

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE INDÍGENA
REGIÃO CERRADO – TURMA II

**OS DESAFIOS DO TRABALHADOR PSICÓLOGO NA SAÚDE INDÍGENA DE
MATO GROSSO DO SUL**

Aline Schwingel Lange

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde Indígena,
da Universidade Federal de São Paulo.

Orientador (a): Prof. (a) Rinaldo Sérgio Vieira
Arruda

SÃO PAULO

2017

**OS DESAFIOS DO TRABALHADOR PSICÓLOGO NA SAÚDE INDÍGENA DE
MATO GROSSO DO SUL**

Aline Schwingel Lange

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde Indígena,
da Universidade Federal de São Paulo.

Orientador (a): Prof. (a) Rinaldo Sérgio Vieira
Arruda

SÃO PAULO

2017

AGRADECIMENTOS

Aos povos indígenas e profissionais de saúde mental com quem convivo há mais de dez anos, por me tornarem uma pessoa melhor a cada dia e por me ensinarem tanto sobre a vida e sobre a minha profissão.

RESUMO: A Saúde Mental visa o desenvolvimento de um processo de promoção e prevenção da saúde que reforça a capacidade dos indivíduos, das famílias e da comunidade, para prioritariamente minimizar ou evitar as consequências e danos produzidos pelas práticas de consumo de drogas, violências e suicídios. Nesse aspecto o trabalho destaca as dificuldades, desafios e pequenos avanços do profissional psicólogo inserido na Saúde Indígena. Através de uma abordagem qualitativa usamos como recurso metodológico entrevistas com alguns psicólogos da SESAI que trabalham com o público indígena em diferentes municípios. Através da minha própria experiência como psicóloga da SESAI e da dos colegas concluímos enfatizando a necessidade dos profissionais estarem inseridos na Saúde Indígena e que os modelos de intervenção contemplem o modo indígena de conviver com os novos tempos, fortaleça a capacidade criativa, e os ajude a enfrentar os problemas de Saúde Mental, reduzindo assim a prevalência e a incidência de casos de alcoolismo, usuários de drogas, suicídios e violências, com a implementação da redução de danos através da promoção da saúde.

Palavras-Chave: saúde mental, saúde indígena, psicólogos, psicologia

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. OBJETIVO GERAL E OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
3. BREVE APRESENTAÇÃO DOS GRUPOS ÉTNICOS DE MATO GROSSO DO SUL.....	9
4. O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE E AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS NO CONTEXTO DA SAÚDE INDÍGENA	11
5. DESAFIOS PARA O PSICÓLOGO(A): DIAGNÓSTICOS DOS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL SOFRIDOS PELA POPULAÇÃO INDÍGENA DE MATO GROSSO DO SUL	15
6. MULTIDISCIPLINARIEDADE: A CONTRIBUIÇÃO DA ANTROPOLOGIA PARA COMPREENDER AS DIFERENÇAS CULTURAIS	17
7. O QUE NÃO SE APRENDEM NAS AULAS DE PSICOLOGIA: TRABALHO COTIDIANO DO PSICÓLOGO JUNTO AOS GRUPOS INDÍGENAS DE MATO GROSSO DO SUL	18
8. METODOLOGIA	21
9. RESULTADOS ATINGIDOS	26
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29

1. Introdução

Este texto propõe uma reflexão acerca dos desafios que o profissional de psicologia enfrenta dentro da Saúde Indígena. Até muito pouco tempo o grande foco da construção da política de saúde indígena era a questão do modelo de atenção e a organização dos serviços de saúde destinados a esses povos. Com muita luta e persistência foram criados e implantados os distritos sanitários especiais indígenas pelo país, constituindo o que hoje conhecemos como subsistema de atenção à saúde indígena. Em um primeiro momento a demanda maior foi a assistência médica e controle das doenças transmissíveis, particularmente as grandes endemias, como a malária e a tuberculose, doenças que, somadas às respiratórias agudas e diarreicas, eram responsáveis pela maioria das mortes em áreas indígenas, especialmente nas regiões norte e centro-oeste.

Ao longo dos dez anos de existência do subsistema de Saúde Indígena percebeu-se que outros agravos estavam presentes e, de certa forma, compunham a paisagem mas passavam despercebidos, como a desnutrição, obesidade, hipertensão arterial, diabetes mellitus, a depressão, o aumento do consumo de bebidas alcoólicas e o suicídio. Foram então inseridos os psicólogos nas equipes multidisciplinares de saúde indígena, mas não havia um modelo de atenção, ou um papel pré-determinado para que este profissional guiasse sua prática, e aquilo que trouxe como formação não atendia as especificidades da população. A **Área Técnica da Saúde Mental do DSEI/MS** tem como principais agravos os suicídios, homicídios, violências (físicas e sexuais), uso abusivo de álcool e drogas, entre outros. O DSEI-MS conta com 11 Psicólogos nos Polos Base de Dourados, Amambai, Caarapó, Iguatemi, Paranhos, Tacuru, Amambai, Antônio João e Miranda.

Abaixo podemos ver o perfil epidemiológico do DSEI/MS sobre as violências

Nº de Violências Registradas por Localidade no DSEI-MS. Ano 2016



Muito pouco ainda hoje, depois de dez anos de atuação deste profissionais, é visto em estudos científicos. O tema é muito discutido em reuniões técnicas da Sesai e em eventos realizados pelo Conselho Regional de Psicologia do Mato Grosso do Sul, mas pouco referenciado no papel. Diante desta escassez de referências teóricas, surgiu o interesse em construir este texto, para que outros profissionais psicólogos e profissionais de diversas áreas possam através da leitura compreender um pouco do trabalho realizado e as dificuldades enfrentadas. Além da pesquisa bibliográfica, foram feitas entrevistas com profissionais psicólogos atuantes na saúde indígena para que pudessem fazer suas contribuições sobre o tema.

2. Objetivos geral e específicos

2.1- Objetivo Geral

- Destacar as dificuldades, desafios e pequenos avanços do profissional psicólogo inserido na Saúde Indígena.

2.2- Objetivos específicos

- Enfatizar a necessidade dos profissionais psicólogos estarem inseridos na Saúde Indígena.
- Destacar que os modelos de intervenção psicológicas contemplem o modo indígena de conviver com os novos tempos, fortaleçam a capacidade criativa, e os ajude a enfrentar os problemas de Saúde Mental.
- Intensificar ações que discutam e evidenciem a importância de falar sobre a saúde mental dentro da saúde indígena.
- Realizar um trabalho a nível de prevenção dos problemas de Saúde Mental, reduzindo assim a prevalência e a incidência de casos com a implementação da redução de danos através da promoção da saúde.
- Desenvolver ações integradas com equipe multidisciplinar para a prevenção em saúde.

3. Breve apresentação dos grupos étnicos de Mato Grosso do Sul

O Estado de Mato Grosso do Sul (MS) possui a segunda maior população indígena do país que estima-se hoje em 73.295 mil indígenas segundo dados do IBGE (2010). Essa população é constituída de nove diferentes povos e etnias: Kaiowá, Guarani, Terena, Kadiwéu, Guató, Ofaié, Kinikinau, Atikum e Camba (MUSSI, 2014). Assim como aconteceu no restante do Brasil, os povos indígenas do Estado do MS vem de um processo histórico marcado por violência e agressividade, através da colonização interessada em dominar e explorar o território, provocando o confinamento e também um silenciamento dos povos que já habitavam por aqui.

Os povos indígenas vêm sendo colocados em posição de “minorias étnicas”, desde a colonização até os dias atuais, julgados como empecilho para colocar em prática os valores civilizatórios que a sociedade branca julga correto. Na relação com o homem branco os indígenas perderam território, o que refletiu diretamente no seu modo de vida, pois a população aumenta a cada dia perdendo qualidade de vida e com condições mínimas para as práticas culturais tradicionais.

Em 2010 o Censo do IBGE mostrou que a população indígena aumentou nas cidades, principalmente na capital do Estado, isto pode ser visto como um reflexo da vida precária que enfrentam no confinamento nas reservas. Dentre os fatores que contribuíram para essa migração estão: falta de trabalho na comunidade; degradação da terra; necessidades de tratamentos de saúde; falta de escolarização na aldeia e conflitos com lideranças ou membros da comunidade (MUSSI, 2014). O povo Kaiowá e Guarani tem uma população de 50 mil indígenas e está distribuído dentro do Estado do MS em 22 terras indígenas (VIEIRA,2014). A região de Dourados, Caarapó e Amambai são as que apresentam o maior número e concentração deste povo. Com a perda do território, foram confinados em reservas e a partir daí muitos problemas se instalaram. Dentre as dificuldades mais enfrentadas por eles destacam-se o alcoolismo, desnutrição, prostituição, tuberculose, suicídio, violência interna, sobreposição de lideranças, desorganização familiar, práticas religiosas neopentecostais substituindo as práticas tradicionais. Tudo isso faz com esse povo tenha uma vida longe de ser de qualidade.

O contato entre povos de diferentes culturas propõe uma troca cultural entre grupos sociais e nações. Desde sempre existiram os contatos interétnicos, que estão

presentes até hoje. Durante todo este tempo preconceitos foram surgindo e se instalando nessas relações. Especificamente no Mato Grosso do Sul os povos indígenas passaram por situações de violências perdendo seus territórios e sendo negada sua identidade. Com tudo isso o destino esperado era que esses povos desaparecessem, pois seus costumes, tecnologias e conhecimentos eram considerados sem valor e atrasados.

Há também a questão da tentativa de “apagar” da história a importância destes povos para a construção da identidade do Brasil, partindo disto vem a importância de se revalorizar os bens culturais e a memória destes povos para construir uma nova relação com o Estado Brasileiro. Em toda esta relação percebe-se que a política, a cultura e as práticas sociais que se destacaram foram as ocidentais prejudicando assim os “grupos minoritários como os indígenas”.

A desigualdade sempre permeou estas relações com os povos indígenas e com outras “minorias” da sociedade nacional, porque o poder fica diluído entre as várias esferas descentralizadas do Estado, com entidades religiosas, com a “maioria” hegemônica, mas nunca com o próprio povo.

Podemos dizer que os indígenas que convivem entre si e com outras etnias podem aprender uns com os outros e trocar costumes e crenças. Assim também é com os não-índios, com esta integração e troca de culturas, aprendemos que a interculturalidade está cada dia mais presente, apesar de que historicamente os não-índios sempre tentaram impor sua visão e modo de vida aos indígenas, os profissionais de saúde inseridos dentro das aldeias tentam incansavelmente aprender com esta troca cultural. Os povos indígenas têm muito de sua cultura tradicional, mas percebe-se também coisas que puderam aprender e tomar como costumes, através dos não-índios.

Infelizmente estas trocas não ocorreram só para o bem, há algumas coisas que foram impostas e há costumes que vieram para causar prejuízos e dificuldades. Podemos citar como exemplo aqui, decorrente de todo esse processo de expropriação territorial, confinamento e imposição cultural, o alcoolismo que está muito presente nas aldeias do sul do Mato Grosso do Sul, onde as consequências são desde violência até mortes, causadas muitas vezes diretamente por este uso abusivo de álcool. O resultado destas relações está bem presente ainda nos dias de hoje, quando nos deparamos com indígenas nas ruas pedindo comida, roupas e outras coisas mais, como o poeta Emanuel Marinho coloca tão sabiamente em seu poema. Está presente também quando famílias indígenas precisam de cestas básicas para sobreviver, dependendo do governo, pois estão perdidos com tanto choque cultural imposto.

4. O princípio da Integralidade e as práticas profissionais no contexto da Saúde Indígena

A Promoção da Saúde surgiu como padrão norteador da Saúde Pública a partir dos anos 70 e a partir de, vem avançando e firmando-se como um modelo das ações de saúde. Em todo o mundo, a contenda sobre a promoção da saúde foi fortificada através de eventos internacionais, lançando novas propostas na redefinição das políticas públicas, direcionando um novo olhar para o contexto da saúde. Nesta perspectiva, as ações de promoção da saúde devem ser realizadas por meio de um movimento articulado de políticas sociais que atendam aos problemas dos grupos populacionais nos diversos países.

Dentro dessa abordagem, a OMS (1986) afirma que a Promoção da Saúde é definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, englobando uma maior participação no controle desse processo. Neste sentido, agrega na sua prática, valores como solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria que se constitui numa combinação de estratégias, envolvendo vários atores: Estado, comunidade, família e indivíduo.(Buss,2000)

Assim, a promoção da saúde não estabelece responsabilidade restrita do setor saúde, mas de uma integração entre os diversos setores dos governos: municipal, estadual e federal, os quais devem estruturar políticas e ações que resultem na melhoria das condições de vida da população e do oferecimento de serviços essenciais aos seres humanos. No Brasil, o combate pela implantação de um sistema de saúde universal, acessível e de qualidade se mistura, com a própria luta pela redemocratização do país, e assume, contornos de resistência à guinada conservadora com relação às políticas públicas da última década (Machado, 2007).

A partir daí, o movimento de Reforma Sanitária Brasileira foi baseado em uma mobilização reivindicatória fundamentada na necessidade popular de reformar uma estrutura normativa que atendesse as reais necessidades da população nas questões de saúde enquanto direito de cidadania. Neste contexto, brota uma concepção integradora, objeto de grandes revoluções na perspectiva da compreensão holística do processo saúde-doença.

Desse modo, a luta pela reforma sanitária foi agente da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) como um seguimento social e político que demanda um ambiente democrático para a sua construção na arena sanitária, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural. Fundamentado a partir de uma dimensão ideológica, envasado em uma concepção ampliada do cuidado em saúde do indivíduo, família e comunidade.

Do SUS, surgem princípios básicos: acesso universal e igualitário às ações e serviços, participação comunitária, rede regionalizada e hierarquizada e descentralização, cujas ações de saúde devem ser desenvolvidas de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198, da Constituição Federal. Deve obedecer ainda aos princípios como: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

Com o início da implementação do SUS, irrompeu um processo de ampliação na quantidade de serviços de saúde e também na qualidade destes, posto que um de seus princípios é o da integralidade da atenção. Então, tinha-se que buscar um modelo de atenção primária à saúde que fosse capaz de efetivar a integralidade das ações e dos serviços de saúde, tomando uma posição de confronto frente ao modelo convencional vigente.

Ainda que a saúde seja um direito garantido em constituição, na prática percebe-se um enorme desacordo entre as conquistas sociais estabelecidas no plano legal e a realidade de crise vivenciada pelos usuários e profissionais do setor. Então, devido a esta dificuldade, em 1994 é idealizado o Programa de Saúde da Família (PSF), com o intento de mudança do modelo da atenção à saúde, tendo então as famílias como núcleo do cuidado, sendo as mesmas abordadas e compreendidas no ambiente familiar e social em que vivem.

Monteiro (2007) afirma que em seus mais de 20 anos de existência, o Programa de Saúde da Família (PSF) está sendo visto como modelo inovador, fundamentado em uma nova ética social e cultural, concretizando o ideário de promoção da saúde, na perspectiva da qualidade de vida do povo brasileiro. Contudo, para que permaneça, as parcerias intersetoriais devem ser contínuas, sempre com ações articuladas em outras

áreas ou setores. No meio das ações do PSF, as ações educativas são destacadas como método essencial para incentivar a autoestima e o autocuidado dos integrantes das famílias, proporcionando reflexões que levem a mudanças nas atitudes e comportamentos.

Conforme Vieira (2007) a atribuição dos profissionais de saúde como agentes de mudança no contexto de atenção à família passa a ser de facilitadores no processo da educação em saúde. Essa perspectiva converge para a formação continuada dos profissionais de saúde visto que uma profunda renovação das organizações de saúde não se faz sem uma política de educação para o setor.

Machado (2007) diz que para que seja possível a realização de uma prática que atenda à integralidade, precisamos exercitar efetivamente o trabalho em equipe, desde o processo de formação do profissional de saúde. É preciso estabelecer estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade entre os distintos saberes formais e não-formais que contribuam para as ações de promoção de saúde a nível individual e coletivo.

O debate sobre integralidade atravessa pela formação profissional e educação permanente, devendo incentivar o trabalho em equipe, facilitando o diálogo entre os profissionais de saúde e a definição coletiva da assistência ao usuário como foco central das ações de saúde. Para prestar uma assistência holística, temos que perceber que precisamos do coletivo e não seremos capazes de fazê-lo sozinhos.

Para entender do que se trata a assistência holística, Lemos (2010) discorre que a humanização da assistência tem sido um tema preconizado por várias instituições preocupadas em oferecer um cuidado integral ao cliente, analisando-o em sua totalidade, dentro deste contexto. O cuidar conquista uma dimensão maior e mais abrangente, enfatizando não só as necessidades biológicas, mas também as necessidades emocionais, psicológicas, sociais e espirituais. Esse paradigma emergente é também chamado de holístico. A palavra holismo deriva do grego *holikós*, que significa todo, inteiro, completo. Essa prática evita tratar de forma isolada o processo saúde-doença, fazendo com que a saúde seja subtendida como uma mudança contínua aos desafios ambientais e ao equilíbrio dinâmico do organismo. (Lemos, 2010).

Para que isso se torne possível, devemos reconsiderar sobre a formação dos profissionais de saúde e a forma como se organizam e atuam, necessitando ser incluídas estratégias de mudanças pelas diferentes experiências de mudanças, de conteúdo, de

práticas pedagógicas e de cenários de aprendizagem, independente do estágio de suas transformações.

A percepção de integralidade como princípio, deve orientar para ouvir, compreender e, então, atender às demandas e necessidades das pessoas, grupos e comunidades num novo paradigma de atenção à saúde.

Uma recente modificação foi feita em relação à política de atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil: em 2010 o presidente Luís Inácio Lula da Silva, assinou uma medida provisória transferindo a competência da saúde indígena da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) para uma Secretaria de Saúde Indígena (SESAI). Esta compõe a estrutura central do Ministério da Saúde, assumindo a responsabilidade por elaborar, propor e implantar as políticas de promoção e proteção da saúde indígena. Somente no ano de 2012 as comunidades indígenas passaram a ser atendidas pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), que teve seu decreto aprovado em Outubro de 2011.

Os trabalhos de promoção, prevenção e proteção à saúde da população indígena são realizados por Equipes Multidisciplinares compostas por vários profissionais, o fluxo organizacional dos serviços de saúde inicia-se com os Agentes Indígenas de Saúde (AIS), responsáveis pelas ações de atenção primária em suas respectivas aldeias e áreas de atuação de modo semelhante ao Agente Comunitário de Saúde (ACS) da Estratégia de Saúde da Família. Existe também o Agente Indígena de Saneamento (AISAN), que possui basicamente a função de acompanhar o abastecimento de água e rede saneamento instalada em sua aldeia. Os postos de saúde constituem a primeira referência para o AIS e contam com a atuação de médicos, enfermeiros, odontólogos, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais compondo a Equipe Multidisciplinar de Saúde (EMSI).

A condição de saúde dos povos indígenas do Mato Grosso do Sul alcançou significativos avanços nos últimos dez anos, desde a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Em relação à mortalidade por causas específicas entre os indígenas do Mato Grosso do Sul, destaca-se a alta incidência da mortalidade por causas externas, principalmente homicídios e suicídios. Em relação à taxa de mortalidade infantil para as crianças indígenas do Mato Grosso do Sul, os dados indicam uma queda acentuada ao longo dos primeiros anos de implantação dos serviços de saúde entre 1999 a 2002, já no ano 2004 houve um aumento de óbitos por desnutrição, gerando repercussão na mídia. Devido a este fato medidas de intervenção foram tomadas para minimizar o problema, repercutindo positivamente nos coeficientes até os dias de hoje.

O quadro de saúde dos grupos indígenas do estado é bastante complexo, doenças infecto-parasitárias estão coexistindo com as crônico-degenerativas e com as “doenças sociais”, como alcoolismo e suicídio. Hábitos alimentares e padrões de atividade física, intimamente relacionados a doenças crônicas não transmissíveis, possuem um forte componente sociocultural, entre as etnias indígenas observa-se uma prevalência diferente de doenças, nos Terena há um aumento de diabetes e entre os Guarani há um aumento de hipertensos.

Pode-se concluir que a criação do Subsistema foi um grande avanço nas políticas públicas de saúde voltadas para esses grupos populacionais. Contudo, muitos desafios ainda devem ser vencidos, como a carência de dados sistematizados de saúde que possam balizar o planejamento e as ações de saúde. Todas essas dificuldades fazem com que a atenção diferenciada e a integralidade da assistência, apesar de serem objetivos básicos da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, ainda sejam metas difíceis de serem alcançadas.

5. Desafios para o psicólogo(a): Diagnósticos dos problemas de saúde mental sofridos pela população indígena de Mato Grosso do Sul

Na área da saúde mental, a antiga FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), atual SESAI (Secretaria Especial de Saúde Indígena) em estudo epidemiológico datado do ano 2000, identificou o alcoolismo, a depressão e o suicídio como enfermidades frequentes nas comunidades indígenas. A preocupação de lideranças indígenas, órgãos públicos e ONG's frente a estas problemáticas provocaram ações e inovações na área da saúde para que se torne possível construir caminhos alternativos de promoção da vida dos povos indígenas.

Enfocando na área de Saúde mental, sabemos que a Psicologia tem suas bases teóricas construídas sobre a cultura ocidental europeia e a concepção de sujeito a partir da sociedade moderna, sendo assim apresentam dificuldades em dialogar e se recriar quando no encontro de alteridade com outras culturas.

No momento em que o psicólogo entra neste campo, é imediatamente levado a desconstruir conceitos, inclusive o de saúde mental, e colocar em crise os saberes acumulados. Tudo o que foi aprendido na sua graduação é colocado em xeque, pois a

teoria se choca com a cultura da população. Neste momento o profissional é obrigado a desconstruir para construir um novo jeito de atuação, considerando crenças e as diferenças culturais.

A Organização Mundial de Saúde afirma que não existe definição "oficial" de saúde mental. Diferenças culturais, julgamentos subjetivos, e teorias relacionadas concorrentes afetam o modo como a "saúde mental" é definida. Saúde mental é um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional. A saúde mental pode incluir a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica. É importante destacar que a ausência de uma doença mental não implica que o indivíduo possua uma boa saúde mental, existem diversos comportamentos não associados diretamente à patologias que tendem a desestabilizar a saúde mental do indivíduo como por exemplo, estresse, ansiedade, nervosismo, irritação entre outros sintomas que associados podem desencadear um quadro de doença mental.

Segundo Cohen (1999) a saúde mental deve ser considerada como profundamente associada com a política e a economia, expressados na pobreza, fome, desnutrição, mudanças sociais, violência e deslocamentos forçados da população. Estes problemas não podem ser vistos isoladamente, por estarem interagindo e cada um deles afeta os comportamentos e o bem estar. Desta perspectiva, as patologias sociais (ex. abuso de drogas e violência), problemas de saúde (ex. doenças cardíacas e depressão) e condições sociais (ex. pobreza), estão inter-relacionadas sendo impossível diferenciar claramente um problema do outro.

Já a Psicologia é definida segundo o psicólogo austríaco H. Rohrer, pela ciência que investiga os processos e estados conscientes, assim como as suas origens e efeitos. Esta definição indica bem a dificuldade de abranger em um só conceito todos os fenômenos psíquicos. São possíveis e justificáveis dois aspectos fundamentalmente distintos: o das ciências naturais, que procura uma explicação causal, e o das ciências filosóficas, que pede uma explicação de sentido. A Psicologia procura descrever sensações, emoções, pensamentos, percepções e outros estados motivadores do comportamento humano.

Diante destes conceitos temos que admitir que o processo de produção da saúde e da doença, na prática indígena, passa pelo entendimento de que esses povos têm suas próprias concepções de saúde e adoecimento associadas a um modo de vida próprio, peculiar, muito específico, representadas pela sua relação com a natureza e pelas

práticas de dimensão espiritual, pelo xamanismo. Contrariamente, tais pontos de vistas, ao mesmo tempo em que tentam se definir a partir das especificidades locais tem sofrido fortes abalos quando colocadas em um contexto global. Isto mostra que não há mais como se ater a uma ideia geral, de uma cultura onde o mundo é de todos, onde todos estão conectados numa mesma frequência.

6. Multidisciplinarietà: a contribuição da Antropologia para compreender as diferenças culturais

Dentro de todas as sociedades existem diferenças e distinções, mas a sociedade dita ocidental tende a valorizar o seu modo de vida menosprezando outras sociedades, como a indígena por exemplo. A antropologia mostra que isto é um grande erro e defende que todas as culturas possuem seu valor não existindo assim um ranking onde uma é melhor que a outra.

Segundo Tassinari (1995) cultura é um conjunto de símbolos que os integrantes de um mesmo grupo social compartilham e que faz com que atribuam, a partir destes símbolos, sentido ao mundo em que vivem. Ela defende que atualmente a cultura está mais ligada ao significado que um certo grupo dá aos seus códigos do que a costumes e outros. É importante saber que a cultura está presente em todos os momentos da vida social e embora cada um tenha uma cultura diferente, todos são capazes de compreender os códigos culturais de outros grupos. A cultura é dinâmica e passa por mudanças com o passar do tempo, mantendo-se diferente umas das outras.

A cultura é um termo que tem mais de um significado dentro das ciências sociais, por isso o seu entendimento varia de acordo com cada definição, mas está diretamente ligado as práticas sociais e simbólicas de cada povo ou sociedade. Nos dias de hoje a cultura ficou definida como quase tudo que se refere a normas, regras e conteúdos sociais, mantidas pela pessoa humana. O que o homem vê como cultura é aquilo que vale como ela.

Cada vez mais vemos sociedades com culturas diferentes, é muito importante compreender o significado de cultura para poder entender o ambiente e as relações que temos no dia a dia. Quando se pertence a uma cultura isso define quem somos e como

vemos as outras pessoas, sendo de uma determinada cultura tem-se uma identidade própria e ainda assim semelhantes aos que pertencem a mesma cultura.

Quando entendemos e respeitamos a cultura que cada um carrega consigo, estamos também respeitando o direito de cada um de ser igual ou diferente, sendo reconhecido e respeitado.

Os povos indígenas possuem em seu sistema cultural, crenças, visão de mundo e suas próprias concepções de saúde e doença, um “sistema médico” específico, com noções e conceitos particulares de saúde e doença, de transmissão e de cura, compatíveis com sua etnomedicina. Existe entre esses povos uma extensa variedade de conhecimentos associados ao cuidado com a saúde e com o corpo, como por exemplo, os sistemas de parto e os conhecimentos e manipulação de plantas medicinais.

7. O que não se aprendem nas aulas de psicologia: trabalho cotidiano do psicólogo junto aos grupos indígenas de Mato Grosso do Sul

Levando em conta todos estes entendimentos surgem novas formas de atendimento em saúde mental e psicologia, onde os psicólogos saem do modelo do consultório terapêutico e se obrigam a adaptar-se para atendimentos embaixo de árvores por exemplo, ou na sala de espera do Posto de Saúde, ou ainda junto com a enfermeira, realizando interconsultas, ou então, na casa dos pacientes, em seu ambiente familiar.

Além da formação não preparar o profissional para atuar nesta área existe a dificuldade da população para compreender o papel do profissional psicólogo e as patologias nos moldes psíquicos. Alguns dos sintomas encontrados na população indígena são semelhantes aos que a sociedade envolvente apresenta, contudo os significados que os indígenas atribuem a eles podem ser muito diferentes. Assim, se o profissional de psicologia não se propor a construir um saber diferenciado dentro das especificidades de cada etnia, pouco ou nada terá a contribuir com as populações indígenas.

Segundo Biase (2010) existem várias limitações e dificuldades enfrentadas pelos profissionais nos estudos realizados. Um destes problemas é a grande rotatividade dos profissionais, que com sua saída quebram um vínculo que começou a ser construído e

dificultam também o entendimento sobre cada etnia, visto que a permanência é pequena e quando o profissional começou a ter algum conhecimento sobre população e suas crenças e costumes, ele sai. Além disso podemos apontar também: a dificuldade da população de entender o papel do psicólogo, a população indígena é semelhante a outros grupos sociais vulneráveis, mas envolve uma cosmologia própria e outras questões culturais; falta de articulação das instâncias governamentais que promovem as políticas públicas nas esferas Federais, Estaduais e Municipais; falta de infraestrutura (móvel e imóvel) para o trabalho dos equipes de Saúde Indígena, gerando frustrações aos profissionais e na comunidade; enfoque epistemológico diferente, onde os brancos tem um olhar logico-epistêmico e os indígenas mito-simbólico, chocando-se em situações enfrentadas dentro do trabalho em saúde mental. Segundo Biase (2010) a questão cultural dos povos indígenas está extremamente ligada as condições ambientais, toda sua cultura está ali, totalmente ligada ao meio ambiente e ao seu território.

O profissional sente-se frustrado frente a estas limitações nas quais esbarra, vivenciando situações em que o saber fica “amarrado”, onde a atuação fica limitada, deixando a desejar em sua prática profissional. O desafio de tudo isso é se livrar do olhar estigmatizado, ampliando o conhecimento das especificidades, buscando conhecimento de crenças e entendimento da cultura, repensando sua prática, criando novas formas de atendimento.

Para o atendimento em Saúde Indígena é necessário que o profissional esteja preparado para trabalhar com diferentes culturas, conhecendo cada etnia a qual for atender. Para melhorar a comunicação com os indígenas faz-se imprescindível um preparo antropológico do profissional sobre as culturas das etnias que atende, o que refletiria numa atenção com mais qualidade, tendo assim a possibilidade de se abrir para escuta do outro ofertando uma presença real. É importante que os indígenas participem das construções e implementações das políticas de saúde dirigidas a eles e assim também como a capacitação dos profissionais no campo antropológico.

O psicólogo pode contribuir na construção de um espaço de escuta, dialogo em via de mão dupla, facilitando a comunicação entre equipe e indígenas. As ações do profissional de psicologia devem ser integradas, considerando as especificidades de cada um e procurar que elas se juntem. Para isso a comunicação persistente entre os povos indígenas e profissionais envolvidos deve ser a ferramenta principal para edificar uma rede de atenção tendo os indígenas como protagonistas e participando efetivamente. O psicólogo também pode: promover diálogos para superação de

preconceitos ajudando na resolução dos conflitos interculturais; impulsionar na criação de políticas públicas que levem em conta a diversidade cultural e subjetividade dos povos indígenas; trabalhar na capacitação dos equipes de saúde sobre os processos psicossociais e ajudar melhorar as práticas e estratégias através da construção de sentidos compartilhados; atuar nas equipes de saúde enfocando a Saúde Mental, colaborando para enfrentar o uso abusivo do álcool e outras drogas para melhorar a qualidade de vida nas comunidades e dar suporte emocional aos membros da equipe de saúde multiprofissional para lidar com as limitações e frustrações no atendimento as comunidades indígenas; em tempo deve-se propiciar espaços de diálogos onde o profissional de diversas áreas e lideranças indígenas possam conversar transmitindo seus saberes e práticas para que a atuação se dê de forma interdisciplinar, intersetorial e intercultural.

8. Metodologia : Entrevistas com profissionais psicólogos da Saúde Indígena

Realizou-se entrevistas com colegas psicólogos que estão inseridos na Saúde Indígena, para que pudessem contribuir com suas percepções e experiências. As entrevistas foram realizadas individualmente durante um encontro técnico da SESAI. As perguntas foram feitas por um dos responsáveis técnicos que atuavam no DSEI-MS na época do encontro. Participaram das entrevistas quatro psicólogos, sendo todos atuantes há mais de três anos na área, com idade média de 30 anos, sendo três do sexo feminino e um do sexo masculino. O psicólogo do sexo masculino é também indígena da etnia Guarani. Usarei letras para denominar cada um e preservar assim suas identidades.

P: Você sendo indígena e psicólogo como você é visto pelo povo?

A: “Primeiro causa um pouco de estranheza, Por que um índio psicólogo? Que negócio é esse? Quando você começa explicar para as pessoas sobre qual é o teu papel ou assim que você pode fazer para ajudar, aí você dá um exemplo: Você pai ou mãe que tem dificuldades com o filho, que não quer te obedecer, que não quer te ouvir, que não quer ir para a escola, a quem você procura? Eles ficam assustados, na verdade ele não tem a quem procurar, aí a gente fala: aí a gente pode te ajudar, nós estudamos para isso, ...mas, qual é nosso trabalho, com você a gente vai buscar a forma de trabalhar e de fazer que você consiga lidar com teu filho... Aí você vai a explicar outras situações, e eles ficam impressionados, eles percebem que você pode ajudar, que realmente você é uma pessoa que não deixou de ser índio mas que também teve a possibilidade de ter uma profissão, de ter uma nova perspectiva de vida e que isso vai se transformar em referência para as crianças e os jovens de adentro, quando eles percebem muito bem qual é o que teu papel. Talvez eles não vão te ver como psicólogo e sim como uma pessoa que vão poder contar quando eles precisarem. Isso fica muito claro, mas é um processo muito lento. Sempre como não se tem referência de nada, quando chega uma pessoa de fora ah... é ou doutor, a enfermeira,... e não tem nenhum índio... cadê o índio? Não pode ser nada?? O índio não pode ser doutor, enfermeira? Então causa muito orgulho para eles, um índio que fala bem português, que fala nossa língua, assim, muitas vezes eles pensam: eu sou índio falo só essa língua, e não vê além disso, o que a pessoa pode-se torna, que nela pode trazer de outra cultura, o conhecimento que você vai aplicar para ajudar a comunidade?”

P: Você observa mudanças entre sua formação universitária em psicologia e sua prática atual na Saúde mental Indígena?

B: *“Olha, já escutou que a teoria é uma coisa e a prática é outra? É mais o menos assim, você coloca um pé numa cultura diferente você tem que deixar de lado um pouquinho das teorias porque não dá para encaixar ao pé da letra. Meu método de trabalho é o modelo psicanalítico, assim eu trato de trabalhar a prevenção com crianças e gestantes. O que mudou? Eu acho que não foi o que aprendi, acho que eu estou aperfeiçoando o conhecimento. Trabalho com grupos multiplicadores, com grupos Pro Jovem, são pessoas ativas, que não usam drogas, os meninos que jogam bola fizeram um time que estão levando, montaram um projeto, eles montaram temas e eu trabalho com eles na reflexão.”*

C: *“...primeiro para mim foi um choque, nada do que aprendi na Universidade poderia ser aplicado na Saúde Indígena, fiquei perdida. Comecei a trabalhar no CRAS e era uma realidade muito diferente do aquilo que aprendemos na Universidade, em nenhum momento tivemos um estágio ou uma coisa relacionada aos Povos Indígenas ou outras culturas. Então o modelo que aprendemos na Universidade não servia para aquilo que tínhamos que fazer em nosso trabalho.”*

A: *“...Hoje para mim acredito que o trabalho em saúde mental indígena tem um grande significado, é muito importante trabalhar com a comunidade a questão do empoderamento, porque não sou eu que vou resolver os problemas. Preciso descobrir o potencial que cada um tem, seja o jovem, o pai, a mãe, o que eles têm de conhecimento de experiência para que eles mesmos possam buscar as possíveis soluções para os problemas que acontecem na comunidade, eu apenas sou um intermediador nessa discussão.”*

P: Qual é sua maior satisfação no trabalho?

C: *“Quando eu vejo uma mudança, ainda que seja pequena, naquela pessoa o família que acompanho...”*

A: *“O mais gratificante é poder ajudar, percebo que é um grande desafio trazer meu conhecimento acadêmico e junto com as pessoas tentar construir um novo conhecimento, na verdade cada um que participa nos grupos de discussão traz seu conhecimento, e esse conhecimento é muito importante para buscar possíveis soluções aos problemas da comunidade. Eu não sou que vou chegar como salvador da pátria, isso seria muito frustrante para mim,...”*

P: Como você vê a perspectiva dos jovens?

A: *“Eles têm vontade de sair da situação em que estão, mas o contexto social, econômico, político, impede isto, já que eles precisam de oportunidades para mostrar seu potencial, preciso de oportunidades, eu preciso “do outro” por isso a questão é: Quem vai me dar esse apoio para que eu possa descobrir em mi mesmo, o que eu tenho, que tipo de recursos tenho para buscar estudo, trabalho, é até mesmo aqueles que não querem estudar apenas querem melhorar sua vida, e onde ele pode procurar isso. O contexto limita muito e como é uma sociedade minoritária a outra sociedade envolvente impede isto.”*

P: Que conselhos dariam para os novos colegas psicólogos da Saúde Indígena?

C: *“É difícil falar, mas vejo que tem que ter perseverança, insistir, porque se a gente desiste no primeiro problema eu faria muuuuito tempo que não estaria aqui. O novo colega tem que se abrir, deixar o modelo de psicologia, de livro, ficamos fechados com a nossa verdade, eu aprendi assim e eu faço assim... tem que enxergar outros caminhos, adotar coisas novas... tentar é sempre válido, mas tem que ter cuidado nas tentativas, ...*
“Precisamos mais capacitações, por exemplo, em alcoolismo, que a gente aprende na Universidade mas não de maneira efetiva já que não se fazem experiências,...”

D: *“... saber abstrair, saber ouvir e poder contrapor, por exemplo, o que o psicólogo de outro Polo falou que pode me ajudar,... O que vocês estão mostrando para nós, o conceito de saúde mental, com várias abordagens, como este de nosso encontro, diferenciado, com filmes, falas... todo isto vai me servir na frente, porque eu vou trabalhar e me lembrar disto, porque o profissional tem que tirar as lentes que muitas vezes a gente coloca, poder mudar para poder trabalhar melhor. O contato com os*

colegas está ajudando bastante, o contato que permite conhecer o que o outro faz, quais são as dificuldades, o que você faz para poder melhorar, e o que eu como psicóloga pode fazer para melhorar daqui para frente após nosso encontro”

B: *“Tem que tentar mapear a população, a cultura, já vi minha colega que está procurando orientação dos antropólogos, eu vi que está tentando pisar com cuidado,... Vou dar um exemplo do que não fazer: cheguei para a escola para dar uma palestra no ato de entrega de notas aos pais dos alunos, falei com o coordenador para falar da sexualidade dos adolescentes, quando falei a questão da camisinha quase fui linchada... Eu deveria ter investigado melhor antes, já que algumas culturas não permitem que você fale tão abertamente de algumas questões... a partir de aí eu comecei a ir mais devagar. A dar passos mais lentos, as vezes a política de um programa fala tem que ser feita com muito cuidado. A questão da ética é uma coisa muito forte na Psicologia, jamais julgar, sempre observar, analisar,... tem que estar preparado para a demanda do paciente, as vezes você não está muito preparado tem que saber orientar...”*

A: *“Primeiramente, eu preciso me ver e ver ao outro como humano, independentemente se é índio, negro, branco ou amarelo, eu tenho que ver que estou frente a uma pessoa que tem sentimentos, emoções, sonhos, frustrações, fraquezas, mas que também tem capacidades, ... as vezes a pessoa nem tem consciência das capacidades que ela tem, então eu tenho que me despir desse orgulho que fiz faculdade, que sou doutor, o detentor de conhecimento. Quando eu me coloco de uma forma humilde e aberto para apreender e para construir e acima de tudo para estar aí como alguém que vai estar ajudando a construir algo para aquela comunidade, para aquela pessoa, eu acho que seja quem for vai conseguir desenvolver seu trabalho. Se ver como humano e tratar ao outro como humano. Cabe isto também para os administradores da saúde, não posso querer ocupar um cargo porque vai me trazer status, viajar, comer em restaurante caro, não é isso, eu posso ter isso, mas eu tenho que pensar no outro, tenho que pensar em como posso contribuir quanto gestor e aí é muito importante que o gestor saiba que sozinho não vai fazer nada, ele com o poder que tem deve estabelecer as parcerias. Ele deve perceber que apenas está apenas como intermediador de uma população e não como alguém que diz, faz, isso, estou mandando, tem que obedecer, isso apenas mostra fraqueza. Os dirigentes indígenas precisam se organizar mais, enxergar mais além, não pensar individualmente.... Eles precisam pensar no coletivo, acredito que todos nós*

temos interesse individual, acho que isso é bom para a gente, mas tem que se pensar nos outros, em que posso contribuir para os outros, que posso fazer para ajudar ao outro, precisam de mim por que eu sou alguém de referência lá dentro. O dirigente é uma referência”.

9. Resultados Atingidos

Podemos perceber nas falas dos colegas que os desafios são imensos e mesmo perante eles ninguém desistiu. As questões teóricas realmente foram um grande impasse onde se precisou adaptar teorias e práticas para a realidade presenciada. Nós psicólogos nos deparamos com estas situações desafiantes diariamente e muitas vezes nos sentimos impotentes perante elas, mas realizamos atendimentos de forma que possam contribuir com a comunidade, ajudando na resolução do problema apresentado. Infelizmente nós profissionais temos dificuldades para encaminhar quando os casos necessitam de outros atendimentos, instituições e órgãos responsáveis como Conselho Tutelar, CREAS, e outros seguimentos pertencentes ao município, pois os mesmos procuram ser atuantes dentro da aldeia, mas enfrentam também dificuldades que perpassam o despreparo para trabalhar com a população indígena até falta de estrutura e logística, deixando algumas vezes os casos sem solução, sem providências. Daí vem o sentimento de impotência que muitas vezes temos dentro de nós, pois atuamos até onde nosso seguimento pode ir, deixando sem continuidade e solução por falta de órgãos interessados e atuantes.

Muitas tentativas foram feitas, algumas com sucesso, outras fracassadas, mas esta é a grande questão, perseverar, aprender e encontrar estratégias de atuação que dialoguem com a saúde indígena. Buscar sempre o desenvolvimento de um processo de promoção e prevenção da saúde que reforça a capacidade dos indivíduos, das famílias e da comunidade, para emergentemente diminuir ou evitar as consequências e danos produzidos principalmente pelas práticas de consumo de drogas, violências e suicídios, mas cientes de que estas são demandas que tem relações com questões sociais, históricas, econômicas e culturais que ultrapassam nossa capacidade de resolução.

Como o psicólogo indígena entrevistado observa, a presença do psicólogo é nova para as comunidades indígenas que ainda tenta compreender seu papel, mas à medida que o profissional atua é capaz de adquirir a confiança como alguém que se dispõe a ouvir, por exemplo nas dificuldades enfrentadas pelos pais com os filhos maiores que estão em um momento de transição para a fase adulta, cuja passagem parece tornar-se mais conflitiva devido à proximidade com a sociedade não indígena. Mas ao mesmo tempo esse psicólogo percebe que sua presença como um profissional indígena bilíngue é um incentivo ou um estímulo para que essa população se veja representada em novos papéis sociais. Assim a presença dos profissionais indígenas

pode contribuir para o desenvolvimento de um trabalho mais próximo as demandas do grupo.

Os psicólogos entrevistados concordam que o trabalho com os grupos indígenas é construído e que o profissional precisa ter sensibilidade e maturidade, tanto para perceber as particularidades do grupo, quanto para estar ciente de que seu trabalho é de um intermediador e que muitas vezes não conseguirá provocar as contribuições que acham necessária para a melhoria da qualidade de vida das pessoas envolvidas. Nesse sentido um trabalho continuado é importante, porque o profissional precisa estabelecer uma relação de confiança com a comunidade o que demanda tempo de ambos os lados, por isso o risco de descontinuidade do trabalho de profissionais contratados pode ser muito improdutivo.

Ainda neste contexto vimos com a fala de uma colega que a barreira cultural é também um desafio, no momento em que ela relata ter enfrentado dificuldades quando realizou uma palestra sobre sexualidade. Este fato nos mostra que as diferenças culturais têm de ser aprendidas e compreendidas para que possamos entender como os indígenas lidam com estas questões e como podemos trabalhar com isto sem que sejamos invasivos ou desrespeitosos com a comunidade. Para exemplificar relato uma experiência própria onde fui convidada juntamente com a enfermeira da minha equipe para palestrar na escola sobre as DST`s (Doenças sexualmente transmissíveis). A professora prontamente nos convidou porque ela não tinha coragem de falar desse assunto na escola e que nós sendo da área da saúde estaríamos mais acostumadas a lidar com o assunto. Então percebemos que para falar e trabalhar certos assuntos é necessário que haja um vínculo estabelecido com a comunidade, assim o profissional terá abertura para fazer um trabalho melhor, estando mais apto para perceber quando e o que falar, e com muita disposição para ouvi-los.

10. Considerações Finais

Concluo afirmando que apesar de todas as dificuldades apontadas tanto no sistema como na formação dos profissionais, nesses dez anos de inclusão do psicólogo nas equipes de saúde indígena, temos avanços pequenos, mas que são significativos, ainda que não possam ser mensurados. Experiências interessantes, de avaliação positiva de parte de indígenas e equipes de saúde estão acontecendo. Por exemplo em 2015 iniciou-se um projeto de roda de conversa com os adolescentes para serem discutidos assuntos atuais como DST's e violência. Outras tentativas como esta foram feitas em anos anteriores e não conseguiram ir para frente, pois os adolescentes não compareciam para participar. O projeto este ano já contou com três encontros e o número de adolescentes participantes cresceu do primeiro para o último encontro ocorrido (22 no primeiro e 44 no segundo), isto demonstra que eles além de descobrirem o papel, também valorizam o profissional, e se interessam pelos temas propostos.

O trabalho apresentado visou mostrar algumas das dificuldades e desafios aos quais o profissional de psicologia é levado a enfrentar em sua prática profissional, mostrando que um trabalho significativo pode ser desenvolvido. O profissional incessantemente teve que repensar suas práticas. Descobrimos e aprendemos juntos e nesta troca a vida foi fortalecida, enriquecida. São atitudes clínico-políticas que afirmam que o cuidado se faz nesta junção entre produção de saúde e produção de subjetividade. Portanto, precisamos seguir construindo ações no sentido de desacostumarmos com o olhar estigmatizado, de produzirmos novas e singulares políticas, em um grande esforço coletivo de ampliação de possíveis práticas relevantes a esta população, dentro da psicologia.

11. Bibliografia

BIASE, Helena. *Antropologia, Saúde e Povos Indígenas*. In Psicologia e Povos Indígenas. CRP-SP. São Paulo, 2010.

CECCIM RB, Ferla AA. Residência integrada em saúde: uma resposta à formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO; 2003.

COLOMA, Carlos. *A interculturalidade na atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. In: Psicologia e Povos Indígenas. CRP-SP. São Paulo, 2010.

COLOMA, Carlos. *Relatório de Reunião Técnica “Qualidade na Atenção Básica em Saúde Mental”*. Campo Grande MS, 2012. Documento Interno.

Conselho Federal de Psicologia. *Atribuições Profissionais do Psicólogo no Brasil*. 1992.

D´AMBROSIO, Ubiratan. *O encontro transdisciplinar das ciências com a realidade dos povos indígenas*. In Psicologia e Povos Indígenas. CRP-SP. São Paulo, 2010.

GONÇALVES, Lucila. *Psicologia e Povos Indígenas: uma experiência e algumas reflexões sobre o lugar do psicólogo*. In Psicologia e Povos Indígenas. CRP-SP. São Paulo, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia.

http://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf. Acessado em 06/08/15.

LEMOS, Rejane; JORGE, Lívia; ALMEIDA, Ludmila; CASTRO, Ana. *A Visão dos enfermeiros sobre a assistência holística ao cliente hospitalizado*. Uberaba, MG. 2010.

MACHADO, Maria de Fatima. MONTEIRO, Estela Maria Meirelles. QUEIROZ, Danielle Teixeira. VIEIRA, Neiva Cunha. BARROSO, Maria Graziela. *Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do sus - uma revisão conceitual*. Ciênc. saúde coletiva vol.12 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2007.

Mendes EV. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002

MUSSI, Vanderléia Paes Leite. *Culturas e História dos Povos Indígenas. 3º módulo. História Indígena*. Campo Grande, MS. 2014.

Organização Mundial da Saúde. *Tudo que você precisa saber sobre o SUS*.

PASTORE, Elisabeth. *Reflexão sobre a experiência de gestão pública em Saúde Mental Indígena no estado de São Paulo*. In Psicologia e Povos Indígenas. CRP-SP. São Paulo, 2010.

URQUIZA, Antônio Hilário; PRADO, José Henrique. *Diversidade Sociocultural, relações Interétnicas e os povos indígenas*. Campo Grande, MS. 2014.

URQUIZA, Antônio. PEREIRA, Levi. PRADO, José. *Antropologia Indígena*. Campo Grande, MS. 2014.

VIEIRA, Carlos. SOUZA, Ilda. FERREIRA, Rogerio. *Conhecendo os Povos Indígenas no Brasil contemporâneo*. Campo Grande, MS. 2014.