

A PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O CUIDADO À SAÚDE DOS PACIENTES INDÍGENAS

*Fanir Neves Ayres Andrade¹
Pamela Alves Gil²*

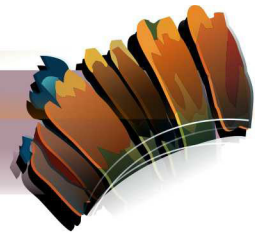
RESUMO

Este estudo teve por objetivo investigar nas pesquisas selecionadas como ocorre o cuidado à saúde dos povos indígenas a partir da percepção dos profissionais de saúde. Realizou-se pesquisa exploratória de caráter bibliográfico sob a análise de conteúdo de Laurence Bardin, por meio das técnicas qualitativa e utilizou-se como fundamentação a teoria Winnicottiana. Os resultados mostraram que os indígenas vêm buscando participar dos processos políticos que envolvem suas necessidades de saúde. O preconceito com o indígena é um fato que contribui para a exclusão do atendimento diferenciado a que ele tem direito. O relacionamento entre os saberes biomédicos e conhecimentos tradicionais é marcado pela divergência de concepções formadas culturalmente, sendo um obstáculo para a concretização do cuidado. Este estudo se vale da utilização de pressupostos teóricos oriundos do campo da Psicologia e da Antropologia, para a viabilização de mecanismos que possibilitem o estabelecimento do diálogo entre os saberes divergentes. Faz-se necessário, adequar a política de saúde indígena, visando promover a superação dos entraves para o efetivo cuidado em saúde indígena, com qualidade.

Palavras-chaves: Sistema único de Saúde, Saúde indígena, Holding.

1 Bacharel em Psicologia pela UFRR. Acadêmica do curso de Antropologia/ UFRR,

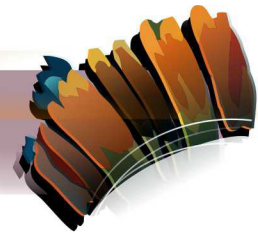
2 Doutora em Psicologia pela Universidade René Descartes (1997). Professora Associada da Universidade Federal de Roraima



ABSTRACT

This study aimed to investigate in the selected texts, how occurs the health care of indigenous peoples from the perception of health professionals. We conducted exploratory and bibliographical research according to Laurence Bardin content analysis, using qualitative techniques. The results, in the scope of Winnicottian theory, showed that indians have tried to participate increasingly in the political processes that involve their health needs in Brazil. The prejudice against indigenous people is a fact that contributes to the exclusion of differentiated service to which the Brazilian health standards guarantee. The relationship between biomedical knowledge and traditional knowledge is marked by divergences culturally formed in Brazil, being an obstacle to the achievement of good care. This study relies on the use of theoretical assumptions derived from the Psychology and Anthropology field in order to explain the mechanisms that prevent the establishment of fluid dialogue between those different cultural perspectives. It is necessary to adjust the indigenous health policy to promote the overcoming of barriers to effective care in indigenous health with quality.

Keywords: indigenous health, Public health system, Holding.



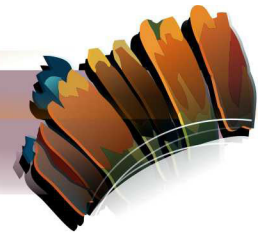
INTRODUÇÃO

Este artigo é parte do trabalho de conclusão de curso em Psicologia, defendido em Dezembro de 2014, no CEDUC-UFRR, orientado pela professora Dra. Pamela Alves. O objetivo deste estudo foi conhecer e compreender os aspectos predominantes no cenário atual acerca do cuidado a saúde indígena, em virtude da dicotomia trazida pelo cuidado ofertado pelo modelo biomédico e as características socioculturais desta demanda. É importante ressaltar que, os indígenas dão significados diferentes ao processo de construção do adoecimento e cura (BRASIL, 2010a).

No Brasil, existe grande variedade de povos indígenas e consequentemente uma vasta multiplicidade linguística, o que corresponde ao total de 274 línguas indígenas faladas por 305 etnias diferentes. Neste estudo, foi revelado um total de 57,3% de indígenas, que só falavam a língua materna e apenas 28,0% de indígenas que falavam português (BRASIL, 2013).

O estado de Roraima possui uma população de 450.479 habitantes. Destes, cerca de 55.922 são indígenas, correspondendo a 12,41 % da população total do estado. Segundo Lima (2013), proporcionalmente falando, Roraima possui a maior população indígena do país. Destes cerca de 65% da população geral do estado, está residindo na capital (BAINES, 2008). Ocupando uma área territorial de 43,68% do estado (IBGE, 2010). De acordo com a Fundação Nacional do índio (FUNAI), a população indígena em Roraima é dividida da seguinte forma: Yanomamis, Ingaricó, Macuxi, Patamona, Taurepang, Waimiri-Atroari, Wai-Wai, Wapixana e Ye'cuana. Isto nos faz perceber que é forte a preservação das características socioculturais. Fato que importa retratar em virtude do fator linguístico ser uma barreira que vem dificultando a comunicação dos indígenas quando eles chegam na cidade, pois se sentem fora de contexto, o fator linguístico também dificulta a comunicação entre paciente indígena e profissionais de saúde (BRASIL, 2014).

Um dado importante conforme estatísticas do censo IBGE (2010), é que vem se percebendo um grande crescimento da população indígena brasileira, e especificamente em Roraima, um índice que se revelou muito acima da expectativa, isso ocorreu pelo fato de que um número maior de pessoas se reconheceu como indígena nas áreas urbanas do país.

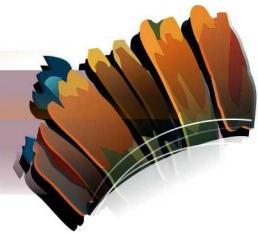


Conforme estudo apresentado por Olivares et. al (2008), o atendimento à saúde ofertado aos indígenas em Roraima, vem ocorrendo de modo que, os casos de maior gravidade, que não podem ser resolvidos na área indígena, são deslocados para a cidade de Boa Vista para a Casa de Saúde do Índio (CASAI), onde recebem os cuidados ou são encaminhados para outras unidades de atendimento. Já os casos, que demandam um cuidado mais especializado e com maior nível de complexidade para ser diagnosticado são encaminhados para as unidades de pronto atendimento (Hospital Santo Antônio, Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth, Hospital Geral de Roraima entre outros). No entanto, dentro destas práticas, relativas ao cuidado a saúde, ainda são necessárias mudanças dentro deste cenário, pois a assistência à saúde destes povos, ainda não oferece atendimento diferenciado que observe suas especificidades culturais.

A partir desses elementos, este estudo teve por objetivo investigar nas pesquisas selecionadas como ocorre o cuidado à saúde dos povos indígenas a partir percepção dos profissionais de saúde. Ademais, dentro desse olhar dos profissionais de saúde, se buscou descrever como os profissionais percebem que os indígenas passam pelas experiências de cuidado a saúde, apontar as estratégias que os profissionais de saúde dispõem para lidar com as diferenças culturais, apresentar as dificuldades apontadas pelos profissionais de saúde para o tratamento de pacientes indígenas e abordar o papel da psicologia em relação ao cuidado à saúde indígena.

Por se tratar de um grande desafio no âmbito da atenção à saúde em geral, se torna importante conhecer, tendo como base os autores pesquisados, como ocorre o cuidado à saúde dos povos indígenas a partir percepção dos profissionais de saúde, levando em consideração a normatização vigente em saúde indígena.

Este estudo foi de grande relevância, ao se considerar que a reformulação da Política Nacional de Saúde Indígena em 1999, pois, a partir de então se passou a observar as necessidades da oferta de um cuidado diferenciado englobando as características socioculturais dos povos indígenas. No entanto, na realidade as tentativas para superar as limitações provindas do choque intercultural, entre o conhecimento empírico, versus modelo biomédico nos serviços de saúde ofertados pelos níveis de atenção à saúde regidos pelas normatizações do Sistema Único de Saúde e Política Nacional de Saúde Indígena, ainda são insuficientes. O que se percebe é a predominância do modelo biomédico nesse contexto de cuidados a saúde, uma vez que ainda ocorre a inobservância das dife-



renças socioculturais na prestação do atendimento à saúde ofertado aos povos indígenas. Em detrimento desses fatores, é de suma relevância social aprofundar conhecimentos sobre as dificuldades vividas por estes pacientes (BRASIL, 2013).

Sendo assim, é de fundamental importância que sejam realizados mais estudos sobre essa temática diante da ausência de trabalhos e em virtude da relevância social acadêmica deste assunto, pois este estudo chama atenção devido ao fato de se tratar de um grupo populacional que muitas vezes é segregado, negligenciado. Se faz importante ressaltar que, por conta de existirem poucos trabalhos na área da psicologia, não fiquei somente nessa área de estudos, adentrei para a antropologia e enfermagem.

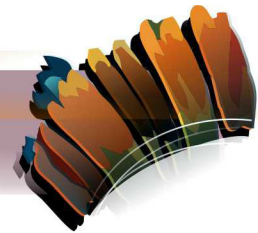
Nesse sentido é importante buscar meios para tornar mais efetiva a integralidade das ações de saúde oferecidas aos povos indígenas, tendo em vista que tais povos possuem uma identidade própria, legítima de suas características culturais. Neste estudo foi de particular interesse, aprofundar os conhecimentos sobre as dificuldades vividas por estes usuários, visando suscitar informações que possibilitem um repensar nas ações de educação e promoção a saúde dos povos indígenas.

CUIDADO

Dentre os diversos teóricos de enfoque psicanalítico, Winnicott com a sua teoria do desenvolvimento emocional, nos leva a compreensão de que os vínculos estabelecidos na infância são fundamentais para a organização biopsicossocial do indivíduo, transformando as trocas afetivas iniciais em alicerce para a constituição de sua personalidade e interações ambientais (SANTOS, 1999).

O *Holding* (WINNICOTT, 1983), é um assunto que ocupa lugar importante na teoria Winnicottiana, intitulado como sendo, algo que proporciona suporte ao lactente, segundo a provisão ambiental, se inicia antes das experiências instintivas que, com o tempo determinaram as relações objetais. Inclui a elaboração de experiências que são inerentes à existência, tais como concluir ou não concluir, processos psicológicos da criança que são estruturados e determinados pela empatia da mãe (WINNICOTT, 1983).

Do contrário, Winnicott (2005) diz que o *holding* insuficiente tende a gerar no bebê uma intensa aflição, ao ponto de produzir sensações de despedaçamento, desamparo e insegurança sobre a realidade externa.



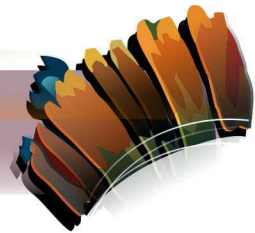
Aspectos ligados aos cuidados que recebemos enquanto éramos bebês tendem a ficar arraigados no nosso inconsciente e podem vir à tona frente a situações em que enfrentamos maior vulnerabilidade. Ou seja, frente a momentos estressores tendemos a entrar em atualização das nossas experiências. Neste momento, se faz necessário que o provedor de cuidados ofereça recursos para que o indivíduo se sinta acolhido de modo autêntico. Esse contexto, mostra o papel a ser desempenhado pelo suporte dado a alguém que se mostra fragilizado e a importância do *Holding* estar sendo oferecido. De modo que se possa propiciar ao indivíduo a reestruturação adequada do *self* (CAMPOS, 2005).

Seguindo as idéias de Winnicott, essa dinâmica de cuidados traz a analogia entre o (ambiente) que vem a ser representado pela mãe e o bebê pelo (paciente) que precisa de cuidados para sobreviver e nascer psicologicamente. Neste contexto, se constitui uma espécie de relação entre os elementos do ambiente que promovem o cuidado ao paciente a ser cuidado. Diante disto, o que se percebe é que, com base no que propõe esta prerrogativa, essas relações entre (ambiente) representado pela mãe e (paciente) pelo bebê devem ser equivalentes, pois nesta ligação se constitui uma relação de dependência entre tais partes. A isto, Winnicott define como sendo unidades, onde o bebê representado pelo (paciente), depende do ambiente que vem a ser o (provedor de cuidados) (CAMPOS, 2005).

O cuidado adequado através dos preceitos da psicanálise, trazidos pela teoria de Winnicott em seu postulado “desenvolvimento emocional primitivo”, se estabelece quando ocorre a integração completa da mente humana, a personalização e o desenvolvimento das relações objetais, através dos sentimentos bons proporcionados pelo ambiente (WINNICOTT, 1983). Segundo a concepção de autor, “quando as falhas ambientais ameaçam a sua continuidade existencial, a criança vê-se obrigada a deformar o seu verdadeiro *self*, em prol da submissão das exigências ambientais, o que leva a construção de um falso *self*” (ZIMERMAN, 2001, p. 435).

PSICOLOGIA DA SAÚDE

A inserção da psicologia da saúde em diferentes níveis de atendimento prestado à população, vem buscando explorar diferentes contextos, na procura de conciliar a variedade de circunstâncias culturais com a universalidade das categorias psicanalíticas (SPINK, 2013).



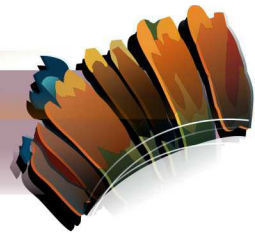
Há casos de pacientes que passaram por cuidados a saúde seja ele ambulatorial ou de internação, onde trazem queixas sobre sua saúde que ocorrem em função de variáveis culturais e sociais com as quais os médicos em sua maioria não estão familiarizados nem possuem o preparo necessário para analisar ou intervir. São esses tipos de comportamentos destes pacientes que resultam em encaminhamentos para avaliação psicológica (BAPTISTA, et. al, 2010). Este ponto se reflete de maneira mais acentuada dentro da prática do atendimento ao paciente indígena, frente as suas especificidades étnicas. As limitações quanto formação acadêmica dos profissionais da saúde que, chegam a afetar o trabalho destes profissionais (OLIVARES, et. al, 2008).

O Ministério da Saúde criou em 2001, as políticas de humanização no atendimento à saúde que, vieram com o objetivo de proporcionar assistência psicológica dentro do ambiente hospitalar, objetivando propiciar alívio emocional ao paciente e a sua família, em vista que o paciente precisa ser preparado para a internação (CAMPOS, 1995). Por volta de 1970, reflexões sobre os direitos dos pacientes se iniciaram e nos dias atuais, diante do cenário de mudança no paradigma de saúde, veio a surgir tal política (FORTES, 2004).

Tendo em vista os pressupostos supracitados, faz se importante mencionar que a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo (BRASIL,2012).

ANTROPOLOGIA MÉDICA

Dentro das práticas em saúde adotadas pelo modelo biomédico a doença é considerada uma unidade universal, ao passo que, para a antropologia da saúde ao contrário, a cultura e o ambiente são determinantes da doença, da forma de adoecer e curar. Como vimos, o ponto de vista do modelo biomédico remete a uma visão limitada do processo de adoecimento e cura, se compara “a miopia frente ao social e a falha no recorte da realidade a ser estudada” Minayo (1991, apud SILVEIRA, 2000). Conforme essa perspectiva, urge a necessidade de superação das limitações impostas por esse modelo, para se lidar com a pluralidade e diversidade de aspectos que marcam a vida humana. Pois, os preceitos do modelo biomédico, pouco explicam sobre o sofrimento singular do ser humano em adoecimento, menos ainda



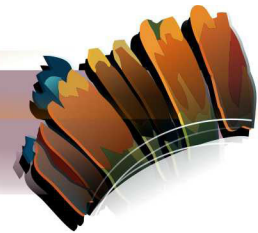
acerca da compreensão dos fenômenos ligados a diversidade cultural e ao modo como cada cultura percebe o processo de saúde, doença e cura (IBIDEM, 2000).

Conforme Silveira (2000) aponta em seu estudo, os conteúdos simbólicos relativos a constituição saúde e doença, se originam do grupo social. Cada grupo social detém seu modo simbólico de manter a saúde ou curar a doença. O modo como o ser humano vai responder ao tratamento dentro da instituição social de cuidados a saúde, vai depender das relações ambientais, de fatores individuais, da interação de papéis sociais e do modo como as instituições envolvidas legitimam e percebem o processo de saúde e cura. Como se vê, tal processo é concebido por representações e práticas que se condicionam simultaneamente, por exemplo: condições físicas, biológicas, fatores sociais e individuais. Neste sentido, as ações de saúde devem estar relacionadas ao modo como cada grupo simbólico percebe este processo, visando encontrar as implicações clínicas presentes nestas relações.

SAÚDE PÚBLICA (INDÍGENA)

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal e criação do SUS (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE) no ano de 1990, a saúde indígena passou a ser responsabilidade da União, que designou em (1991) a FUNASA Fundação Nacional de Saúde para dar suporte a FUNAI, como um meio de garantir saúde indígena com mais qualidade, tendo em vista a precariedade na estrutura da assistência à saúde ofertada pela FUNAI, a falta de capacidade administrativa e de recursos financeiros, além da falta de investimento na qualificação de seus funcionários para atuarem junto a comunidades culturalmente diferenciadas (CASTRO, 2014; ALVES, 2014).

Com o surgimento da Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas criada em 2002, houve a necessidade de reformulação da gestão em saúde indígena no Brasil e houve a criação da (SESAI) Secretaria Especial de Saúde Indígena em 2010 (BRASIL, 2002; BRASIL, 2010). Conforme a (Lei no 9.836, de 23 de Setembro de 1999), o SUS deve atuar como sendo a referência do Subsistema de Atenção à Saúde, visando propiciar adaptações na estrutura e organização do SUS, integração nas regiões onde residem as populações indígenas, para poder oferecer atendimento necessário em todos os níveis de complexidade, na atenção primária, secundária e terciária à saúde (BRASIL, 1999c).

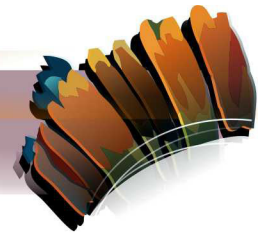


De acordo com as normatizações trazidas pelo decreto de lei no 3.156, de 27 de agosto de 1999, deverão ser observados para que haja assistência à saúde dos povos indígenas adequada os direcionamentos relacionados à promoção, proteção e recuperação da saúde do índio, objetivando o alcance do equilíbrio biopsicossocial, com o reconhecimento da importância complementar das práticas da medicina indígena, segundo as peculiaridades de cada comunidade, o perfil epidemiológico e a condição de moradia de modo que se possa oferecer atendimento à saúde que proporcione a universalidade, a integralidade e a equanimidade dos serviços de saúde (BRASIL, 1999a).

Em conformidade com a diretriz trazida no parágrafo único do (Decreto de Lei Nº. 508 de 28 de Junho de 2011) em que, “a população indígena deverá contar com regramentos diferenciados de acesso, compatíveis com suas especificidades e com a necessidade de assistência integral à sua saúde, de acordo com disposições do Ministério da Saúde” (BRASIL, 2011, p. 2). Pode-se depreender que, tais regulamentações reconhecem o direito ao atendimento diferenciado aos povos indígenas ao fazer o reconhecimento de suas especificidades étnicas e culturais (BRASIL, 2002).

Na realidade há incongruências e muitas brechas quando se debate acerca da situação dos indígenas que residem na cidade, de modo que isso se mostra de maneira mais clara, quando se reflete acerca do papel da FUNAI na assistência dessas populações. A iniciativa que vem sendo tomada pela FUNAI, como sendo um modo de dar resolutividade a estas problemáticas, surge através da criação de políticas públicas, que venham por ventura acatar toda a gama de necessidades que permeiam a questão saúde e que englobe também o indígena não-aldeado, se pauta na idéia de construção de critérios mais sólidos para atuar no reconhecimento de quem é índio no Brasil e na formulação de uma política indigenista mais abrangente (CAMPOS, 2006).

Conforme o estudo feito por Olivares e colaboradores (2008), a assistência à saúde dos povos indígenas na cidade não oferece um nível de qualidade e nem um atendimento diferenciado que observe suas especificidades culturais. “Apesar do progresso indiscutível da Casa de Saúde do Índio de Roraima, ainda existem problemas de recursos humanos. O atendimento do SUS (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE) em geral ocorre de maneira lenta e com baixa qualificação técnica” (OLIVARES et. al, 2008, p.6).



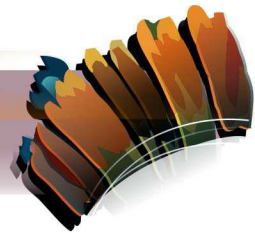
METODOLOGIA

Esta pesquisa envolveu levantamento bibliográfico e foi desenvolvida com o objetivo de proporcionar uma visão geral, acerca da temática estudada (GIL, 2010).

O método adotado para análise de dados foi o qualitativo: cuja finalidade foi investigar como ocorre o cuidado à saúde dos povos indígenas a partir percepção dos profissionais de saúde. Optou-se por trabalhos científicos na área da psicologia da saúde, psicologia social, enfermagem, antropologia, medicina.

Utilizou-se, para a busca, as seguintes palavras chave: cuidado a saúde indígena, holding, subsistema de saúde indígena. Ao final do levantamento, foram selecionadas 12 pesquisas: nove artigos no Google acadêmico e LILACS, três dissertações, sendo duas da *BDTD* – Biblioteca digital de teses e dissertações de todo o Brasil e uma dissertação da SCIELO.

Primeiramente foi feita a análise das categorias temáticas. Utilizou-se a *Análise de Conteúdo* de Laurence Bardin (1979) que, possibilitou sair do material amplo para um levantamento de elementos sugestivos; a partir do processo de identificação de termos e/ou expressões investigadas nos estudos escolhidos foi possível esboçar as categorias temáticas: *cuidado*, tendo por subcategorias: aparatos para construção do cuidado adequado e estratégias de enfrentamento das adversidades, a categoria *conflitos culturais*, tendo por subcategorias: conflito de saberes, insegurança na atuação, problemas de adesão ao tratamento e preconceito e a categoria *dificuldades*, tendo por subcategorias: alta rotatividade profissional, falta de capacitação e dificuldades de acesso. E finalmente as interpretações e apreciações realizadas na análise qualitativa tiveram como a teoria Psicanalítica ancorada em Donald Woods Winnicott, seus conceitos de “*holding*”, entre outros, nos levaram a uma compreensão crítica e científica do objeto em estudo, o que conferiu significado mais amplo aos resultados obtidos com a leitura analítica.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

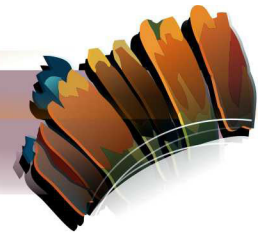
Em decorrência do fato de que, as dificuldades apresentadas nos estudos para a consolidação do cuidado adequado, estarem relacionadas ao campo específico de trabalho da psicologia, como por exemplo, a formação identitária, as formas como se constituem o relacionamento interpessoal, o estabelecimento de aparatos relacionados ao cuidado adequado e outros. Faz-se importante sugerir a proposta de Winnicott (2005), de que o *holding*, se encaixaria bem, neste cenário e funcionaria como espécie de construto para que possa ocorrer maior respeito e reciprocidade na relação entre ambiente, cuidador e paciente, gerando maior empatia dentro do contexto de suporte proporcionado apoio ao paciente. É necessário que se estabeleça esse tipo de comunicação especial.

Se torna importante inferir sobre a relevância de tal contribuição, de modo que, através deste trabalho, possam emergir estudos futuros trazendo práticas demonstrando as contribuições da área.

Segundo Winnicott (1983), no ambiente de cuidados as trocas afetivas estabelecidas entre profissionais e pacientes são fundamentais para o sucesso do cuidado prestado, pois, se a provisão ambiental, ou seja, a empatia oferecida ao paciente pelo profissional de saúde, for suficientemente boa, *holding* se efetivará e dessa forma é proporcionado ao paciente sensação de satisfação, desse modo o *self* do paciente interpretará o cuidado a saúde como um suporte.

Os pacientes indígenas possuem arraigadas a sua cultura, formas intrínsecas de tratamento e adoecimento, por exemplo, costumemente tratam dos seus problemas de saúde com (Xamã, Pajé) de sua própria comunidade. Nesse contexto, a teoria Winnicottiana nos possibilitou chegar a compreensão de que os pacientes indígenas detém o cuidado a saúde oferecido pelo (Xamã, Pajé), como algo inseparável de sua estrutura psíquica, pois o ambiente teve influência na formação dessa estrutura, ou seja, como se trata de algo que faz parte do *self* do paciente indígena, se configura uma relação de dependência entre essas partes, juntas formas uma unidade inseparável (WINNICOTT, 1983).

Sendo assim, tirar o paciente indígena do ambiente de cuidados tradicionais, pode leva-lo a sensação de desprazer em vista que, o ego se organiza de modo a criar defesas para a personalidade, pois a estrutura do ego é movida pela ansiedade advinda da tensão instintiva que, pode surgir do contato do indígena com o cuidado biomédico por exemplo, nesse contexto quando a ansiedade entra nesse estágio se configura



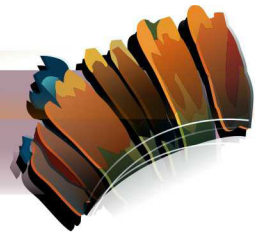
uma ansiedade de separação que gera uma tensão relacionada a necessidade de defesa pessoal do ego (WINNICOTT, 1983).

No entanto segundo (Winnicot, 1983) em estágios de desenvolvimento normal da personalidade, o indivíduo retém a capacidade de experimentar estágios de não “integração e reintegração” da personalidade. Sendo assim, cada sujeito possui uma individualidade própria, à medida que essa construção é formada de acordo como cada um se desenvolve na relação com a provisão ambiental. Portanto, durante a fase do Holding outros processos são iniciados para ocorrer o desenvolvimento pleno da condição ambiental no *holding*, sem um *holding* suficientemente bom, outros estágios do desenvolvimento não poderiam ser alcançados, como por exemplo, a capacidade do indígena para desenvolver um relacionamento com o profissional de saúde estaria afetada. Nesse contexto conclui-se que, a psicologia possui contribuições que, podem estar dando soluções para as necessidades relativas ao suporte adequado à saúde do paciente indígena.

Os pressupostos Winnicottianos possibilitaram maior compreensão acerca da realidade estudada a medida em que, foi possível analisar conforme os ambientes de cuidados trazidos nos trabalhos selecionados, as trocas afetivas estabelecidas entre profissionais de saúde e pacientes indígenas. O que nos possibilitou sugerir que, o cuidado a saúde indígena para ser suficientemente bom, precisa estar pautado nas contribuições da psicologia.

Na discursão do material bibliográfico foi verificado que, existe uma exigência aos profissionais de saúde por uma postura no que desrespeito as diferenças étnicas e culturais presentes nas relações que são estabelecidas nos contextos de cuidado a saúde indígena, o que em muitos casos tende a surgir como um desafio ainda maior por conta dos contrapontos presentes entre ética médica e fator cultural por exemplo, os casos de infanticídio em que é cultura a morte e o princípio médico que preza pela vida. Fatos que elucidam os conflitos de saberes presentes nas relações de cuidado, e remetem aos profissionais de saúde, insegurança na atuação profissional, o que demonstra a necessidade de readequação das grades curriculares dos cursos da área da saúde, para que seja propiciada maior aproximação dos futuros profissionais com a diversidade cultural presente em nosso país.

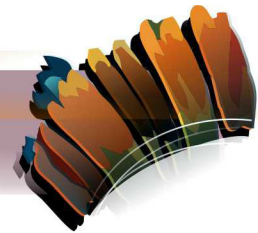
Surgiram nas discussões do presente estudo, questões relacionadas ao preconceito arraigado na sociedade, o que acarreta a exclusão do direito ao cuidado diferenciado a essa minoria que, por vezes é submetida a formas de tratamento indignas em virtude disso.



Foi apontado nos resultados deste estudo, como o maior obstáculo para a concretização do cuidado, a comunicação entre as duas vertentes de saberes, indígena e profissional não indígena. Relacionamento marcado pela dualidade de concepções formadas culturalmente. No entanto, se faz importante mencionar que dentre as possibilidades encontradas pelos profissionais de saúde, nos estudos selecionados para dar possível resolução a esse paradoxo, a viabilização de formas de estabelecimento do diálogo entre os saberes divergentes, através de pressupostos teóricos que adentram ao campo da Psicologia e Antropologia. Nesse sentido, é importante considerar possibilidades de inserção efetiva do psicólogo no contexto de saúde indígena, pois, isto se apresenta nos estudos como uma possibilidade de trazer a construção desse relacionamento.

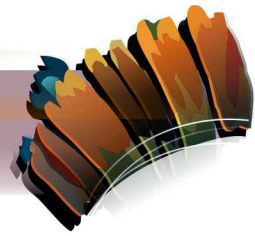
Podemos dizer que, nosso intuito foi alcançado, pois se obteve nas discussões, a percepção acerca do modo como vem se concretizando o cuidado, foi verificado que embora existam dispositivos legais que garantam a assistência diferenciada ao indígena, ainda é presente a necessidade de práticas efetivas nesse sentido, ao passo que a superação desse entrave está atrelada a inserção da psicologia, por meio do cuidado suficientemente bom trazido pelo *Holding*, pressuposto Winicottiano. De modo que, se torne possível fazer promoção e prevenção em saúde indígena e não ficar só no modelo de medicalização. Ressalto que, por conta da questão cultural, os povos indígenas tendem a possuir menor resistência aos efeitos colaterais medicamentosos, sendo preciso por parte do profissional saber conciliar a aceitação de indicação de tratamento, seja via modelo tradicional pelos pajés, curandeiros ou conhecimento médico.

Apesar dos indígenas serem minorias, eles têm se organizado de modo a participar nos processos políticos que envolvem as necessidades da demanda. Devendo o profissional de saúde, amparar sua atuação na legislação em saúde (SUS), para garantir o respeito as especificidades culturais no cuidado a essa demanda. No entanto, mesmo com grandes avanços na qualidade do atendimento desde a criação do Subsistema de atenção à saúde indígena (1999), ainda persiste a questão do conflito na gestão do atendimento à saúde indígena, à medida que FUNASA, vem dispensando preocupação com o cuidado diferenciado ao indígena que reside na cidade e que também precisa dispor de atendimento diferenciado. Faz-se necessário estudos futuros para trazer contribuições a essa gama extensa da população, que está sendo desassistida pelo modo como vem se organizando o serviço de saúde indígena vigente.



Foi significativo investigar os objetivos delineados, pois nos permitiram apontar, pontos para os quais as políticas públicas em saúde indígena devem voltar sua atenção.

A partir dos assuntos referidos acima, o estudo responde a hipótese sobre a urgente necessidade de melhor adequação na atual política de saúde indígena, visando sanar os elementos apontados nos resultados desse estudo que, obstam o efetivo cuidado à saúde indígena com qualidade.



REFERÊNCIAS

ALVES. A. S. Povos Indígenas educação e saúde: a formação profissional do agente de saúde indígena. Disponível em: < <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Destaque&Num=340>. Acesso em 23 de outubro de 2014.

BAPTISTA. M.N; DIAS. R. R. Psicologia hospitalar: teoria aplicações e casos clínicos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

BARDIN, L. Análise do conteúdo. 70ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 1977.

BAINES, S. G. As “chamadas aldeias urbanas” ou índios na cidade. Revista Brasil indígena. – Ano I – nº 7 Brasília/Distrito Federal – Nov. – Dez/2008.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia da 6ª Região (org.). Psicologia e povos indígenas. São Paulo: CRPS, 2010.

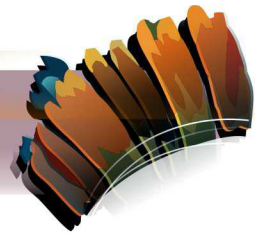
BRASIL. Organograma que demonstra como o serviço de saúde é organizado na Secretaria Especial de Saúde Indígena. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/quem-e-quem-sesai>>. Acesso em 30 de Outubro de 2014.

BRASIL. Decreto No 3.156, de 27 de Agosto de 1999a. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3156.htm>. Acesso em 30 de Outubro de 2014.

BRASIL. Lei nº 12.314, de 19 de agosto de 2010. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12314.htm> Acesso em 20 de Outubro de 2014.

BRASIL. SESAI. Ministério da saúde. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/secretaria-sesai/mais-sobre-sesai/9518-destaques>> Acesso em: 05 de Abril de 2013.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da saúde: Secretaria de Atenção à saúde. Série Legislação em Saúde: Brasília, 2012.



BRASIL. Portaria do Ministério da Saúde n.º 254, de 31 de janeiro de 2002. Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf>. Acesso em 01 de Novembro de 2014.

BRASIL. Lei n.º. 508 de 28 de Junho de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm Acesso em 03 de Maio de 2014.

BRASIL. Lei no 9.836, de 23 de setembro de 1999c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19836.htm>. Acesso em 03 de Maio de 2014.

BRASIL. Subsistema de atenção de atenção à saúde indígena: situação atual. Bahia: 2012. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19836.htm> Acesso em 10 de Jun. 2014.

BRASIL. Portaria MS Nº 1.163, de 14 de setembro de 1999d. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_1163_1999.pdf> Acesso em 02 de Novembro de 2014.

CASTRO. E. V. Ministério da Saúde afasta oito por fraudes em contratos da Saúde Indígena. Revista online Questão Indígena. Disponível em <<http://www.questaoindigena.org/2014/03/ministerio-da-saude-afasta-oito-por.html>>. Acesso em 10 de Jun. 2014.

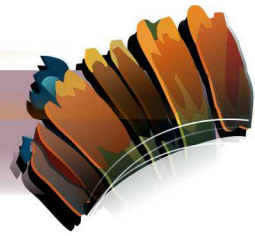
CAMPOS. A. Índios na cidade. Repórter Brasil. 13.03.2006. Disponível em: <http://reporterbrasil.org.br/2006/03/ndio-na-cidade>. Acesso em 03 de Maio de 2014.

CAMPOS. E. P. Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais de saúde. Petrópolis: Rio de Janeiro, 2005.

CAMPOS. T. C. P. Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais. São Paulo: EPU, 1995.

FORTES. P. A. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. Saúde e sociedade. USP: São Paulo, 2004.

GIL, A. C. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 6ª ed. 3ª reimp. São Paulo: Atlas, 2010.



IBGE. Censo Demográfico 2010 - Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 03 de Maio de 2014.

LIMA.V. Proporcionalmente, Roraima tem a maior população indígena do país, 2013. Disponível em < <http://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2013/04/proporcionalmente-roraima-tem-maior-populacao-indigena-do-pais.html>. Acesso em: 15 de Agosto de 2014.

MINAYO, M. C. S. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde. 12° ed.; São Paulo: Hucitec, 2010.

OLIVARES. A.I. et. al. Um olhar sobre a saúde do indígena em Roraima. Revista Mens Agitat, volume III, n. 1, 2008, p. 89-98. Curso de Medicina – Centro de Ciências da saúde. Boa Vista: UFRR, 2008.

SPINK. M.J. Psicologia social e saúde: práticas saberes e sentidos. 9ª. Ed. Vozes, Petrópolis: RJ, 2013.

SANTOS, M. A. et al. A constituição do mundo psíquico na concepção winnicottiana: uma contribuição à clínica das psicoses. *Psicol. Reflex. Crit.* vol.12 n.3, Porto Alegre: 1999.

WINNICOTT, D. W. (1896-1971). A Família e o Desenvolvimento Individual. Trad. Marcelo Brandão Cipolla. 3° ed., São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____ (1983). A capacidade para estar só. Em D.W. Winnicott (Org.), O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional (pp. 31-37). Porto Alegre: Artes Médicas (Original publicado em 1958).

ZIMERMAN. E. D. Vocabulário contemporâneo de Psicanálise. Artmed: Porto Alegre, 2001.