimento dos próprios Promotores de Saúde da população em questão, de forma que se venha a ser trabalhado o Bem Viver Indígena, potencializando o protagonismo indígena como principal fator para a promoção de saúde no território. “O Bem Viver, trata-se de uma filosofia, com reflexos muito concretos, que sustenta e dá sentido às diferentes formas de organização social de centenas de povos e culturas da América



Latina. Sob os princípios da reciprocidade entre as pessoas, da amizade fraterna, da convivência com outros seres da natureza e do profundo respeito pela terra (...)” (BONIN, 20016).

Desta forma o Bem Viver Indígena pode ser reinterpretado para que possamos ter perspectivas de vidas concretas diante deste contexto, promovendo saúde mental neste povo em específico.

E, ainda mencionando (MERHY, 2004): “Pedir emprestado o olhar do outro para o seu olhar é o método, o resto são ferramentas”.

Ainda parafraseando MERHY:

“(...) a extrema objetivação e a focalização do olhar e da ação sobre o corpo biológico deixam de lado muitos outros elementos que são constitutivos da produção da vida e que não são incluídos, trabalhados, tanto na tentativa de compreender a situação, como nas intervenções para enfrentá-las. Mais ainda, a busca objetiva do problema biológico tem levado a que a ação do profissional esteja centrada nos procedimentos esvaziada de interesse no outro, com *escuta empobrecida*. Assim, as ações de saúde têm perdido sua dimensão Cuidadora e, apesar dos contínuos avanços científicos, elas têm perdido potência e eficácia.”

Por outro lado, essa relação empobrecida, em que o outro é tomado como corpo biológico e objeto da ação e que deslegitima todos os outros saberes sobre saúde, é vertical, unidirecional, como se prescindisse da ação/cooperação de quem está sendo “tratado”. Ou como se a cooperação fosse obtida automaticamente a partir da “iluminação” técnica sobre o problema e as condutas para enfrentá-lo. Não é assim que as coisas funcionam na prática e por isso mesmo tem sido tão difícil “conquistar a adesão” às propostas terapêuticas, sobretudo nas situações crônicas.

O sofrimento humano na sua existência real tem expressão muito singular e complexa; está muito além de um resultado particular de um fenômeno mais geral. Podemos e devemos olhar o sofrimento humano de outros ângulos (históricos e sociais e no plano singular de cada situação). A “clínica do corpo de órgãos” entra em questão, pois não basta construir saberes científicos para dar conta de produzir abordagens mais satisfatórias dos processos singulares de produção de existências singulares e coletivas (pois é disto que se trata a vida).

Com isso, colocamos em pauta a necessidade de revisitar todos esses processos de trabalho em saúde sob um novo ângulo. Aquele que torna evidente que em qualquer

situação de encontro entre trabalhadores de saúde e o mundo das necessidades, individuais e coletivas, dos usuários, há um intenso processo micropolítico que subjaz e que define a possibilidade, para além da particularidade e do genérico, de que o ato de Cuidar seja visto como lugar de singularização dos modos de se definir de forma mais autônoma “os modos de caminhar na vida”(CECÍLIO e MATSUMOTO, 2006).

Compreendemos que as considerações dos autores acima citados, devem também nortear as nossas ações em Atenção Psicossocial no território como mais um componente na vasta complexidade da saúde indígena. É preciso dialogar com todos os protagonistas deste Projeto.

Vale salientar que a metodologia utilizada será a metodologia participativa que permite o diálogo entre a comunidade indígena e os profissionais da saúde e profissionais que serão envolvidos tecendo uma rede solidária de estratégias que visem minimizar as consequências decorridas do uso prejudicial do álcool, proporcionando o bem viver indígena e sobretudo garantindo o direito constitucional à saúde. Como base teórica foi utilizada artigos relacionados à problemática do uso prejudicial em terras indígenas, citando Manuel Quiles (2001), Sofia Mendonça (2010), Renate Viertler (2002), Rinaldo Arruda (2016) entre outros e a observação direta em cinco anos de trabalho diretamente com este povo.

O DSEI Cuiabá atualmente abrange 10 etnias, sendo 116 aldeias e 10 Polos Base, segundo dados do SIASI abrange uma população de 7.194 indígenas

Etnias por Polo Base:

1. Polo Base Bacaval: 689 indígenas.
2. Polo Base Três Lagoas: 416 indígenas.
3. Polo Base Brasnorte: 1.205 indígenas.
4. Polo Base Tangará da Serra: 200 indígenas.
5. Polo Base Meruri: 589 indígenas.
6. Polo Base Rio Verde: 768 indígenas.
7. Polo Base Pakuera: 734 indígenas.
8. Polo Base Chiquitano: 482 indígenas.
9. Polo Base Rondonópolis: 1.001 indígenas.
10. Polo Base Cuiabá: 1.026 indígenas.

Entre os Bororo, a unidade política é a aldeia (Boe Ewa), formada por um conjunto de casas dispostas em círculo, tendo no centro a casa dos homens (Baito). Ao

lado oeste do “Baito<sup>1</sup>” encontra-se a praça cerimonial, denominada Bororo, local das mais importantes cerimônias dessa sociedade. Mesmo nas aldeias em que as casas estão dispostas de modo linear por influência dos missionários ou agentes do governo, a circularidade da aldeia é considerada a representação ideal do espaço social e do universo cosmológico. Na complexa organização social dos Bororo, a classificação dos indivíduos é feita a partir de seu clã, da linhagem e do grupo residencial. A regra de descendência é matrilinear, de modo que, ao nascer, a criança receberá um nome que a identificará ao clã de sua mãe.

Em relação à Saúde Indígena, o padrão de morbidade da população Bororo é relativamente constante e reflete, principalmente, a precariedade de suas condições de vida. Os principais agravantes são as doenças infectoparasitárias, doenças ligadas ao saneamento e hábitos higiênicos e o alcoolismo, que é, sem dúvida, seu maior problema de saúde.

Conforme cita VIETLER, em 1976, ocorreram invasões por parte dos Xavante de São Marcos que cada vez mais numerosos, apoderaram-se de animais de caça e de peixes dos Bororo. Este fato, seja pela competição desigual com os vizinhos numerosos como os Xavante, seja pelo processo desordenado e dominadores civilizados, os Bororo perderam em muito a disponibilidade de tempo e acesso a recursos materiais em termos de sua economia tradicional. Em reunião ampliada realizada com a comunidade entre equipe de Saúde Mental e comunidade em 2012, eles relataram que eram indígenas coletores, ou seja, eles coletavam os recursos silvestres e devido à degradação ambiental da região e a expansão da sociedade nacional eles não coletam mais e se submetem às garantias da Política de Assistência Social através do Programa Bolsa-Família que é fonte de renda exclusiva de muitas famílias. Vale salientar que em diversas Rodas de Conversa foi relatado que esses benefícios governamentais seriam entregues aos denominados “Bulixo<sup>2</sup>” em troca do “Paribá<sup>3</sup>”.

Em relação ao uso prejudicial do álcool entre os Bororo, vale salientar que este tema é assunto sempre discutido entre especialistas na área devido a tomada proporção do agravo nesta etnia em específico. Entre artigos e experiência na área de Saúde Mental, o que se torna ponto comum é a historicidade da própria etnia em relação ao uso do álcool, em rituais como funeral Bororo ou até mesmo para adquirir coragem e

---

<sup>1</sup> Na língua Bororo refere-se a casa dos homens, onde os mesmos se reuniam para rituais e reuniões.

<sup>2</sup> Na língua Bororo refere-se aos bares dentro da aldeia que comercializam bebidas alcólicas.

<sup>3</sup> Na língua Bororo significa “Ovo de Avestruz” em alusão ao formato do conteúdo da “pinga” que é ingerida frequentemente na aldeia Meruri.

valentia, tendo em vista que eles são visivelmente tímidos. Esta relação com o uso do álcool, ainda menciona QUILES, é “uma realidade historicamente conhecida há mais de 200 anos.”, ou seja, essa transformação de uma realidade somente se dará através do diálogo entre comunidade e profissionais envolvidos, conforme declara ARRUDA: “Deve-se haver um diálogo intercultural, abrir mão de suas certezas, e esse diálogo deve ser desarmado (...) Procurar entender e ouvir o que o outro tem a dizer. É uma troca de ideias.”

## **2. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GERAL:**

- ✓ Diminuir as consequências causadas pelo uso prejudicial do álcool nas aldeias Meruri e Tadarimana.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- ✓ Promover ações de Educação em Saúde objetivando a prevenção e redução do consumo prejudicial de bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas entre os Bororo.
- ✓ Priorizar e potencializar as ações em Atenção Psicossocial nos territórios em situação de vulnerabilidade social.
- ✓ Articular Parcerias para Projetos de Desenvolvimento Sustentável nas aldeias em situação de extrema vulnerabilidade social.
- ✓ Formar uma Rede Solidária com parceria entre: Aldeias, FUNAI, MPE, Escolas Indígenas, SEDUC, UFMT, MDA, municípios, entre outros parceiros no tocante à responsabilização e cooperação para o Bem Viver das populações em questão.

### **3. METODOLOGIA UTILIZADA.**

#### **PANORAMA GERAL DA INTERVENÇÃO EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA.**

Os instrumentos utilizados pelas EMSI são diversificados nos Polos Base e nas aldeias acerca das ações em Atenção Psicossocial. Utilizam-se as fichas de Busca Ativa (Ficha A - Anexo I) para fins de diagnóstico, as fichas de acompanhamento e monitoramento individual dos pacientes em Atenção Psicossocial nas famílias (Ficha B – Anexo II), além das fichas do SINAN (Anexo III) acerca das notificações de violência e tentativas e óbitos por suicídio. Na ficha B são anotadas as informações referentes ao uso de psicotrópicos, às consultas com psiquiatra, investiga também sobre: epilepsia e outros sintomas neurológicos, sobre internações pelo uso prejudicial do álcool ou por transtornos mentais, sobre indivíduos agressivos e violentos nas famílias e sobre problemas de aprendizagem entre crianças e jovens. Ainda nesta ficha, também foi inserida a investigação sobre tentativa e óbito por suicídio para acompanhamento preventivo pela Promoção da Vida, pois este é um compromisso ético, político e econômico. Quando necessário, o acompanhamento posterior também será realizado. Todos esses instrumentos serão base para tabulação de dados em saúde mental para elencar estratégias de ações.

O DRP (Diagnóstico Rápido Participativo) também é outro importante instrumento a ser utilizado, assim que as equipes se apropriarem desta metodologia. Esta metodologia participativa adaptada aos povos indígenas foi inspirada no Diagnóstico Rural Participativo, ela permite um importante exercício de investigação, criatividade e autonomia para que a população se organize em torno da reflexão sobre seus principais problemas e desafios e, sobre quais são suas fragilidades e potencialidades para a resolução dos mesmos, pois a organização interna da população gera saúde mental.

Na prática, segundo VERDEJO, o DRP “permite que a comunidade faça seu próprio diagnóstico e a partir daí comece a gerenciar o seu planejamento e desenvolvimento. Este método pretende desenvolver um processo de pesquisa a partir das condições e possibilidades dos participantes, isto é, em vez de confrontar as pessoas com uma lista de perguntas previamente formuladas, a ideia é que os próprios participantes analisem sua situação e valorizem as diferentes opções para melhorá-la.” A intervenção de quem coordena o DRP, é mínima, pois com esta metodologia não

somente pretende-se colher dados, mas também proporcionar um ambiente para que os mesmos iniciem um processo de reflexão crítica sobre os problemas que os afligem, bem como as possibilidades para solucioná-los. Além do objetivo de impulsionar a auto-análise e a autodeterminação de grupos comunitários, o propósito do DRP é a obtenção direta de informação primária ou de "campo" na comunidade. Esta é conseguida por meio de grupos representativos de seus membros, até chegar a um auto-diagnóstico sobre o estado dos seus recursos naturais, sua situação econômica e social e outros aspectos importantes para a comunidade. Será utilizada como ferramenta para pesquisa-ação, a Matriz de Hierarquização de Problemas por pares ao qual serão elencados cinco Objetos nos campos: Social, Econômico, Ambiental, Político e Emocional aos quais serão discutidas as problemáticas e possíveis soluções diante do contexto da realidade local.

O objetivo principal dessa metodologia é apoiar a autodeterminação da comunidade pela participação e assim, fomentar um desenvolvimento sustentável, pois sabemos que a promoção à saúde, se dá através da organização do povo, do fortalecimento de sua cultura e da articulação e efetivação entre as Políticas Sociais.

#### **Matriz de hierarquização de problemas por pares:**

A hierarquização por pares compara os problemas identificados durante o diagnóstico, segundo sua importância para a comunidade. Estabelece uma hierarquia dos problemas identificados que permita à comunidade concentrar-se no que considera mais importante e ou urgentes. Após essa explanação em grupos serão elencadas pelos mesmos as prioridades que deverão ser solucionadas através da participação da comunidade, bem como através do trabalho em REDE, ou seja, será possível uma intervenção eficaz nas problemáticas levantadas.

No tocante à realização da Busca Ativa através de visitas domiciliares e entrevista conforme questionário da Ficha A, por observação direta, percebemos que cada família possui sua própria realidade. Portanto, a coleta desses dados deve ser feita a partir de seus núcleos familiares e não, considerando apenas o coletivo comunitário da aldeia, pois a etnia Bororo é definida por núcleos familiares e não pela coletividade.

Uma das maiores dificuldades encontradas pelos trabalhadores da saúde em suas bases de atuação é a enorme demanda espontânea na assistência, em sua maioria sem um olhar adequado e ampliado sobre a Política de Saúde na Atenção Básica, tendo suas atividades mais voltadas para a assistência à doença e não para a Promoção da Saúde em si mesma. Percebe-se a necessidade de ampliar as ações de educação continuada,

educação em saúde no território, disponibilidade de capacitações específicas e diversificadas e ações de matriciamento de forma geral para os trabalhadores das EMSI, objetivando articular estratégias para potencialização das ações em Atenção Psicossocial.

### **1 Instituições de Referência em Atenção Psicossocial no Mato Grosso e o trabalho em REDE: caminhos para o bem viver indígena.**

As referências para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são de acordo com o município ao qual a aldeia pertence. Contudo, existem situações onde alguns municípios de referência estão muito distantes da aldeia de residência do usuário, interferindo assim em todo o processo de regulação levando a encaminhamentos para municípios que não são de referência, porém estão mais próximos de sua residência. Constata-se também que grande parte dos municípios de abrangência do DSEI Cuiabá não possuem CAPS ou parte dos existentes não dispõem de um serviço resolutivo e qualificado, respeitando a especificidade dos povos indígenas. Para enfrentamento desta dificuldade a estratégia que vem sendo utilizada pelo Responsável Técnico em Atenção Psicossocial é a participação ativa no grupo condutor estadual da RAPS, para fomentação de estratégias e pactuação com os escritórios regionais de saúde no atendimento diferenciado. Faz-se necessário também, um agendamento de reuniões continuadas, com os coordenadores de Polos, objetivando discutir ações para melhoria dos fluxos de informações do acompanhamento aos usuários em Atenção Psicossocial.



#### **4. RESULTADOS ESPERADOS DA INTERVENÇÃO:**

Todas estas ações de escuta, observação e troca de conhecimentos são, em princípio, válidas e eficazes. O trabalho coletivo explora as vias esquecidas e busca sair desse engendramento social. O grupo todo, digo comunidade e EMSI, penetra em outra dimensão, um espaço-tempo à medida da história da humanidade. Os ancestrais são realidades psíquicas, que nós precisamos trabalhar, pois estas teorias culturais são muito importantes, elas permitem dar um sentido ao que para o nosso olhar, nos parece insensato. É importante permitir que seja dado um sentido aos sofrimentos antigos e atuais, porque suas representações estão em movimento, ou seja, um sentido cultural de origem, mas também um sentido atual. A proposta é de fazer uma ligação entre tudo isso. É necessário elaborar um sentido cultural para compreender a situação e trabalhar acerca da mesma.

Sobre o clima emocional da aldeia Meruri em específico, ainda em QUILES: “Vive-se num clima de lassidão e ócio generalizados: a falta de perspectivas na vida quotidiana é palpável, não há muito o que fazer em Meruri, e não há qualquer perspectiva de mudança.” O que mais chama a atenção é exatamente a maneira como as pessoas se apresentam: quase todas elas, quando confrontadas com as perguntas: “Como estão as coisas na aldeia?”, Como está você?, Quase todas se queixam, ou afirmam logo na apresentação que não estão bem, que estão doentes...

Não raramente se queixam do tédio, da falta de dinheiro, dos caciques ou líderes, dos problemas da comunidade. E falam de si ou de algum doente em casa, que tem desde doenças sérias, passando por toda uma gama de males incluindo o alcoolismo de familiares – o próprio nunca é assumido, até gripes, dores de cabeça, de ouvidos, ou feridas mal curadas – feridas que não fecham – tudo é mostrado como apresentação de uma identidade sofredora.

“Bororo sofre, e sofre muito, mas não se mobiliza ativamente para acabar com o sofrimento; a tendência é a queixa, o lamento, a lástima, a resignação... Percebe-se à flor da pele, ou contra - transferencialmente, para falar tecnicamente, um ambiente pesado, deprimente, enfim, uma enorme Falta de Vitalidade.” (QUILES, 2001)

Se aceitarmos provisoriamente a definição ampla de doença que sustenta a Homeopatia, como uma consequência da diminuição ou perda da vitalidade, da energia vital, não podemos mais do que chegar à conclusão (também provisória), de que o povo

Bororo, coletivamente (pelo menos nas aldeias estudadas – Meruri e Tadarimana), está doente, como eles mesmos o afirmam individualmente”.

Este clima emocional identificado por QUILES, perdura até hoje. A aflição que se vive nas aldeias Bororo, não é constitutiva de nenhum caráter original, a despeito dos ritos funerários ser historicamente o elemento central da cultura. Então, além de uma perda da Alegria, esse sim, constitutivo do seu caráter étnico.

Conforme observação direta, constatamos que as bebedeiras entre os Bororo são do tipo dipsomaníaco, e a falta de controle, que provocam a quebra de todas as prescrições, entram na ressaca em profundos sentimento de culpa, e em um redemoinho de culpas sobre culpas, querem “beber até morrer”... O verdadeiro dipsômano é uma pessoa normal, subitamente invadido por um estado de ânimo indefinível e penoso, o qual acaba sempre por arrastá-lo à ingestão copiosa de bebidas alcoólicas, mesmo contra seus desejos e propósitos. Pode beber um dia inteiro ou durante vários dias da semana, ininterruptamente e após um sono prolongado, a crise é superada e a pessoa volta à situação anterior de normalidade, normalmente com amnésia do ocorrido.

Segundo afirma VIERTLER: “Os males que afligem os Bororo como – diarreias, males do pulmão e desnutrição elencados pelos Bororo – espelham um mal mais amplo, a “doença” de corpos sociais desvitalizados também por ciclos de bebida, tentando recompor-se por meio de ciclos funerais. ”

E mencionando QUILES:

“O álcool tenta cumprir quatro funções básicas na sociedade Bororo de Meruri : dar força e coragem para fazer qualquer coisa e para revidar as ofensas tendo em vista a passividade reinante e a renúncia da hostilidade; dar alegria e disposição num mundo marcado pelo tédio e a falta de lazer genuíno e perspectivas de mudança; como um substituto das tradições, dos funerais, das rórias e do mundo cultural que preenchia de glória o passado e dava significado e valor à vida(é evidente que não satisfaz genuinamente nenhuma dessas necessidades, mas por cumprir essas funções o comportamento alcoólico se autoperpetua); e, finalmente, como um instrumento de resistência cultural para impactar o dominador e tentar manipulá-lo emocionalmente, dada a necessidade de vingança histórica”.

Sendo assim, é nesta leitura psicodinâmica, que esta proposta de intervenção em Saúde Mental visa a Redução de Danos, através do fortalecimento de sua organização social, do fortalecimento e articulação de suas redes sociais de cooperação e fomentação de novas perspectivas para esta sociedade, juntamente com dados epidemiológicos em

saúde mental, trazê-los para uma reflexão crítica e atualizada de sua dinâmica cultural e trabalharmos visando o Bem Viver Indígena Boe Bororo.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Concordando com MENDONÇA:

“O campo da saúde mental e saúde dos povos indígenas tem um longo caminho a percorrer. Passa por desconstruir conceitos, quebrar paradigmas elaborados sobre bases teóricas oriundas da cultura ocidental europeia (...). As estratégias e ações a serem desenvolvidas neste campo necessariamente devem ter como costura a interculturalidade, a percepção do outro, a interface com outra leitura do mundo, de sujeito, de corpo e alma, indivíduo e coletivo”

Porém, sabemos que a decorrência do uso prejudicial do álcool entre os Bororo ocorre há pelo menos 200 anos, problemática esta que não se trabalha a passos curtos, tendo em vista a especificidade local da etnia, bem como seus aspectos históricos e socioeconômicos e culturais. Escrever laudas para este trabalho de intervenção requereu atenção, leitura e sobretudo um olhar diferenciado. Não é fácil lidar com as consequências em relação ao uso prejudicial do álcool, como violência, miserabilidade, negligência infantil entre outros, porém se faz necessária a amplitude do pensamento e conhecimento da realidade local para uma intervenção eficiente na redução de danos.

Faz necessário ainda uma EMSI capacitada para o atendimento em atenção básica à saúde mental, como quaisquer outros Programas do Ministério da Saúde.

A Saúde Mental e o Bem Viver perpassa por todos os programas relacionados à Saúde dos Povos Indígenas, tendo em vista a complexidade dos casos ocasionados por consequências do uso prejudicial do álcool. Podemos citar como exemplo: situações de óbito que são frequentes devido a ingestão de bebidas alcólicas e concomitante à direção de veículos, ou seja, engloba uma grande dimensão, muitas vezes esquecidas pelos gestores da Saúde Indígena.

Através deste Projeto de Intervenção, poderemos efetivar estratégias e com ações específicas, minimizar o uso do álcool, através de diálogos sobre perspectivas de vida e o fortalecimento da identidade indígena do povo Bororo.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ARRUDA, Rinaldo. **Entrevista Pós de Saúde Indígena**. Disponível em: [https://youtu.be/\\_pYmu7MbBjs](https://youtu.be/_pYmu7MbBjs). Acesso em 02 out. 2016.

ARRUDA, Rinaldo S. V. **A Noção de Cultura e o Campo da Saúde Indígena**, São Paulo, p. 2-14, 2016.

CECILIO, L. C. et all. **Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde in Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde** / Roseni Pinheiro, Alcindo Antonio Ferla e Ruben Araújo de Mattos, organizadores. - Rio Grande do Sul : Rio de Janeiro: EdUCS/UFRS: IMS/UERJ: CEPESC, 2006.

MENDONÇA, Sofia. **Reflexões sobre a relação intercultural no campo da Saúde Indígena**. UNIFESP UNASUS, 2016.

MENDONÇA, Sofia. **A saúde mental e os povos indígenas: reflexões e práticas no contexto do Programa de Saúde da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/UNIFESP) no Parque Indígena do Xingu**. EPM/UNIFESP, São Paulo, 2010.

CIMI. **O bem viver indígena e o futuro da humanidade**. Disponível em: <[www.cimi.org.br/pub/Porantim/2015/Encarte\\_Porantim381\\_dez2016.pdf](http://www.cimi.org.br/pub/Porantim/2015/Encarte_Porantim381_dez2016.pdf)>. Acesso em: 21 jun. 2017.

QUILES, Manuel et all. **Alcoolismo, doença do Branco**. Saúde e Ambiente do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá, v. 4, n. 1, p. 35-48, 2001.

PALÁCIO DO PLANALTO. **Constituição da república federativa do Brasil de 1988**. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 07 fev. 2017.

PORTAL DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 2.759, DE 25 DE OUTUBRO DE 2007.**

Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2759\\_25\\_10\\_2007.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2759_25_10_2007.html)>.

Acesso em: 15 dez. 2016.

PORTAL DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.**

Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_indigena.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf)>. Acesso em:

22 dez. 2016.

PORTAL SAÚDE. **Política Nacional de Saúde Mental.** Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/802-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/11-saude-mental/12319-legislacao-saude-mental>>. Acesso

em: 15 dez. 2016.

SEMINÁRIO SOBRE ACOLHIMENTO. **Palestra sobre acolhimento com Emerson**

**E. Merhy.** Disponível em: <[www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-31.pdf](http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-31.pdf)>. Acesso em: 11 abr. 2017.

VERDEJO, Miguel Expósito. **Diagnóstico Rural Participativo: DRP - um Guia Prático.** Brasília: Gráfica da Ascar - Emater-RS, 2006.

VIERTLER, Renate Brigitte. **Convívio Interétnico e alcoolismo entre os Bororo: resultados de uma pesquisa.** Tellus, Campo Grande, n. 2, p. 9-38, 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea.** Disponível em:

<<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-25.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

## **7. ANEXOS**





Ministério da Saúde  
Secretaria Especial de saúde Indígena  
Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena  
Divisão de Atenção à Saúde Indígena

<b>FICHA B - FICHA DE ACOMPANHAMENTO INDIVIDUAL</b>	
Município:	Etnia:
Polo base:	Aldeia:

<b>IDENTIFICAÇÃO</b>	
Nome:	Data de Nascimento:
Sexo:	Estado Civil:
Endereço:	Ano:

<b>ACOMPANHAMENTO MENSAL DE SAÚDE MENTAL</b>												
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Teve surto?												
Internou-se?												
Está usando medicação?												
Última Consulta:												
Embriagou-se? (nº de vezes)												
Usou drogas?												
Esteve agressivo:												
Manteve-se isolado?												

\* Caso faça uso de medicamento, informar o nome, a posologia e o CID.

Medicamento :
Posologia:
CID:

Medicamento :
Posologia:

A família aceita o acompanhamento? ( ) Sim ( ) Não

Obs:
------

Anexo II – Ficha B (Ficha Individual para acompanhamento mensal do usuário).



## ANEXO IV: REGISTRO FOTOGRÁFICO



Figuras 1 e 2. Atendimento Multidisciplinar na Aldeia Três Jacu



Figuras 3 e 4. Atividade de Educação em Saúde com as crianças Bororo na Aldeia Tadarimana.



## QUADRO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS

<b>Objeto</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Ação Profissional</b>	<b>Atividade</b>
Existência de poucos dados em relação à Atenção Psicossocial da população Bororo.	Aprofundar os métodos de investigação através de ferramentas que possibilite maiores informações.	Realizar busca ativa em Atenção Psicossocial nas Aldeias Bororo.	Capacitação das EMSI para preenchimento das fichas de Busca Ativa.
Existência de poucas informações dos aspectos socioeconômicos acerca da qualidade de vida do Povo Bororo.	Obter um panorama através dos DRP's para programação de ações estratégicas.	Realizar o DRP (Diagnóstico Rápido Participativo) nas aldeias Meruri e Tadarimana, fomentando o desenvolvimento sustentável.	Reunir o maior número possível de moradores destas aldeias e suas associações para a execução do DRP.
Demandas diversas como: depressão, tristeza, luto, suicídio, violência, uso prejudicial do álcool, transtornos mentais, estupros e quebra de vínculos familiares entre outros.	Adequar condutas específicas nas várias situações de sofrimento psíquico da população Bororo.	Acompanhar e orientar as EMSI acerca desta realidade. Assim como intervir diretamente nas situações que se fizerem necessárias.	Atendimento coletivo e individual, roda de conversa temática, terapia familiar, incentivo a atividades comunitárias e individuais, consulta conjunta, estudos de caso, estudo de textos específicos junto à EMSI e se necessário, encaminhamentos a CAPS, CREAS, entre outros equipamentos da rede de atenção psicossocial.
Consumo prejudicial de álcool na população Bororo.	Realizar a prevenção e estratégias de redução do uso de bebidas alcoólicas entre as crianças e os jovens.	Sensibilizar e apoiar as EMSI para uma maior mobilização de ações em Educação e Saúde nas escolas indígenas.	Apresentação de filmes na escola. Rodas de conversa entre professores, alunos, pais e profissionais da SEDUC. Atividades lúdicas. Orientações e reflexões de textos específicos junto aos professores.

**Quadro 1. Demonstrativo de ações que deverão ser realizadas.**