



Interface - Comunicação, Saúde,
Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de
Mesquita Filho
Brasil

Macedo Cuervo, Maria Rita; Brusque Radke, Mariane; Riegel, Elaine Maria
PET-Redes de atenção à saúde indígena: além dos muros da universidade, uma reflexão
sobre saberes e práticas em saúde

Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 19, núm. 1, diciembre, 2015, pp. 953-
963

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Botucatu, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180142195025>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

PET-Redes de atenção à saúde indígena: além dos muros da universidade, uma reflexão sobre saberes e práticas em saúde

espaço aberto

Maria Rita Macedo Cuervo^(a)
 Mariane Brusque Radke^(b)
 Elaine Maria Riegel^(c)

Introdução

No começo do segundo semestre de 2013, foi aberto, na PUCRS - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, um processo seletivo para estudantes de graduação de nove áreas da saúde: Medicina, Enfermagem, Psicologia, Fisioterapia, Farmácia, Nutrição, Odontologia, Serviço Social e Educação Física. Estes alunos, estudantes de graduação, iriam compor uma "equipe-piloto" na implementação do "PET- Saúde/Redes de Atenção à Saúde Indígena". Chamamos aqui de equipe-piloto por ser o primeiro ano de inserção dessa nova proposta do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde¹ (PET-Saúde). Sua proposta era inserir os estudantes nas redes de atenção já existentes em seu território, com o objetivo de localizar uma população específica, repensar a rede, e sensibilizar esses futuros profissionais.

A percepção das possibilidades de atuação do PET-Saúde/Redes é algo que consideramos poder se compreender apenas após um ano de inserção. Parte da dificuldade de compreensão deu-se porque essa proposta de fato era nova, em vigente construção. Parte porque o PET-Saúde ainda é um programa conhecido por todos, mas que poucos entendem seu funcionamento e seus objetivos na prática. Partindo dessa constatação, buscamos, na literatura, revisar alguns conceitos relativos ao histórico, à construção e ao propósito desta proposta entre os Ministérios da Saúde e Educação.

No entanto, nos artigos e capítulos revisados, tivemos dificuldade em compreender as sequências e o desenvolvimento da construção histórica do programa, assim como para compor o "próximo passo" que o PET-Saúde/Redes deveria seguir. Portanto, a proposta da construção deste relato de experiência surgiu da integração do mapeamento desse histórico, convergindo pressupostos e objetivos que teceram o histórico desse programa; a partir disso, apresentarmos nossa inserção na rede de atenção de Porto Alegre e as percepções iniciais acerca da rede da saúde Indígena na capital e, ainda, as dificuldades e potencialidades percebidas pela equipe PET em seu primeiro ano de inserção. O presente relato foi construído a partir das reflexões de uma aluna, bolsista do programa, acadêmica de Psicologia do décimo semestre da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; sob orientação e supervisão da tutora acadêmica do projeto na

^(a) Faculdade de Nutrição, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, PUCRS. Av. Ipiranga, 6681, Prédio 12, Prédio 11, Partenon. Porto Alegre, RS, Brasil. 90619-900. ritacuervo@gmail.com
^(b) Acadêmica, Psicologia, PUCRS. Porto Alegre, RS, Brasil. marianeradke@gmail.com
^(c) Secretaria Municipal de Saúde, Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil. elaine.riegel@sms.prefpoa.com.br

mesma universidade, professora da instituição e nutricionista, assim como da profissional preceptora no serviço de saúde do município de Porto Alegre, administradora alocada na Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro.

Para além dos muros da academia: a relação entre práxis e conhecimento

O processo de formação universitária nos diversos cursos de graduação da saúde vem se mostrando um desafio a ser pensado e reformulado em teoria e estrutura, através dos tempos. Teorias e reflexões são constantemente traçadas acerca das possibilidades de uma educação direcionada para a prática e mais próxima das necessidades de sua população. Cada vez mais, aparece – nos discursos, tanto das instituições de ensino e dos estudantes em formação acadêmica, quanto nos resultantes dos campos das práticas profissionais – a necessidade de se reaproximar as unidades de ensino de seus campos de prática. Encontrar novos caminhos para reduzir a lacuna historicamente construída entre a produção de conhecimento teórico e a realidade vivida nas práticas em saúde nos diversos níveis da assistência².

O conhecimento e sua construção e possibilidade de intervenção na realidade vêm sendo questionados e reorientados na busca de uma prática mais efetiva. Questionamentos historicamente deixados de lado, fragmentados nos programas educativos e que, agora, voltam a ter visibilidade por sua emergência. Programas que Morin³ entende como merecedores de foco de nossa preocupação sobre a formação dos jovens e futuros cidadãos. O autor assevera que conhecimento não pode ser representado como um reflexo ou espelho da realidade, mas, sim, uma tradução, uma reconstrução por meio de aspectos multidimensionais que culminam na construção de uma experiência integral, que pode estar mais ou menos próxima da realidade instituída. Esse autor ainda postula que a divisão do ensino em disciplinas impede o desenvolvimento de um *conhecimento pertinente*, que não mutile o seu objeto.

Nossa sociedade traz demandas práticas que instituem a necessidade de uma visão capaz de situar o contexto. As relações que ali se estabelecem e a forma com a qual esse contexto varia, transformando e sendo transformado, ampliam nossa compreensão das tramas e nós que compõem as diferentes experiências do mundo em que vivemos.

Assim, o ensino por disciplina, ainda na perspectiva desse autor, impede a capacidade que temos de contextualizar – que deveria estar sendo estimulada pelo ensino:

Eu acredito ser possível a convergência entre todas as ciências e a identidade humana. Um certo número de agrupamentos disciplinares vai favorecer esta convergência. É necessário reconhecer que, na segunda metade do século XX, houve uma revolução científica, reagrupando as disciplinas em ciências pluridisciplinares. Assim, há a cosmologia, as ciências da terra, a ecologia e a pré-história.³ (p.4)

Convergir as disciplinas conhecidas com a realidade da atual condição humana, do nosso *Homo sapiens sapiens*, racional e fazedor de ferramentas pelas quais intervém em seu contexto maior, é, de certa forma, o que se tem pensado atualmente na atenção em saúde pública². Nos últimos 25 anos, o Brasil tem trabalhado na perspectiva de reorganizar e valorizar a atenção primária, substituindo o modelo tradicional de organização do cuidado da saúde, centrado na doença e no atendimento terciário⁴.

Uma das estratégias que fundamentam essa proposição foi repensar a formação dos profissionais que estão se inserindo nesses níveis de atenção.

A compreensão ampliada acerca dos determinantes da saúde e adoecimento para indivíduos e coletividades possibilita dar atenção especial à complexidade de fenômenos que compõe a realidade e, para isso, a integração ensino – serviço – extensão é fundamental.⁴ (p.52)

Nossas instituições de ensino e nosso estado protagonizam os dois lados que estão compondo esta moeda. É na prática que encontramos espaço para preencher essas lacunas historicamente enraizadas entre ensino, aprendizagem e possibilidade de intervenção.

Uma análise das necessidades da rede: breve história de sua formação

O sistema de saúde brasileiro passou por intensas transformações nos últimos 25 anos, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990. A introdução de novas práticas de saúde, com o objetivo de superação de um modelo biologicista e mecanicista para alcançar outro, voltado à integralidade, à humanização e à inclusão da participação dos trabalhadores em saúde e dos usuários, tem sido sua marca e seu desafio⁵. Como uma das estratégias de implementação de seus objetivos, o Ministério da Saúde (MS) criou, em 2003, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que atua na elaboração das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde no Brasil. Essas novas políticas abriram espaço para o estabelecimento de diretrizes para a formulação de políticas de formação e de educação permanente dos trabalhadores na área da saúde.

Em 2004, o MS instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), por meio da Portaria GM/MS nº 198, que foi substituída, posteriormente, pela Portaria GM/MS nº 1.996 de 2007⁶, superando a lógica da Educação Continuada que se perpetuava na área da saúde, muito criticada por se pautar em uma educação parcelada, fora do contexto real das necessidades de saúde, e por favorecer o atendimento de determinadas profissões hegemônicas⁵. A Educação Permanente, então, passa a ser estratégia fundamental para promover mudanças no sistema de saúde, assim como repensar as práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor. Muito além da formação profissional apenas, ela se articula entre as instituições de formação, gestores do SUS, serviços, instâncias do controle social e representações estudantis como dispositivo para a mudança, seja ela no campo da formação ou no campo da prática em saúde pública⁵. Ainda em 2004, foi criada a Portaria 198/GM/MS, que instituía a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor da saúde⁶. Assim, passa a ser fundamental entendermos o SUS não só como um sistema de atendimento à saúde, mas, também, como um processo social e político^{7,8}.

Das portarias e acordos anteriores, foi possível estabelecer, no ano de 2005, uma política articulada de Educação em Saúde, que previa a cooperação técnica entre os Ministérios da Educação e da Saúde para a formação e desenvolvimento de profissionais^{2,9}. Das atribuições de cada ministério, cabia ao Ministério da Educação desenvolver suas ações com o objetivo de orientar a formação dos profissionais da saúde a partir dessa nova perspectiva; enquanto o Ministério da Saúde devia ordenar as diretrizes e repensar a atuação e formação continuada dos recursos humanos nessa área^{2,7,10}. Por parte da Educação, a modificação gradual das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos vinculados à saúde flexibilizou currículos anteriormente apenas focados para suas especialidades⁴, que, agora, passariam a contemplar a nova proposta e atender as demandas contemporâneas. As DCNs expressam proposições de aprendizagem ativa em que o aluno seja reconhecido como o centro de ensino e da aprendizagem, e o professor como facilitador e mediador⁹. A integração entre ensino e serviços de saúde possibilitou a entrada dessa nova perspectiva de construção de conhecimento na prática diária. O processo de ensino e educação para o trabalho passou a fundamentar-se a partir das necessidades dos serviços, como previa seu planejamento¹⁰.

Mesmo que cada formação profissional possua suas respectivas diretrizes, existe um eixo transversal que prevê o atendimento às necessidades sociais em saúde, com ênfase no SUS, propondo-se a oferecer uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capaz de assegurar a integralidade, a qualidade e a humanização solicitadas pelas necessidades da atenção. O compromisso com a cidadania e a responsabilidade social agora passam a ser vistos como padrão ético e bioético para a extensão².

Para iniciar a concretização desse processo, foi criado o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), que trazia, como eixo central, essa integração ensino-serviço, no formato de uma inserção real dos estudantes em cenários de atuação na rede SUS desde o início de sua formação⁷.

Programa de Educação pelo Trabalho: PET-Saúde e PET-Saúde/Redes

Com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a SGTES, em parceria com o Ministério da Saúde (MS) e com o Ministério da Educação (ME), instituiu o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.102, de 03 de novembro de 2005:

O Pró-saúde é organizado em três eixos detalhados em vetores específicos: a) orientação teórica, subdividida nos vetores: determinação da saúde e da doença, produção de conhecimentos, e oferta de pós-graduação e de educação permanente; b) cenários de prática, que aborda: a integração docente assistencial, a diversificação dos cenários de prática e a articulação dos serviços universitários com o SUS; e c) orientação pedagógica, que inclui: a análise crítica da atenção básica, a integração básico-clínica e a mudança metodológica.¹² (p.4)

A entrada do Pró-Saúde garantiu espaço a um novo repertório de programas que proporcionam, aos estudantes, vivenciam a rede ainda em seu processo de formação². O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) surge como uma das ramificações originadas por meio do PRÓ-SAÚDE. Criado em 2008, o PET-SAÚDE edifica-se com o objetivo de facilitar o processo de integração ensino-serviço-comunidade, qualificando os serviços, iniciando estudantes de graduação no campo, conforme as necessidades do SUS^{7,9}.

O Pró-Saúde foi considerado parte estruturante nas mudanças institucionais e um deslocamento da área de saúde da universidade – dos muros para a rua, na integração com a comunidade e suas demandas. O PET-Saúde entra reforçando esse movimento, presente por tantos anos nos projetos político-educacionais. O programa era aberto a instituições de Ensino Superior, públicas ou privadas sem fins lucrativos, e Secretarias Municipais de Saúde e/ou Secretarias Estaduais de Saúde de todas as regiões do país, selecionadas por meio de editais publicados pelo Ministério da Saúde. Articulado por meio de equipes de trabalho compostas por tutores acadêmicos, estudantes de graduação dos diversos cursos da saúde, tais como: Educação Física e Saúde, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Gerontologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Obstetrícia, Psicologia, Saúde Pública e Terapia Ocupacional, e preceptores da rede de atenção básica⁷.

A noção de integralidade passa a se articular organicamente com a de multiprofissionalidade e intersetorialidade: "A integralidade, portanto, por definição, é da ordem da multidisciplinaridade e da intersetorialidade, envolvendo múltiplas especialidades que se entrecruzam para dar respostas às demandas e necessidades"⁸ (p.68). Aproximando docentes dos cursos de graduação envolvidos da atenção básica/ primária, e fomentando a articulação entre essas esferas, a iniciativa do PET inseriu um novo olhar reflexivo sobre o funcionamento do Sistema Único de Saúde. A entrada da instituição de ensino contribuiu, entre outros aspectos, introduzindo o componente pesquisa, pensando novas formas de fazer saúde, novas propostas para a educação e para a qualificação dos serviços^{12,13}. Em nível educacional, a *Educação Interprofissional*(EIP) passa a ser entendida como o aprendizado que acontece quando duas ou mais profissões aprendem sobre, com e entre si, de forma a melhorar a colaboração e os resultados na saúde¹⁴.

Discutiu-se a reformulação dos currículos, conforme proposto nas novas DCNs, possibilitando a interação de alunos de diferentes cursos, com base em princípios da *andragogia* e com foco no ganho de: conhecimentos (o que fazer), habilidades (como aplicar o conhecimento) e atitudes (quando e como aplicar as habilidades)¹². A colaboração e o reconhecimento da interdependência das áreas passam a ser percebidos como um novo conhecimento, e como necessidade nos campos de prática que buscavam uma nova geração capaz de uma formação e atuação mais generalista e preparada para prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade².

Recentemente, em 2013, aprovou-se o PET Redes, que estimula a reflexão e ação interprofissional no âmbito das *Redes de Atenção à Saúde*¹². Pela implementação desse programa, buscou-se qualificar as ações e serviços oferecidos na saúde pública.

As Redes de Atenção à Saúde são os arranjos organizativos de ações e serviços que gerenciam técnica, logística e gestão na busca da garantia da integralidade do cuidado. As Redes caracterizam-se: pela formação de relações entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Básica; pela centralidade nas necessidades em saúde da população; pela responsabilização na atenção contínua e integral; pelo cuidado multiprofissional; pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e de planejamento econômico¹⁵. Sua população e suas necessidades por serviço também passam a ser identificadas a partir da territorialização. Portanto, a articulação intersetorial varia de acordo com cada rede, que contará com pontos de referências diferentes, conforme onde elas estão inseridas¹⁵.

O Programa contempla projetos relacionados às prioridades das Regiões de Saúde e Redes de Atenção, e o fortalecimento da Atenção Básica é condição para estabelecer essas redes. Transportar serviços e academia na articulação da clínica ampliada, do diálogo, da educação permanente, da participação social, da educação interprofissional, da gestão compartilhada, da centralidade no usuário e, por fim, da problematização da realidade de cada território. Os projetos aprovados em 2013 foram: Rede de cuidados à pessoa com deficiência; Rede de atenção às pessoas com doenças crônicas – priorizando o enfrentamento do câncer do colo de útero e de mama; Rede cegonha; Rede de atenção às urgências e emergências; Rede de atenção psicossocial – priorizando o enfrentamento do álcool, crack e outras drogas; Rede de atenção à saúde indígena¹⁵.

As maiores contribuições do PET-REDES vêm da abertura para o debate com os trabalhadores da rede, já que o programa não tem como proposta a intervenção direta no sistema, mas a capacitação e a qualificação das redes já existentes em cada território. A problematização da rede na qual cada equipe irá se inserir versará sobre os recursos e as relações que se estabelecem entre equipe e comunidade atendida.

Acreditamos que, neste ponto, vestimos o papel de exemplo prático por meio: da experiência no programa, da ideia da construção do conhecimento pertinente desenvolvido pelo contato do estudante com a prática, com o dia a dia da rede na qual se propõe a atuar. Fundamentando nossas reflexões nas vivências do primeiro ano de inserção do programa PET-REDES de Atenção à Saúde Indígena no município de Porto Alegre. A partir da construção e reflexão de uma estudante bolsista como protagonista dessa experiência/vivência na realidade da saúde pública no município. Repensando teorias e retornando, à academia, notícias da realidade lá fora, e do que encontramos na atenção à saúde dos povos indígenas residentes de Porto Alegre.

Do campo para a academia: primeiras experiências Pet-Redes de atenção à saúde indígena em Porto Alegre/RS

Pensar e trabalhar com Saúde Indígena traz questionamentos e necessidades diferenciadas das regularmente enfrentadas por nossas redes de serviços no SUS. O atendimento a esses povos traz consigo a marca da historicidade de suas lutas e conquistas no âmbito da aquisição de direitos. Nossa país acumulou marcas de práticas colonizadoras e de extermínio das diferenças, de políticas de tutela, quando esses povos eram retirados da posição de protagonistas de seus próprios direitos e vinculados a órgãos públicos que deveriam defender seus interesses sob um modelo homogeneizante e desumanizado¹⁶. Apenas com a constituição de 1988, passamos a dar maior visibilidade e responsabilizar, também, o estado pelo cuidado a essas populações, em uma perspectiva de respeito às diferenças e reconhecimento das etnicidades.

Mesmo assim, ao nos depararmos com a forma como o SUS foi concebido e tem se desenvolvido, percebemos, na forma como a Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas¹⁶ vem sendo costurada aos SUS, lacunas permeadas de desencontros e paradoxos que vêm influenciando diretamente a atenção a esses povos.

Com um histórico atravessado pela necessidade de luta constante por direitos e reconhecimento, indígenas marcaram com disputas e enfrentamento político sua relação com as sociedades nos territórios onde vivem. Seja pela busca da reconquista de territórios historicamente indígenas

sobrepostos, atualmente, por áreas urbanas ou agrárias, seja pela preservação de sua cultura ou acesso a direitos de cidadania, essa relação trincada trouxe muitas consequências, ao longo dos anos, à assistência desses povos.

Por essa razão, a federalização das políticas e da implementação da atenção à saúde indígena, por meio da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), tornou-se pauta e discussão presente no dia a dia de quem atende essas populações. Em decorrência dessas tensões e disputas, hostilidade e preconceitos atravessavam diretamente essa relação interétnica no atendimento municipalizado¹⁶. Assim, na contramão dos princípios básicos do SUS, como a descentralização e a territorialização dos serviços, a saúde indígena mostra-se uma demanda diferenciada. Evidenciando que, mesmo após todos esses anos de desenvolvimento das políticas públicas indigenistas, a dificuldade no reconhecimento das diferenças volta a ser foco de atenção conceitual e prática; tanto no que diz respeito à concepção política, quanto às práticas em fazer saúde na atuação da ponta que presta atendimento a esses povos.

No caso da saúde, uma forma de salvaguardar os direitos indígenas seria manter a prestação das ações de saúde no âmbito do próprio Ministério da Saúde. Porém, a chamada descentralização, a diretriz do SUS que preconiza o repasse da execução das ações de saúde para as municipalidades, destituiu o nível federal de uma rede própria de assistência. Esse é um exemplo das contradições geradas entre a estrutura e funcionamento do SUS e a responsabilidade constitucional do governo federal pelo desenvolvimento de políticas de proteção aos direitos indígenas.¹⁶ (p.24 - 25)

O trabalho na atenção ao indígena permeia caminhos diferenciados, onde desde a concepção da ideia de saúde até o modelo de atendimento devem ser pensados sob formas particulares no que tange às relações da *interculturalidade*, tanto entre brancos e índios, como entre as diferenças existentes entre as etnias que compõem esses povos.

Coloma¹⁷ adverte a necessidade de pensarmos os atravessamentos da interculturalidade no cuidado em saúde, sobretudo quando tratamos dos povos indígenas. A compreensão de que a interculturalidade é mais do que o encontro entre culturas, mas, também, uma relação política e de poder, torna-se indispensável na análise de práticas e discursos que permeiam nossas formas de fazer saúde. Compreender, também, as limitações do SUS, não somente enquanto dificuldades na implementação ou reflexão do seu exercício no país, mas, também, como um sistema adaptado a necessidades da cultura e organização social brasileira hegemônica ocidental, é refletir sobre equidade. Fagundes e Farias¹⁹ contribuem para essa reflexão com a concepção de dispositivos etnocêntricos, considerados aqueles onde se trata como universal aquilo que é inerente ou particular a uma cultura específica.

O que acontece na ponta não se afasta em grande escala das dificuldades políticas e de gestão da saúde Indígena. Durante esse ano de projeto, nos debruçamos exaustivamente sobre a tentativa de elucidar essa confusa rede de atendimento, que envolve novos atores desconhecidos pela rede de atenção à população geral, e velhos protagonistas, que têm o desafio de ressignificar seus papéis dentro dessa nova organização que é o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS. Falta de recursos humanos capacitados para a ação interétnica, de reconhecimento da maleabilidade territorial indígena e de características antropológicas pertinentes a cada etnia, figuram grandes barreiras no acesso e no entendimento dessas populações.

Em Porto Alegre, são atendidas três diferentes etnias: Mbyá Guarani, Charrua e Kaingang. Estão presentes compondo esse atendimento: Equipe técnica de saúde indígena da Secretaria de Saúde Municipal; SESA; uma Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), no atendimento a três aldeias, duas Kaingang e uma Charrua, volante e incompleta, formada por uma médica do programa Mais Médicos, técnica de enfermagem e enfermeira; Estratégias de Saúde da Família, referenciadas com base no território; e correspondentes gerências distritais de Saúde responsáveis. A característica de se tratar de povos que estão em meio ao crescimento urbano de uma capital também atravessa as ações propostas e a organização do atendimento realizado pelas equipes. A invisibilidade da questão

da saúde indígena durante anos fez com que, durante o tempo de implementação do SUS, os serviços incorporassem uma forma de funcionar e atender que, muitas vezes, não contempla as especificidades e as exigências do princípio de equidade como é necessária na situação indígena. A exposição dessas populações à sociedade geral usuária do SUS aumenta hostilidades, na medida em que esses usuários compreendem o atendimento diferenciado sob uma *lógica de privilégios*²⁰. Essa compreensão perpassa, também, os servidores, alguns atendimentos e o controle social.

Dentro da complexidade exposta, pode-se dizer que o modelo de assistência ao indígena municipal ainda mascara desigualdades, a partir de uma normalização inclusiva, na qual adaptar o atendimento dessa população às necessidades e entroncamentos do SUS ainda parece a melhor saída²⁰. Nesse sentido, a interculturalidade volta a aparecer como peça-chave para nossa compreensão e transformação no fazer saúde na interetnicidade. Diehl e Pellegrini²¹ apontam que tanto o formato dos serviços como a formação dos profissionais da saúde não indígenas, não contemplam a perspectiva do diálogo interétnico. Mesmo a PNASPI referencia a necessidade de capacitação para os Agentes Indígenas de Saúde (AIS), mas não enfatiza o mesmo para trabalhadores não indígenas, apontando os últimos como: "... instrutores/ supervisores, devidamente capacitados"¹⁸(p.15).

Então, vivemos as consequências: a tendência normalizadora e homogeneizante anteriormente já referenciada, o não-reconhecimento da legitimidade dos saberes em saúde tradicional pertinentes a cada etnia, a verticalização das práticas e do ensino em saúde sob pressupostos brancos e ocidentais – assim, poderíamos seguir pontuando mais alguns parágrafos de efeito cascata.

Em nosso município, existem poucas ações desenvolvidas no sentido da preservação da cultura e da medicina tradicional dos povos indígenas. Existem espaços organizados, como o "Encontro dos Cujás" (Etnia Kaingang), mas este não ocorre horizontalmente às práticas de saúde formais previstas pelas políticas. Atualmente, não encontramos projetos direcionados à visibilização e à sensibilização de serviços e profissionais em relação à valorização e à utilização do recurso tradicional étnico dentro da cosmologia da atenção à saúde no município.

Um novo perfil, uma nova prática – a construção de um conhecimento pertinente em saúde

A concepção ampliada de saúde discutida por meio do SUS nas últimas décadas tem encontrado espaços por intermédio das novas DCNs e nos currículos disciplinares das universidades. Entretanto, a leitura desse conceito que a academia vem trabalhando em suas disciplinas ainda se mantém afastada das necessidades de uma formação para a atuação que considere o conjunto cultural e a organização social particulares de cada comunidade, em suas práticas e saberes de cuidado. O diálogo intercultural referido, por exemplo, ainda não está contemplado pelas novas diretrizes curriculares²⁰. A experiência vivida por meio do PET-Redes, portanto, remonta-nos à necessidade da diversificação dos cenários da aprendizagem para que possamos problematizar a complexidade vivida pela população brasileira.

Encontrar, nos povos indígenas, questionamentos e perspectivas nunca enfrentados ao longo de nossa formação, nem dentro, e, por vezes, nem fora dos muros da universidade, fala-nos da dimensão dos desafios que o princípio da equidade nos aponta logo à frente. Compreender que o ensino disciplinar fragmenta mais do que a produção de conhecimento, mas a realidade na qual atuamos e a cosmológica particular dos sujeitos e comunidade que iremos atender, faz aspectos, como a interculturalidade, interrogarem a integralidade do modo com que o modelo biomédico tem produzido saúde através dos tempos¹⁹. Essa perspectiva tem demonstrado muitas das dificuldades vividas pelos profissionais nos serviços para transporem novas posições para prestarem atendimento às especificidades, ou legitimarem práticas que não aquelas que o ensino formal produziu e segue produzindo.

O entendimento da autonomia universitária tem exorbitado de seus limites diante da natureza pública ou de responsabilidade social da educação das novas gerações profissionais do país.

A universidade não pode ser independente da regulação e direção política do Estado, e é papel dos governos, particularmente do governo federal, desenvolver políticas que induzem

explicitamente as universidades ao cumprimento de seu papel social. A universidade exerce um mandato público, socialmente outorgado, e não uma soberania acadêmica como se a formação profissional superior, a produção de conhecimento, a produção científica e tecnológica ou a promoção da informação, da arte e da cultura pudessem ser independentes dos interesses da sociedade ou da sua relevância pública.²² (p. 1402-1403)

Como já afirmou Morin³ na ecologia da ação, vivemos em um mundo que é mais do que a soma das partes; a multiplicidade pode transformar o que sabemos hoje em muito mais do que poderemos compreender amanhã. Assumir a saúde como um compromisso político e de transformação social, é assumir, também, o compromisso em pensar novos caminhos para a construção de um conhecimento pertinente. Um conhecimento contextualizado, possuidor de responsabilidade política com a transformação social; pertinente à nossa profissão, à nossa sociedade, aos diferentes povos aos quais nos propomos atender.

Nossa sociedade tem buscado, por meio de políticas de ações afirmativas, reconhecer dívidas históricas e dar visibilidade aos povos indígenas. Entretanto, reconhecer que precisamos repensar nosso modelo de atenção em saúde para poder atender esses povos é pensar que precisamos repensar, mais uma vez, o nosso modelo de educação em saúde. A educação em saúde indígena, portanto, mostra-se como um desafio por não percorrer um caminho único, já conhecido²⁰. A integralidade da cosmologia de sua compreensão de saúde, a necessidade de se ir além do modelo já estabelecido e confiado. Transformar novamente nossas verdades rumo a um novo conhecimento pertinente.

Colaboradores

Mariane Radke responsabilizou-se pela redação e elaboração; Maria Rita M. Cuervo, pela revisão e orientação, e Elaine Riegel, pela colaboração.

Referências

1. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Coordenadoria de Controle de Doenças, Centro de Vigilância Sanitária. Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde. São Paulo: Centro de Vigilância Sanitária; 2014 [acesso 25 dez 2014]. Disponível em: http://www.cvs.saude.sp.gov.br/prog_det.asp?te_codigo=22&pr_codigo=2
2. Siqueira-Batista R, Gomes AP, Albuquerque VS, Cavalcanti FO, Cotta RM. Educação e competências para o SUS: é possível pensar alternativas à(s) lógica(s) do capitalismo tardio? Ciênc Saúde Coletiva. 2013;18(1):159-70. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100017>
3. Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. Bol SEMTEC – MEC, 2000 [acesso 10 de maio de 2015];1(4). Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/EdgarMorin.pdf>

4. Thiesen FV, Corbellini VL, Gustavo AS. Os programas nacionais de reorientação da formação em saúde: Pró-Saúde, PET-Saúde e PREMUS. In: Corbellini VR, Thiesen FV, Ojeda BS, Gustavo AS, Creutzberg M, Santos BR, organizadores. Atenção Primária em Saúde: vivências interdisciplinares na formação profissional PUCRS. Brasília, DF: ABEn; 2011. p. 49-60.
5. Duarte ML, Campos LM, Monteiro LR, Oliveira MC. A implantação de um Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva no Município de Uruguaiana/RS. Contexto Saúde. 2012;12(22):9-14.
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Diário Oficial União. 27 ago 2008;Seção 1:27.
7. Freitas PH, Colomé JS, Carpes AD, Backes DS, Beck CL. Repercussões do pet-saúde na formação de estudantes da área da saúde. Esc Anna Nery. 2013;17(3):496-504. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000300013>
8. Santos BR, Bellini MI, Pizzinato A, Ojeda BS. Integralidade, interdisciplinariedade e intersetorialidade: o tripé orientador da integração ensino serviço em saúde. In: Corbellini VR, Thiesen FV, Ojeda BS, Gustavo AS, Creutzberg M, Santos BR. Atenção Primária em Saúde: vivências interdisciplinares na formação profissional PUCRS. Brasília, DF: ABEn; 2011. p. 61-72.
9. Ferreira VS, Barreto RL, Oliveira EK, Ferreira PR, Santos LP, Marques VE et al. PET-Saúde: uma experiência prática de integração ensino-serviço-comunidade. Rev Bras Educ Med. 2012;36(1 supl 2):147-51. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000300021>
10. Creutzenberg M, Lopes MH, Dockhorn D. As diretrizes curriculares na área da saúde. In: Corbellini VR, Thiesen FV, Ojeda BS, Gustavo AS, Creutzberg M, Santos BR, organizadores. Atenção Primária em Saúde: vivências interdisciplinares na formação profissional PUCRS. Brasília, DF: ABEn; 2011. p. 39-49.
11. Ministério da Saúde (BR); Ministério da Educação (BR). A aderência dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
12. Germani AC, Oliver FC, Rocha EF, Carvalho YM, Peduzzi M, Sangaleti C. Aprender a trabalhar juntos: desafios no ensino da prática interprofissional e colaborativa [Internet]. 2013 [acesso 10 maio 2014]. Disponível em: http://www.convibra.org/upload/paper/2013/59/2013_59_6391.pdf
13. Haddad AE, Brenelli SL, Cury GC, Puccini RF, Martins MA, Ferreira JR et al. Pró-Saúde e PET-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em Saúde. Rev Bras Educ Med. 2012;36(1 supl 1):3-4. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000200001>
14. World Health Organization, Human Resources for Health, Health Professions Networks. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: World Health Organization; 2010.
15. Ministério da Saúde (BR). Portaria Interministerial nº 14, de 8 de maio de 2013. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde/ Redes de Atenção à Saúde – PET-Redes. Diário Oficial União. http://www.sbsf.org.br/portal/pdf/forum_348.pdf
16. 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 AL, organizadores. Saúde indígena: uma introdução ao tema. Brasília, DF: Unesco; 2012. p. 18-58.
17. Coloma CA. A interculturalidade na atenção à saúde dos povos indígenas. Povos Indígenas e Psicologia. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; 2010.

18. Ministério da Saúde (BR), Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de atenção à saúde dos povos indígenas. 2a ed. Brasília, DF: Funasa; 2002.
19. Fagundes LF, Farias JM. Abertura para o outro: o fundamento para o entendimento. In: Fagundes LF, Farias JM, organizadores. Objetos sujeitos: a arte Kaingang como a materialização de relações. Porto Alegre: Deriva; 2011. p. 3-9.
20. Cardoso MD. Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual. Cad Saúde Pública. 2014;30(4):860-6. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00027814>
21. Diehl EE, Pellegrini MA. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para a atuação em contextos interculturais. Cad Saúde Pública. 2014;30(4):867-74. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00030014>
22. Ceccim RB, Feuerwerker LC. Mudanças na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad Saúde Pública. 2004;20(5):1400-10. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500036>

Trata-se de trabalho realizado a partir de pesquisa bibliográfica e fundamentação crítica da vivência e reflexão de uma estudante de psicologia, bolsista do programa PET-Saúde/Redes, sobre o primeiro ano do projeto PET-Saúde/Redes de Atenção à Saúde Indígena da Universidade Católica do Rio Grande do Sul/UCRS, na cidade de Porto Alegre. Possui, como ponto de partida, a elucidação sobre a construção das portarias e políticas que deram origem ao projeto, trazendo considerações sobre sua intervenção na atenção à saúde dos povos indígenas presentes no município. A atuação no projeto centralizou-se no esforço de realizar um mapeamento situacional da rede de atenção que atende esses povos no município, bem como identificar seus desafios, potencialidades e entrecruzamentos fundados entre a política indigenista e o Sistema Único de Saúde (SUS). O relato inclui: a utilização de formulações ministeriais, o levantamento de autores contemporâneos que têm debatido a temática, e as contribuições embasadas na análise situacional encontrada no município.

Palavras-chave: Saúde de populações indígenas. Saúde pública. Atenção à saúde. Educação em saúde.

PET-Health/Networks for indigenous people: beyond the university, a reflection on knowledge and health practices

This paper is based on bibliographical research and critical corroboration about the experiences and reflections of a student and her preceptor during the first year of the PET-Health/Networks for indigenous people, sponsored by the Catholic University of Rio Grande do Sul (UCRS), Porto Alegre, Brazil. We clarify the laws and politics that started the project, and reach conclusions about the implementation of the public healthcare network for indigenous people living in Porto Alegre. During the first year, efforts were focused on mapping the health care network for this population and identifying the challenges, possibilities, and interactions between indigenous policies and public healthcare. This account includes authors who debate this subject and contributions from their points of view, based on what was found about these reflections in the city of Porto Alegre.

Keywords: Health of indigenous peoples. Public health. Health care. Health in education.

PET-Salud/Redes para los pueblos indígenas: más allá de los muros de la universidad, una reflexión sobre los saberes y las prácticas en salud

Ese es un estudio de investigación bibliográfica y fundamentación crítica de vivencias y reflexión de una estudiante de psicología, becaria del programa PET-Salud/Redes, sobre el primer año del proyecto PET-Salud/Redes de Atención de la Salud Indígena de la Universidad Católica de Rio Grande do Sul (UCRS). Posee como punto de partida la elucidación sobre la construcción de las resoluciones y políticas que originaron el proyecto, trayendo consideraciones sobre su intervención en la atención a la salud de los indígenas presentes en el municipio de Porto Alegre. La actuación del proyecto enfocó sus esfuerzos en realizar un mapeo situacional de la red de atención que atiende a los pueblos del municipio, identificando sus desafíos, potencialidades y entrecruzamientos fundados entre la política indigenista y el Sistema Único de Salud Brasileño (SUS). El relato incluye la utilización de formulaciones ministeriales, la pesquisa de autores contemporáneos que han debatido la temática y las contribuciones basadas en el análisis situacional encontrado en el municipio sobre dichas reflexiones.

Palabras clave: Salud de poblaciones indígenas. Salud pública. Atención a la salud. Educación en salud.

Recebido em 26/12/14. Aprovado em 11/03/15.

