



ENEPEX

ENCONTRO DE ENSINO,
PESQUISA E EXTENSÃO

8º ENEPE UFGD • 5º EPEX UEMS

O PROCESSO DE FORMAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO CONTEXTO DA SAÚDE INDÍGENA

Tanise de Oliveira Fernandes¹; Cátia Martins Paranhos².

¹ Psicóloga Residente Multiprofissional em Saúde – ênfase em Saúde Indígena do HUGD.

² Orientadora, professora do Curso de Psicologia da UFGD, Tutora da Residência Multiprofissional em Saúde do HUGD.

RESUMO

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) consiste em uma modalidade de formação de profissionais no contexto da saúde. Possibilita a articulação e inserção no contexto de trabalho em saúde, na prática profissional juntamente com maior diálogo entre diferentes áreas de formação. O presente trabalho é parte da produção desenvolvida para o Trabalho de Conclusão de Curso da Residência, que discorre sobre o processo subjetivo a partir da vivência enquanto psicóloga residente em saúde, com ênfase em saúde indígena, tendo como principal campo de atuação o Hospital Universitário da Grande Dourados/ HUGD. A experiência da RMS tem me possibilitado explorar a ousadia e a sensibilidade no encontro com usuários e as estratégias para trabalhar juntamente com estes na promoção de saúde e cuidado. Por outro lado, as vivências em diferentes contextos de estágios, indicam problemáticas no âmbito da saúde indígena, que se manifestam com maior intensidade no HUGD. Ao longo da minha experiência, identifiquei fatores como o despreparo para lidar com a diversidade étnica, cultural e linguística, o olhar fragmentado sobre o sujeito, o predomínio de concepções e intervenções em saúde que não respeitam ou consideram a percepção indígena sobre o processo de saúde e adoecimento, dentre outras. Por fim, destaco que as discussões levantadas neste trabalho ainda estão se construindo e se fortalecendo conforme o processo de construção do Trabalho de Conclusão da Residência se dá, bem como o caminhar nas experiências da RMS.

Palavras-chave: relato de experiência; residência multiprofissional; Sistema Único de Saúde.

INTRODUÇÃO

Este trabalho é um recorte do relato de experiência, produção desenvolvida para o Trabalho de Conclusão da Residência, que discorre sobre o processo subjetivo a partir da vivência enquanto psicóloga residente em saúde, com ênfase em saúde indígena, tendo como principal campo de atuação o Hospital Universitário da Grande Dourados /HUGD. A produção deste Trabalho de Conclusão de Curso se apresenta com um sentido muito pessoal, pois visa organizar e registrar, através da escrita, toda a experiência do que é ser residente, das vivências, dos lugares por onde circulei, dos encontros e das provocações.

O trabalho no contexto da saúde se dá de maneira intensamente complexa. Inicialmente pela caracterização do nosso foco de atuação, desenvolvemos intervenções com o objetivo de se produzir saúde para os outros sujeitos. Envolvemos-nos na interação e contato direto com outras pessoas, sujeitos assim como nós. Outra grande complexidade, diz respeito ao que se produz a partir de nossas ações, ou seja, do resultado do nosso trabalho no âmbito da saúde, de modo geral, deseja-se produzir saúde, mas também podemos produzir outros produtos, como o cuidado, a autonomia, ou também o sofrimento, a opressão, e o contrário da saúde, o adoecimento.

Dito isto, notamos a intensidade do papel do trabalhador da saúde e suas consequências para a população que recebe suas intervenções. Os modos e os caminhos em que produzirão a saúde estarão diretamente relacionados com as concepções do profissional sobre o que é saúde, e qual a forma que se produzir tal bem. Tais concepções são consequências da formação profissional, o contexto e as condições de trabalho que se têm, e também, um elemento de grande importância, a possibilidade de formação permanente.

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é uma modalidade de formação permanente em saúde, e nos coloca em duas realidades que em diversos momentos trazem conflitos: a posição de estudantes de pós-graduação; e, a de trabalhadores da saúde. Realidade esta, que nos traz constantes conflitos quanto aos nossos papéis enquanto residentes nas instituições em que estamos inseridos. Por consequência, tal problemática acaba refletindo nos campos de estágios e nas equipes de saúde com que atuamos.

Desse modo, além da intensidade que é a realidade do trabalho em saúde, e do *ser residente* e suas questões, ainda se apresenta para nós a singularidade e a riqueza da discussão da saúde indígena, que é a ênfase de nossa residência. O resultado das experiências com tais características é a intensidade de vivências subjetivas, que em diversos momentos temos a

dificuldade em “dar sentido”, e compreender a complexidade do trabalho da residência multiprofissional em saúde no âmbito da saúde indígena.

Diante do exposto, esta produção apresenta um pouco de questionamentos e interrogativas, elementos que sempre estiveram presentes em minha trajetória. Sempre envolvido pela confusão e hipóteses, tais questionamentos tem uma intensidade significativa, com perguntas recorrentes como *“O que é a residência em saúde?” “O que se espera de um residente?” Qual o processo de formação que temos na RMS do HUGD?” “Residir no que? Em que? Resistir a que?”*

1. A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE, DE QUE LUGAR EU FALO?

A experiência da Residência Multiprofissional em minha vida foi fundamentalmente uma experiência em que residi em vários espaços, e que intensamente também tive que resistir a atravessamentos sejam eles institucionais, afetivos, saber, poder, dentre outros. Trouxe-me experiências intensas de diversos tipos de sentimentos e sensações, de sofrimentos, de alegrias, de dúvidas, de questionamentos e esvaziamento.

No que diz respeito ao nosso campo de formação, a RMS é embasada na lógica dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), considera as necessidades específicas, as realidades regionais e locais em que está inserida. O Programa de RMS configurar-se como uma modalidade de ensino em nível de pós-graduação *lato sensu* e prioriza o treinamento em serviço junto à supervisão realizada por profissionais capacitados (BRASIL, 2014).

Tenho o entendimento de que uma residência em saúde deve apresentar as seguintes características:

[...] a residência é um espaço de (trans)formação para trabalhadores da saúde (inseridos na interseção ensino-serviço) articulado como dispositivo da educação permanente, que tem como um dos princípios referenciais a integralidade do cuidado e como princípio operador o trabalho em equipe interdisciplinar (RAMOS et al.; 2006, p.380).

Desse modo, esta configuração de formação de profissionais se apresenta como uma inovadora e potencial possibilidade em articular a inserção no contexto de trabalho em saúde, na prática profissional juntamente com a articulação e maior diálogo entre diferentes áreas de

formação, tendo como resultado o desenvolvimento de um entendimento ampliado do processo saúde-doença e das necessidades de saúde do sujeito e do coletivo em questão.

Ao falar em Residência Multiprofissional em Saúde estamos realizando uma discussão dentro do campo da formação permanente de profissionais no e do SUS. Define-se como um desafio, pois propõem a reconfiguração da inserção de um profissional nos espaços de trabalho em saúde, considerando a interseção ensino-serviço. A proposta de Residências Multidisciplinares teve a finalidade de produzir condições necessárias para a mudança do modelo médico-assistencial restritivo, através da inserção qualificada de jovens profissionais de saúde no mercado de trabalho, principalmente para a construção do SUS (ROSA & LOPES, 2010).

Em minha percepção, a beleza da proposta da RMS é justamente a possibilidade de ampliação da compreensão de como se pode produzir saúde, de um olhar criativo e transformador sobre as práticas enquanto profissional de saúde. A experiência da RMS me possibilita explorar a ousadia e a sensibilidade no encontro com usuários e das estratégias para trabalhar juntamente com estes na promoção de saúde e cuidado. Para mim, isto é possível a partir da característica *“ora estudante de pós-graduação, ora trabalhador”* mencionada anteriormente. Nos momentos que tenho uma boa compreensão do papel da RMS, percebo a possibilidade em circular nas instancias *estudante de pós-graduação* e *trabalhador da saúde* de maneira a manter uma correlação entre as duas condições. A percepção e a crítica da posição da academia muda o nosso olhar sobre a prática, acrescenta um olhar crítico e reflexivo sobre as atuações.

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) do Hospital Universitário da Grande Dourados (HUGD) é um programa que existe desde 2011. Tem construído uma trajetória com avanços e dificuldades na sua consolidação e fortalecimento. Possui duas ênfases: Atenção Cardiovascular e Saúde Indígena. A ênfase em saúde indígena apresenta-se como uma iniciativa inovadora, sendo a primeira residência com a proposta de uma ênfase para a atenção à saúde da população indígena no país. Esta especificidade se caracteriza como um desafio ao programa e aos atores que lhe dão forma.

A duração da RMS é de dois anos. Neste período, temos como principal campo de estágio, o contexto da assistencial hospitalar do HUGD, experiência esta que ocorre intensamente no primeiro ano, momento em que realizamos estágios por setores do hospital. No que diz respeito aos espaços em que trabalhamos com maior profundidade com a questão indígena, a pediatria e maternidade são os setores em que o encontro com esta população tem maior intensidade. Ainda, como campos de estágio externo, que ocorrem no segundo ano da

residência, têm as experiências na Atenção Básica dentro da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). E por fim, o estágio da ênfase que ocorre no Hospital Missão Evangélica Caioá, instituição filantrópica, que realiza Atenção Secundária em Saúde, e em sua maioria à população indígena.

Diante de todos os estágios da RMS, no que diz respeito à atenção à saúde indígena, o espaço em que identifiquei maiores dificuldades e entraves, tem sido no contexto do HU. As questões que me levam a esta percepção são inúmeras. Como o despreparo do hospital para lidar com a diferença étnica, cultural e linguística. Recebemos no HUGD pessoas que representam a diversidade que caracteriza a população da região de fronteira, e, de uma cidade em expansão, recebendo usuários paraguaios e de outras diversas regiões do país. Mas o principal entrave é com a população indígena, por já se ter um pré-conceito muito forte, característico da cidade, e que se reflete dentro do hospital.

Ainda temos a problemática do olhar fragmentado sobre o sujeito. Percebo em grande parte dos trabalhadores, o interesse e o tratamento de apenas um corpo biológico, e que neste corpo interessa apenas a parte que está adoecida. Não há o interesse e nem tempo, na ótica dos colegas, em conhecer e compreender para além deste fragmento de corpo disfuncional. Ocorre o esquecimento de que para além da doença, existe um sujeito que faz parte deste corpo e que tem coisas a nos dizer sobre o seu adoecimento. Esta percepção fragmentada é um aspecto que gera sofrimento para os usuários do serviço, que em diversos momentos não é escutado e acolhido.

Mas a principal questão que se apresenta para mim como preocupante é o predomínio de concepções e intervenções em saúde que não respeitam ou consideram a percepção indígena sobre o processo de saúde e adoecimento. O olhar sobre a saúde e a doença, bem como sobre o processo de recuperação, é exclusivamente biomédico. Desconsidera-se e desvaloriza-se qualquer outro entendimento sobre tais aspectos. Sabemos que para o indígena, o olhar para o adoecimento e para a produção de saúde tem outras vertentes e outra compreensão, mas que dentro do contexto hospitalar são anuladas pela medicina hegemônica ocidental.

Todas estas dificuldades identificadas também se tornam minhas e de meus colegas residentes, já que ficamos um grande período de nossa residência na realidade hospitalar do HU. Defrontamos-nos com as mesmas dificuldades que os demais profissionais de saúde, e reproduzimos as mesmas práticas diante do despreparo da equipe no atendimento ao usuário indígena.

2. SER RESIDENTE, SER TRABALHADOR DA SAÚDE

Desde o início deste trabalho tenho apresentado a complexidade que envolve ser um trabalhador da saúde e estar em uma residência em saúde. Diante disto, acredito ser importante neste processo de escrita problematizar acerca de minha implicação na escolha pela RMS, sobre meu envolvimento afetivo e emocional nesta escolha. Por que dentre outras possibilidades profissionais a escolha pela residência?

A ferramenta da Análise de Implicação é uma ferramenta advinda da Análise Institucional. A proposta deste recurso é pensar sobre como vem se dando as intervenções que um pesquisador/trabalhador desenvolve. Realiza a análise de sentimentos, percepções, ações e acontecimentos, desnaturalizando constantemente as instituições (Coimbra & Nascimento, S/A), que em meu caso é a instituição escrita.

Responder tal questionamento me remete a diversos aspectos, mas que de modo geral, trazem o elemento em comum que é a possibilidade de discutir saúde estando imersa em seu contexto. Para mim, a possibilidade da experiência *in loco*, tendo um respaldo teórico e científico, seria uma preparação para o que é a realidade de trabalho na saúde pública brasileira, enquanto profissional de saúde do SUS.

E de modo geral, minhas expectativas quanto ao tipo de vivência que esperava da RMS foram contempladas. A modalidade de formação profissional que caracteriza as residências no Brasil nos oportuniza vivenciar o processo formativo no contexto dos serviços de saúde, nos colocando diretamente em contato com sua realidade de atuação, mais especificamente, enquanto um trabalhador da saúde, com suas nuances e tessituras. A realidade da nossa RMS é a mesma realidade de trabalho de milhares de outros trabalhadores de saúde, estejam estes em processo formativo, como nosso caso, enquanto residentes, ou enquanto trabalhadores dos diversos outros serviços de saúde que existem. Ou seja, também somos trabalhadores da saúde, compartilhamos das mesmas angústias, sofrimentos e alegrias que os demais colegas.

No que diz respeito ao sentido do trabalho para o sujeito, Araújo (1999) o trabalho envolve elementos objetivos (objetos de trabalho e dos meios de desenvolvê-lo) e subjetivos (a forma de realizar o trabalho e o investimento de energias vitais para a criação de valores de uso para a satisfação de necessidades). Para o autor, o trabalho ainda é responsável pela construção social da identidade, dando a inscrição de significado humano ao mundo. Além disso, é estruturador, sendo influente na constituição da identidade, fonte de satisfação e prazer ou de doença.

Ao pensar no trabalhador de saúde, que visa produzir como obra final de seu labor a saúde, há um resultado que não concreto e tão pouco mensurável. Hardt (2003) define o trabalho que envolve a interação e contatos entre pessoas como um trabalho imaterial afetivo. Desse modo, os produtos deste tipo de trabalho são intangíveis, ocorrendo à presença afetiva e a criação e/ou manipulação de afetos. Percebo o trabalho dos profissionais de saúde como trabalhos afetivos imateriais, onde os afetos, sentimentos e a interação entre sujeitos se fazem presente, estabelecendo uma complexa relação entre a equipe de saúde e os usuários/pacientes.

3. A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA E O ENCONTRO COM SAÚDE INDÍGENA.

Ao problematizarmos sobre a saúde, considero importante esclarecer acerca de como percebo tal conceito e conseqüentemente como meu entendimento reflete nas atuações no contexto da produção deste bem. A compreensão da saúde em um prisma ampliado implica em compreendê-la como multifatorial, ou seja, quando pensamos em um sujeito e seu processo de saúde/adoecimento estaremos considerando a complexidade desta relação, percebendo-o para além do corpo biológico. Assim, consideramos o processo de saúde a partir do conceito ampliado de saúde, definido na 8ª Conferência Nacional de Saúde:

[...] saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p.12).

Nesse sentido, a produção da saúde e do processo de adoecimento estará diretamente influenciada por diversos outros fatores sociais e ambientais e etc. Considerando tais questões e suas relações diretas com as populações, podemos falar da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, que parte do princípio de que para se produzir saúde é preciso ter uma olhar ampliado e ao mesmo tempo sensível às especificidades da população em questão, da população indígena.

Esta Política, conhecida como Lei Arouca, foi criada em 1999, pela Lei 9.836. É integrada a Política Nacional de Saúde, o SUS. Consiste em uma política de saúde específica, pois advém da compreensão da singularidade da vida indígena (GARNELO, 2012), e da necessidade em se desenvolver a atenção à saúde destes povos de forma diferenciada,

considerando suas especificidades culturais e epidemiológicas. Nesse sentido, esta política determina o acesso integral à saúde destas populações, de acordo com os princípios e as diretrizes orientadas pelo SUS, contemplando as diversidades, e, reconhecendo a medicina tradicional e suas culturas (BRASIL, 2002).

Trabalhar com a população indígena é encontrar-se com uma cultura distinta da nossa. Consiste em relativizar nossas crenças e concepções diante de outras novas formas de perceber e experienciar o mundo. Mendonça (2010) coloca que conhecer o diferente nos leva a reflexão sobre nossa prática enquanto profissionais da saúde, confirmando a necessidade de se dispor a ouvir e a dialogar com o outro. Segundo a autora, essa habilidade consiste em um importante recurso que o profissional de saúde deve utilizar quando atua na saúde indígena.

Ao desenvolvermos nosso trabalho juntamente a população indígena, podemos introduzir também a discussão da percepção da saúde em uma perspectiva antropológica. Minayo (2012) ao discutir sobre a antropologia e saúde afirma que os processos de adoecimento, saúde e morte não se restringem a evidências puramente orgânica e objetiva, mas que sua experiência pelas pessoas e grupos sociais está intimamente relacionada às características culturais. Desse modo, é necessária a valorização das mais diversas interpretações do fenômeno saúde/doença.

Ao discutirmos saúde em uma perspectiva antropológica, também estaremos dando significativo valor à concepção de território, relacionando-o ao contexto da saúde. Para Minayo (1994) o território nos apresenta a compreensão do processo de adoecimento, em que o processo saúde-doença é significado nas relações sociais e culturais. Sendo assim, é de grande importância à integração entre os saberes dos sujeitos dos lugares que falamos aos saberes dos profissionais de saúde.

Para ilustrar brevemente a importância do diálogo com a antropologia e o entendimento de território, trago a compreensão dos indígenas da etnia Kaiowa sobre a recuperação das condições de saúde. Para esta população, a prática de cura não é entendida como um processo exclusivamente do sujeito, há uma complexidade muito maior envolvida. O equilíbrio social e cósmico são fatores decisivos para o *tekovê porá*, o “bom modo de viver”, mas na compreensão Kaiowa, alcançar o equilíbrio está intimamente relacionado ao contexto histórico, territoriais e ambientais específicos (MURA & SILVA, 2012). O que os Kaiowa nos falam é de um envolvimento sociocultural nos processos de saúde e doença, bem como as práticas de recuperação.

4. DE QUE POPULAÇÃO DE USUÁRIOS FALAMOS...

A cidade de Dourados, no estado do Mato Grosso do Sul apresenta uma característica muito peculiar, pois é o território em que se encontra a maior reserva indígena urbana do Brasil, localizada a 10 quilômetros de distância do centro urbano. Nas duas aldeias, Jaguapiru e Bororó, encontram-se cerca de 12 mil indígenas, das etnias Guaraní-Nhandeva, Guaraní-Kaiowá e Terena, com suas particularidades quanto a organização social e cultural.

A população destas aldeias enfrentam problemas de longa data, como a insegurança alimentar. Em outros tempos, a carência alimentar e a fome eram realidades de muitas famílias. Atualmente, governos têm implantado programas de seguridade social que tem amenizado tal problema. De qualquer forma, a transformação alimentar destas populações acarreta sérios problemas, que tem se agravado com a ausência de autonomia na produção de alimentos e a crescente dependência a programas assistenciais. Além disso, as aldeias são acometidas por graves problemas sociais, como a falta de espaço físico, superpopulação, índices elevados de violência, falta de acesso à educação de qualidade, água potável, entre outros (PEREIRA, S/A).

No que diz respeito ao serviço de saúde prestado as populações das duas aldeias, a Atenção Básica é responsabilidade da SESAI, tendo pouca participação do município no fornecimento de recursos financeiros à saúde destas populações. Atualmente nas duas aldeias existem três Unidades Básicas de Saúde. A assistência da atenção especializada oferecida à população indígena é a mesma da população não indígena, conforme preconiza o SUS. Na cidade de Dourados, a atenção secundária e terciária é realizada pelo Hospital Universitário e da Missão Evangélica Caioá.

A rede de atenção à saúde indígena em Dourados enfrenta diversos e complexos desafios como o uso abusivo de álcool (Grunberg, 2002), as doenças de cunho emocional e/ou espiritual, o suicídio (Grubits, Freire & Noriega, 2011), a violência, conflitos envolvendo demarcações de terra (Lemos & Galindo, 2013) dentre outras questões, que nos provocam e nos convocam a responsabilidade em atuar junto a estas populações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As discussões levantadas neste trabalho ainda estão se construindo e se fortalecendo conforme o processo de construção do Trabalho de Conclusão da Residência se dá. No mesmo sentindo, a residência ainda é uma vivência para mim, a partir do meu encontro com os atuais campos de estágios e demais atividades que compõem a RMS. O processo da escrita

é uma constante, e reconfigura-se a cada nova experiência que tenho e aos sentidos que as dou.

A RMS do HUGD ainda tem muito a se construir. Apresenta muitas contradições e deficiências que devem ser discutidas e superadas. Um dos principais a serem vencidos é conseguir manter um diálogo mais intenso com a realidade externa. A partir de nossas experiências, percebemos o precário contato da RMS com a cultura indígena para além do contexto hospitalar. É fundamental a inserção intensa na realidade cultural indígena, possibilitando desmistificar valores, crenças e pré-conceitos em relação à cultura, favorecendo o contato do profissional residente com a comunidade dos usuários na qual se dispõem a trabalhar.

A discussão da questão indígena é algo de grande complexidade. É necessário nos atentarmos para a discussão das questões culturais e sociais envolvidas nessas comunidades e como elas irão influenciar no processo de adoecimento e saúde dos usuários indígenas. Acredito que nos aproximarmos de seu território, da cultura, é ampliar a compreensão sobre os sujeitos que estamos cuidando, e enriquecer nosso olhar para seu cuidado.

A escrita se dá de modo organizativo quando utilizamos de um relato de experiência para problematizar nossas vivências em dadas realidades. Processo este que tem se dado de modo positivo para mim, mas que também tem levantado uma série de questionamentos e provocações. Tenho forte em mim a discussão acerca da formação profissional em saúde, principalmente a formação durante uma RMS. Acredito que ainda temos muito que discutir sobre este processo, e darmos o seu real sentido e ao seu propósito, de envolver profissionais da área da saúde em defesa de um sistema de saúde público de qualidade para toda a população. Nesse sentido, estamos falando de luta, da militância por um SUS de qualidade. Mas fica o intrigante questionamento sobre como disparar esta provocação durante o processo da RMS? Como despertar a educação em saúde em que a (trans)formação esteja presente?

Apesar de todas as dificuldades e das durezas que a RMS do HUGD apresenta, tal vivência tem me possibilitado, de maneira intensa, um crescimento pessoal e profissional. O encontro com a realidade de saúde dentro do hospital, bem como na atenção básica e na saúde indígena, tem propiciado compreender a realidade de saúde do município de Dourados, seus entraves e deficiências. Tenho crescido muito através de cada encontro com usuários e trabalhadores, que me afetam e me transformam. Diante de tanta loucura e adoecimento, são estes belos encontros que dão sentido e resistência para continuar a trabalhar no contexto de saúde, por mais perverso e contraditório que seja.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, T. O olhar do sujeito sobre o trabalho que executa: sua percepção sobre os riscos e as tarefas: um estudo com trabalhadores em telecomunicações. In: SAMPAIO, J. R. (Org.). *Qualidade de vida, saúde mental e psicologia social: estudos contemporâneos II*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2º Ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde, 2002.
Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf>.
Acesso em: 29 de jun. 2014.

_____. Ministério da Educação. *Residência Multiprofissional*. 2014. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=12501&Itemid=813#perguntas%20frequentes>. Acesso em: 27 de jun. 2014.

_____. 8º Conferência Nacional de Saúde, 1986, Brasília. *Relatório final*. Ministério da Saúde: Brasília, 1986.

COIMBRA, C. M. B.; NASCIMENTO, M. L. *Sobreimplicação: práticas de esvaziamento político?* p. 1-6, (dig.).

GARNELO, L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: GARNELO, L.; PONTES, A. L. *Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. (Orgs.). Brasília: Ministério da Educação, 2012. p. 18-58.

GRUNBERG, F. P. *Reflexões sobre a situação dos Guarani no Mato Grosso do Sul, Brasil*. Brasília: Equipe de Acompanhamento dos Guarani, Centro de Trabalho Indigenista; 2002.
Disponível em: <http://guarani2.roguata.com/articles/spa/gruenberg_reflexoes_2002.pdf>.
Acesso em: 14 de set. 2014.

GRUBITS, S.; FREIRE, H. B.; NORIEGA, J. A. V. Suicídios de Jovens Guarani/Kaiowá de Mato Grosso do Sul, Brasil. *Psicologia: ciência e profissão*. v.31, n.3, p.504-517, 2011.
Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v31n3/v31n3a06.pdf>>. Acesso em: 14 de set. 2014.

MURA, F.; SILVA, A. B. D.; Tradição de conhecimento, processos experienciais e práticas de cura entre os Kaiowa. In: GARNELO, L.; PONTES, A. L. *Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. (Orgs.). Brasília: Ministério da Educação, 2012. p. 128-155.

HARDT, M. O trabalho afetivo. In: PELBART, P.; COSTA, R. (Orgs.). *Cadernos de Subjetivação: o reencantamento do concreto*. Editora HUCITEC. São Paulo, 2003.

LEMOS, F. C. S.; GALINDO, D. C. G. Massacre e Resistência Kaiowá e Guarani: interrogativas às Psicologias nos traçados do intolerável. *Psicologia: ciência e profissão*. v.33, n.4, p.976-987, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n4/v33n4a15.pdf>>. Acesso em: 14 de set. 2014.

MENDONÇA, S. B. M. Saúde Indígena: distâncias que aproximam. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Cadernos HumanizaSus*. v.2, Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p.179-194.

MINAYO, M. C. S. Contribuições da antropologia para pensar e fazer saúde. In: CAMPOS, G. W. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2º Ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p.189-218.

_____. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO; 1994.

PEREIRA, L. M. *A Reserva Indígena de Dourados: a atuação do estado brasileiro e o surgimento de figurações indígenas multiétnicas*. Texto no prelo.

RAMOS, A. S.; BÚRIGO, A. S.; CARNEIRO, C.; DUARTE, C. C.; KREUTZ, J. A.; RUELA, H. C. Residências em Saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios*. Ministério da Saúde. Brasília: DF, 2006. p.375-390.

ROSA, S. D.; LOPES, R. E. Residência Multiprofissional em Saúde e Pós-Graduação Lato Sensu no Brasil: apontamentos históricos. *Trabalho, Educação e Saúde*. v.7, n.3, p. 479-498, nov, 2010. Disponível em: <<http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r267.pdf>>. Acesso em: 13 de set. 2014.