

SAÚDE MENTAL DE POPULAÇÕES INDÍGENAS E QUILOMBOLAS NO CEARÁ: UMA ANÁLISE DAS REDES DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E PRIMÁRIA À SAÚDE

Francisco Welder Silva De Lima¹

Antonio Carlos Da Silva²

Socorro Taynara Araújo Carvalho³

James Ferreira Moura Junior⁴

RESUMO

Este estudo visou investigar a cobertura e qualidade da assistência ofertada na rede de atenção primária e psicossocial para populações indígenas e quilombolas residentes no estado do Ceará. Trata-se de um estudo de natureza mista, onde utilizou-se a combinação de métodos e técnicas de pesquisa como a coleta de dados secundários e primários. Os dados secundários foram extraídos das plataformas: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, Fundação Nacional do Índio, Secretaria Especial de Saúde Indígena e Secretaria de Atenção à Saúde. Os dados primários foram obtidos por meio da construção de dois questionários na plataforma *google forms*, aplicados aos gestores e profissionais de saúde dos municípios que abrigam essas populações tradicionais e dois questionários com questões próprias para populações indígenas e quilombolas. Destarte, como principais resultados destaca-se que comunidades indígenas aldeadas em sua maioria situam-se em municípios de pequeno (83,3%) e médio pequeno porte (14,2%), e as não aldeadas majoritariamente em cidades de pequeno porte (91,6%). O mesmo foi realizado com as cidades que apresentam comunidades quilombolas, onde a maioria está presente em municípios de pequeno (67,7%) e médio pequeno porte (22,6%). Em relação à presença de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas cidades que abrigam populações indígenas aldeadas e não aldeadas e comunidades quilombolas, o CAPS ad II está presente em 21 municípios, cerca de 11,41%. Já o CAPS I está presente em 87 municípios ou 47,2%. O CAPS II aparece em 26, cerca de 14,1% dos municípios. E o CAPSi está presente em 13 municípios, cerca de 7,0%. Quando se trata de óbitos em geral por transtornos mentais e comportamentais (2008-2020), foram constatadas cerca de 88 vítimas indígenas aldeadas e não aldeadas, e 2 quilombolas. Os óbitos por suicídio (2008-2020) foram 60 para indígenas aldeados e não aldeados, e 40 para quilombolas.

Palavras-chave: Avaliação de Políticas Públicas de Saúde; Saúde Mental; Populações Indígenas; Populações Quilombolas.

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Instituto de Humanidades, Discente, franciscowelder@aluno.unilab.edu.br¹

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Instituto de Humanidades, Discente, antoniocarlos@aluno.unilab.edu.br²

Universidade Federal do Ceará, Departamento de Psicologia, Discente, carvalhotaynara@alu.ufc.br³

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Instituto de Humanidades, Docente, james.mourajr@unilab.edu.br⁴

INTRODUÇÃO

A saúde mental deve ser compreendida de maneira complexa, influenciada por aspectos de ordem econômica, cultural, social e política (LUDERMIR, 2008). Nesse sentido, a saúde mental se manifesta de forma desigual em fatores relacionados à classe social, raça, gênero, etnia e territórios.

No cenário acadêmico, os estudos científicos voltados para a saúde mental vêm se destacando, apesar disso, ainda é priorizado produções em grandes centros urbanos, abarcando a população que frequenta os serviços substitutivos de saúde mental ou o aparato hospitalar. Logo, há uma carência de investigações voltadas às populações indígenas e quilombolas, especialmente moradoras da zona rural, no que diz respeito à incidência de transtornos mentais, uso de álcool e outras drogas, uso de psicofármacos, suicídio, etc.

Nesse viés, esses grupos populacionais apresentam elevado grau de vulnerabilidade em termos de retaguarda e de cuidados em saúde mental, em função da dificuldade de acesso às políticas públicas de Atenção Primária à Saúde (APS). No caso dos quilombos a atenção primária é pela via Estratégia de Saúde da Família/ESF, Núcleos de Apoio à Saúde da Família/NASF e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), bem como aos serviços especializados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), já no caso dos indígenas é via Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) que possui apenas um profissional de psicologia e nenhum psiquiatra, Unidades Básicas de Saúde Indígena, Equipe Multidisciplinar e Agentes Locais de Saúde (BRASIL, 2019).

Conforme afirma Souza et al. (2020, p. 3), o suicídio em povos tradicionais está relacionado com os seguintes fatores de risco: pobreza, fatores históricos e culturais, baixos indicadores de bem estar, desintegração das famílias, vulnerabilidade social, falta de sentido de vida e futuro, escassez de terras, entre outros. Desse modo, o objetivo da pesquisa é investigar a cobertura e qualidade da assistência ofertada na rede de atenção primária e psicossocial para populações quilombolas e indígenas residentes no estado do Ceará.

Além disso, diagnosticar a situação de saúde mental considerando recortes de raça/cor, sexo e faixa etária, a partir dos seguintes indicadores: proporção e taxa de internação hospitalar por transtornos mentais e comportamentais; média de tempo de internação; morbidade hospitalar cap. V CID-10; número de óbitos, mortalidade proporcional e taxa de mortalidade por transtornos mentais e comportamentais, uso de substâncias psicoativas e suicídio - séries históricas 2010-2020 e analisar as principais políticas de saúde voltadas às populações quilombolas e indígenas e sua interface com a saúde mental.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa e qualitativa acerca da situação de saúde mental, bem como sobre a cobertura e acesso aos cuidados por populações quilombolas e indígenas no território cearense, as quais encontram-se disponíveis em distintas fontes e bancos de dados públicos, mas amplamente fragmentadas e desconhecidas no meio científico.

Sob os pressupostos Marconi e Lakatos (2010, p. 268) esses métodos preocupam-se em analisar e interpretar aspectos objetivos e numéricos (quanti), bem como mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano ou problemas experimentados por grupos sociais (quali). Dessa forma, optamos pela combinação de métodos e integração das diferentes técnicas de pesquisa como a coleta de dados secundários, questionário e análise documental. Além disso, em função do cenário de pandemia, avaliamos que é momento de investir mais fortemente em estratégias de coleta de dados que não comprometam o desenvolvimento da investigação, como a possível limitação para entrada em territórios quilombolas e indígenas.

Com a finalidade de realizar o diagnóstico da situação e da qualidade dos cuidados em saúde mental nos municípios cearenses com presença de populações quilombolas e indígenas, utilizamos as seguintes ferramentas para coletar os dados secundários: Consulta ao Departamento de Informática do Sistema Único

de Saúde (DATASUS); Consulta aos dados da Fundação Nacional do Índio (FUNAI); Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/SESAI/MS); Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs); Consulta aos Dados das Secretarias Estaduais de Saúde e Planos Estaduais de Saúde no Ceará.

Para a obtenção dos dados primários, estão sendo utilizadas as seguintes ferramentas: construção de dois questionários na plataforma *google forms*, que estão sendo aplicados aos gestores e profissionais de saúde dos municípios que abrigam essas populações tradicionais, de forma online; realização de visitas em alguns territórios para apresentar a pesquisa e levantar questões pertinentes que estariam presentes nos questionários próprios; elaboração de dois questionários distintos, com questões próprias para populações indígenas e quilombolas, na plataforma *google forms*, que também já estão sendo aplicados de forma online e físico; e a realização de rodas de conversas com a temática saúde mental, que foram gravadas e estão sendo transcritas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A princípio buscamos caracterizar os 184 municípios cearenses no que tange a sua localização dentro das regiões de saúde, que caracteriza as Áreas de Saúde Descentralizada (ADS). Atualmente o estado subdivide-se em Fortaleza, Sertão Central, Litoral Leste/Jaguaribe, Norte e Cariri. As sedes das superintendências, respectivamente, são: Fortaleza, Quixadá, Limoeiro do Norte, Sobral e Juazeiro do Norte. Dentre essas regiões de saúde, o Norte abriga o maior número de municípios, sendo 55 ou 29,89% dos 184.

Prosseguindo com o estudo, buscou-se caracterizar as cidades que abrigam populações indígenas, aldeados e não aldeados, conforme o porte do município. Com isso, constatou-se que as comunidades aldeadas em sua maioria situam-se em municípios de pequeno (83,3%) e médio pequeno porte (14,2%), e as não aldeadas majoritariamente em cidades de pequeno porte (91,6%). Em relação às condições socioeconômicas desses municípios, as populações indígenas, aldeadas e não aldeadas, são dominantes nas cidades de baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços, sendo 14 ou 82,4% e 11 ou 91,7% respectivamente. É importante destacar que foram identificadas 17 cidades com populações indígenas aldeadas e 12 com indígenas não aldeados.

Isto posto, o mesmo foi realizado com as cidades que apresentam comunidades quilombolas, onde a maioria está presente em municípios de pequeno (67,7%) e médio pequeno porte (22,6%). Quando se trata das condições socioeconômicas, a maioria está situada em municípios que apresentam baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços, sendo 23 ou 93,5%. Salientamos que são 31 municípios com a presença dessas populações.

Em relação à presença de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas cidades que abrigam populações indígenas aldeadas e não aldeadas e comunidades quilombolas, o CAPS ad II está presente em 21 municípios, cerca de 11,41%. Já o CAPS I está presente em 87 municípios ou 47,2%. O CAPS II aparece em 26, cerca de 14,1% dos municípios. E o CAPSi está presente em 13 municípios, cerca de 7,0%. Quando se trata de óbitos em geral por transtornos mentais e comportamentais (2008-2020), foram constatadas cerca de 88 vítimas indígenas aldeadas e não aldeadas, e 2 quilombolas. Os óbitos por suicídio (2008-2020) foram 60 para indígenas aldeados e não aldeados, e 40 para quilombolas.

No tocante aos dados primários, os questionários online foram distribuídos para os contatos previamente adquiridos diretamente com os órgãos governamentais. Até o presente momento, 18 gestores e 23 profissionais de saúde, de diversos municípios, responderam os questionários. Esses questionários visam conhecer as necessidades e a oferta de cuidados em saúde mental em relação a essas populações e ajudar a delinear estratégias de intervenção e continuidade de cuidados no âmbito da reabilitação psicossocial, a

partir da experiência das equipes de saúde.

Acerca dos questionários próprios para as populações indígenas e quilombolas, que estão sendo aplicados de forma online e presencial, até o presente momento obtivemos 18 respostas para indígenas e 14 para quilombolas. Dessa forma, objetiva-se realizar levantamento dos problemas históricos que afetam a saúde mental dessas pessoas, bem como identificar as dificuldades de acesso aos serviços de saúde mental para esses territórios, demarcando a presença ou não de aparelhos estatais.

Finalmente, por meio das rodas de conversas com essas populações, que foram realizadas respeitando os protocolos de segurança devido ao momento da pandemia do Covid-19, e gravadas com autorização dos participantes, podemos observar algumas questões. É importante destacar que os questionamentos eram abertos e de livre expressão. Perguntas como: o que é saúde mental para vocês? Vocês se sentem assistidos por políticas públicas dessa área da saúde? E com isso, a seguir destacamos algumas respostas que foram coletadas para ilustrar os pensamentos e necessidades dessas populações:

“Mental já vem de mente. Mas tem gente que fala isso aí. Às vezes a pessoa não tá bem, aí as pessoas pensam que a gente faz é inventar, mas não é não. Às vezes é que a gente tá passando por um problema” (Roda de conversa no Quilombo Nazaré, 2022).

“É né, precisa muito dessa questão de melhorar em relação a questão da saúde né... nós não temos PSF na comunidade, o PSF é lá no distrito de Guarapari, e quando a gente vai até lá dificilmente consegue uma ficha para ser atendido né, porque é difícil, e aí a gente fica assim desassistido mesmo na comunidade” (Roda de conversa no Quilombo Nazaré, 2022).

CONCLUSÕES

Por meio da coleta de dados, em fontes primárias e secundárias, foi possível mapear sucintamente a realidade dessas populações tradicionais, no que tange à oferta e demanda de equipamentos e serviços estatais que tratam diretamente do atendimento em saúde mental. Desse modo, foi possível identificar diversos casos de suicídios e tentativas de suicídios por meio da plataforma DATASUS, e durante as visitas domiciliares houve o levantamento de falas que destacam o quão se faz necessário um atendimento psicológico mais humanizado por parte dos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, urge o fortalecimento das políticas públicas sociais e de saúde, pois é possível observar um cenário em que equipamentos sofrem diversas formas de sucateamento, acarretando assim, diretamente em (re)produções de iniquidades em saúde no processo de oferta dos serviços voltados a essas populações tradicionais. Também foi possível vislumbrar, a partir destes dados, a ampliação das consequências dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) em sua integralidade, tais como o território, as questões de gênero, trabalho e renda, educação e moradia, dentre outras, resultados da negligência estatal, e assim, concebendo um processo de intensificação de agravos em saúde mental.

Nesse viés, mesmo com toda a luta e conquistas institucionais das populações tradicionais, ainda são afetadas pela cultura social dominante, introduzida a partir do processo de colonização em território brasileiro e que aponta um único modo possível de viver. Os povos permanecem sendo alvos dos racismos cotidianos, da negligência com a demarcação e homologação de terras, que ocasionam em conflitos, invasões e até de mortes em seus territórios (ALBUQUERQUE, 2020). Esses fatores sociais são ocasionadores do sofrimento psíquico, pois, escancara ferimentos emocionais cumulativos entre gerações (NASCIMENTO et al., 2021).

Deste modo, uma gestão compartilhada em parceria com outros setores da sociedade, como a participação social de representantes indígenas e quilombolas nas tomadas de decisão, ao ouvir as demandas advindas

desse processo, criará um ambiente possível para inter-relacionar estratégias de intervenção que serão traduzidas em ações que produzem resultados efetivos e coerentes à realidade social dessas populações, com base em seus conhecimentos e práticas ancestrais de promoção da saúde mental.

AGRADECIMENTOS

A Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), bem como ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por proporcionar esses espaços de pesquisa, a partir de bolsas de iniciação científica. Ao grupo de pesquisa, ensino e extensão Rede de Estudos e Afrontamentos das Pobrezas, Discriminações e Resistências (reaPODERE) em nome do coordenador Prof. Dr. James Moura, por sempre nos incentivar a pesquisar e, principalmente, a nos tornarmos pessoas melhores.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, R. Indígenas Sateré-Mawé/AM e Hixkaryana/AM em sofrimento mental e ético-político. *INTERthesis: Revista Internacional Interdisciplinar*, n. 17, p. 1-17, 2020. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8084104.pdf>. Acesso em: 14 out. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_analise_situacao_sasisus.pdf. Acesso em: 01 out. 2022.
- LUDERMIR, A. B. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 18, p. 451-467, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/VDqwQWys6Jyv6z6DdcbHtq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 out. 2022.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Metodologia Científica*. 5.^a ed. São Paulo: Atlas, 2010. 312 p.
- NASCIMENTO, V. A. et al. Saúde Mental e os Indígenas Brasileiros. In: NASCIMENTO, V. A.; SOUZA, I. D. (Org.). *Transtornos Mentais e Sociedade: Vãos e Desvãos do Sofrimento Psíquico em Perspectiva Multidisciplinar*. 1.^a ed. Londrina: Editora Científica, 2021, v. 1, p. 76-85.
- SOUZA, R. S. B. et al. Suicídio e povos indígenas brasileiros: revisão sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 44, p. e58, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2020.v44/e58/>. Acesso em: 11 out. 2022.