

A formação interprofissional na saúde indígena: a experiência do projeto “Huka Katu” – a FORP-USP no Xingu

Wilson Mestriner Junior*; Ana Elisa Rodrigues Alves Ribeiro**; Soraya Fernandes Mestriner***; Igor Henrique Teixeira Fumagalli****; Luana Pinho de Mesquita Lago***

- * Professor Titular, Departamento de Estomatologia, Saúde Coletiva e Odontologia Legal, Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo
- ** Professora Mestra, doutoranda em Promoção de Saúde, curso de Odontologia da Universidade de Franca
- *** Professora Doutora, Departamento de Estomatologia, Saúde Coletiva e Odontologia Legal, Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo
- **** Mestrando em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo

Recebido: 29/06/2021. Aprovado: 23/08/2021.

RESUMO

Para o alcance dos princípios do Sistema Único de Saúde é necessária a formação de profissionais de saúde integrados à rede de saúde e que reconheçam a necessidade das diferentes realidades brasileiras, como a atenção aos povos indígenas. O objetivo é apresentar um relato de experiência para a reorientação do modelo formador priorizando a integração ensino-serviço-comunidade e a contribuição da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a efetivação das Políticas Públicas de Educação e Saúde, explorando sua interface com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e a Política Nacional de Saúde Bucal. As ações formativas propostas no Projeto “Huka Katu” envolvem a reorientação do modelo formador e assistencial junto à comunidade. As etapas preparatória e operacional são desenvolvidas nas disciplinas optativas livres - Atenção à Saúde Bucal em Populações Indígenas I e II. No período da pandemia da COVID-19, a disciplina I tem se desenvolvido em ambiente virtual com uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem e abordagem do cuidado intercultural. A disciplina II é desenvolvida no contexto da atenção primária nas aldeias do Parque Indígena do Xingu, com ênfase na integralidade da atenção em saúde e aprendizagem pela vivência do trabalho em saúde indígena, junto a equipes multiprofissionais. O Projeto tem contribuído na formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe colaborativo, com egressos envolvidos diretamente na assistência ou na gestão de saúde no subsistema de saúde indígena.

Descritores: Saúde de Populações Indígenas. Educação Interprofissional. Saúde Bucal. Competência Cultural.

1 INTRODUÇÃO

A saúde de uma população, nítida expressão das suas condições concretas de existência, é resultante entre outros aspectos, da forma como é estabelecida a relação entre o Estado e a Sociedade. A Constituição de 1988¹, ou a Constituição Cidadã, reconhece a saúde como direito de todos. A ação do Estado no sentido de proporcionar qualidade de vida aos cidadãos é feita por intermédio das políticas públicas de proteção social, como as de saúde e educação.

O processo de construção destas políticas é dinâmico e está sujeito às forças de mudança. Apoiados em fatos históricos, é evidente que o sistema de saúde brasileiro vem sendo construído através do embate político, ideológico e tecnológico entre os diversos atores sociais, tendo como pano de fundo as demandas macroeconômicas e os sistemas de valores hegemônicos em cada período de tempo².

É indiscutível que a conformação de promoção e assistência à saúde indígena é alvo de ataques e retrocessos de direitos duramente conquistados, e para que se obtenha a efetividade e equidade indicada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é urgente a incorporação de uma forte orientação humanitária na formação dos profissionais de saúde². É neste sentido que urge ampliar o olhar da reforma sanitária aos territórios indígenas, incluindo a formação de profissionais da área de saúde bucal, envolvidos para esses fins.

Para melhor compreensão da inter-relação saúde e território, e o papel do Estado na prevenção de iniquidades em saúde, incluindo a violência e o alcoolismo, é preciso enfatizar a ‘territorialidade’ destes povos, que envolve tanto a disputa por suas terras, assim como o impedimento de manifestar livremente seus pressupostos culturais³.

A Constituição de 1988¹ reconhece aos índios, independentemente do seu grau de contato com os nacionais, o direito de se desenvolverem como grupos etnicamente diferenciados, impondo

à União a obrigação de concluir os procedimentos demarcatórios das terras identificadas e agir na manutenção de sua integridade. É capital destacar que o que se discutia no final do século passado era o fim de um modelo protecionista de Tutela que se tornou extremamente inadequado e injusto, na medida em que não cumpria o seu papel jurídico de proteção aos interesses e direitos do tutelado e que ignorava sua vontade e capacidade de autogerir-se enquanto deveria tão somente prestar-lhe assistência.

Contudo, não está o Estado liberado de cumprir seu dever social para com todos e em específico para com estes povos^{1,2}. Este reconhecimento e respeito às organizações socioculturais dos povos indígenas assegurou-lhes a capacidade civil plena, não mais de tutela, também legislando e tratando sobre suas questões de saúde em consonância com os princípios e diretrizes fundamentais de descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social.

Além da garantia de acesso à saúde aos povos indígenas, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI)⁴⁻¹³ contempla: “a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura”.

Foram necessárias diversas e complexas conformações para que esses grupos populacionais tivessem o acesso ao sistema de saúde brasileiro, composto por equipes de saúde multiprofissional, território definido, uma estrutura orçamentária específica dos recursos desse setor e diversas políticas que visam contribuir para a luta dessas populações contra o preconceito, a exploração e as disputas territoriais.

A Secretaria Especial de Saúde Indígena,

responsável pela atual coordenação da PNASPI, foi implementada tardiamente, após inúmeros contratempos, com base em um modelo de responsabilidade sanitária e gestão. Alinhada com as diretrizes do SUS, mas também às necessidades dos povos originários, suas características especiais visam um modelo descentralizado, e a articulação entre estados, municípios e organizações não governamentais nas ações de atenção à saúde indígena para promover o fortalecimento do Controle Social dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) do Brasil.

Mesmo diante dos avanços obtidos a partir da PNASPI⁴, sobressaem os desafios para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora do cuidado, principalmente no que diz respeito à construção de vínculo das equipes com a população, o que evidencia lacunas na formação dos profissionais para o trabalho em saúde indígena⁵.

Destarte, para que a Reforma Sanitária se efetive e consolide o subsistema de atenção especial, em função das especificidades culturais multiétnicas, presente na PNASPI⁴, esses povos necessitam de abordagens diferenciadas em saúde, e também são necessários investimentos na formação de profissionais de saúde que compreendam o contexto sociocultural e a atenção intercultural com valorização de saberes tradicionais no processo saúde-doença-cuidado.

Em complemento a estes direitos, está prevista na Política Nacional de Saúde Bucal⁶ o acesso à saúde bucal a populações mais vulneráveis por meio do incentivo a cuidados com respaldo financeiro do Estado, para a reorientação do modelo formador e assistencial. Com esta orientação, a Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FORP-USP) vem desenvolvendo as atividades do Projeto “Huka Katu” e ampliando seu compromisso e papel social⁷.

Diante do exposto, o presente artigo tem por

objetivo apresentar um relato de experiência para a reorientação do modelo formador priorizando a integração ensino-serviço-comunidade e a contribuição da FORP-USP Preto para a efetivação das Políticas Públicas de Educação e Saúde, explorando sua interface com a PNASPI e a Política Nacional de Saúde Bucal.

2 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Do Contexto

Em 1957, o etnólogo Darcy Ribeiro publicou um cálculo da população indígena de então, que ele próprio elaborou com base na documentação disponível no Serviço de Proteção aos Índios. Como na época nem sempre era fácil averiguar se um dado etnônimo correspondia a uma sociedade ou a uma subunidade de outra maior, preferiu aplicar-lhes a expressão neutra “grupo tribal”⁸. Também devido à falta de informações a respeito da grande parte dos grupos tribais, estimou-se para cada um deles uma população mínima e outra máxima. A soma de todas as mínimas foi 68,1 mil indivíduos e a máxima, de 99,7 mil. A verdadeira população indígena do Brasil deveria estar entre estes dois números. Alertava, ainda, para a diminuição da população indígena, que se distribuía por 230 grupos tribais em 1900 e havia-se reduzido a 143 em 1957⁸.

Atualmente os números são bem diferentes daqueles divulgados por Darcy Ribeiro há sessenta e quatro anos. Tanto a população quanto o número de grupos indígenas cresceram. E vários são os motivos que conduziram a esse novo quadro, uma vez que alguns grupos não estavam extintos, grupos que eram desconhecidos no tempo de seu levantamento entraram em contato com a sociedade brasileira; novas rodovias; linhas aéreas, expansão da telefonia; a rede mundial de computadores permitiu levar aos indígenas, com mais assiduidade o atendimento a saúde e também, no sentido inverso, permitiram que saíssem

mais rapidamente em busca do consumo⁹.

Um outro fator importante que contribuiu para o aumento tanto da população como do número de etnias é a recente reivindicação da identidade indígena por parte de grupos que haviam abandonado ou que escamoteavam por serem perseguidos por aqueles que desejavam ou ocupavam suas terras.

O Censo de 2010 apontou que cerca de 817 mil indígenas vivem no território nacional¹⁰. Desse total, mais de 500 mil viviam em zonas rurais, afastada das grandes cidades, enquanto o restante habitava as cidades. Esse número é subdividido em mais de 300 etnias que, juntas, são responsáveis pela prática de mais de 200 idiomas diferentes. Entre as maiores etnias, podemos citar os Tikúna, Guarani-Kaiowá e os Kaingang.

Apesar dessas diferenças em termos de quantidade, o número de indígenas no Brasil aumentou consideravelmente nos últimos anos. Em 1991, o total era de 214 mil habitantes, ou seja, um aumento de 205% entre esse ano e os dias atuais. Mesmo assim, eles representam apenas 0,5% da população brasileira¹¹.

Compondo este contexto, o Parque Indígena do Xingu (PIX), localizado praticamente no centro geográfico brasileiro, reúne 16 povos e é um símbolo da sociodiversidade brasileira. Com seu território e população ameaçados pela frente colonizadora do país, a criação do Parque, em 1961, foi resultado de uma mobilização de personalidades brasileiras, com os irmãos Villas Bôas à frente e o próprio Darcy Ribeiro na delimitação do espaço reservado para os povos indígenas.

Atualmente, os indígenas também estão presentes no contexto urbano, frequentando as cidades do entorno do PIX. A maioria dos 16 povos que nele habitam recuperou o patamar populacional de antes do contato, superando as sequelas das epidemias e o fantasma da extinção, assim, envolvidos pelo mundo globalizado que os

cerca, os indígenas xinguanos têm se apropriado dos novos instrumentos de fortalecimento da sua identidade étnica e cultural.

A estimativa das etnias e composição demográfica presente no PIX aponta uma população total de 5529 indígena, assim distribuída: Aweti (195), Ikpeng (495), Kalapalo (385), Kamaiura (467), Kawaiwete - Kaiabi (1193), Kisedje - Suiá (330), Kuikuro (522), Matipu (149), Mehinako (254), Nafukua (126), Naruvotu (69), Tapayuna (60), Trumai (97), Waurá (409), Yawalapiti (156), Yudia-Juruna (348)¹¹.

Reorientação do Modelo Formador na FORP-USP

Com o lançamento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)¹², em 2004, elaborada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, orientou-se a formação de profissionais de saúde no cotidiano dos serviços de saúde, com processos de educação a partir da problematização do processo de trabalho, reflexão e aprendizagem significativa.

Nesse sentido, a FORP-USP desde 2004 orientou seu Projeto Pedagógico⁷ e as atividades a serem desenvolvidas junto aos estudantes de graduação com vistas à qualificação da formação para promoção de saúde, prevenção, e reabilitação, com profissionais que respondam às necessidades da população brasileira. Ainda no que se refere ao Ensino da Graduação, a FORP-USP tem se envolvido com as políticas públicas voltadas para a formação de profissionais de saúde no país, particularmente ao participar dos Programas Pró-Saúde e PET-Saúde dos Ministérios da Educação e Saúde, os quais visam estimular a aproximação das instituições de ensino aos serviços de saúde do SUS, promovendo a formação de profissionais capazes de enfrentar a realidade social da sociedade brasileira e dos serviços de saúde pública, bem como promover a qualificação daqueles que já atuam nesses serviços.

Sendo assim, desde a primeira edição do edital do Pró-saúde, a Unidade promoveu a inserção dos estudantes na rede básica de saúde de forma mais precoce, com complexidade crescente, por meio de disciplinas da área de Saúde Coletiva em conjunto com os vários cursos da Área de Saúde do *Campus* de Ribeirão Preto; diversificou os cenários de práticas, abrangendo as unidades de Saúde da Família, Equipamentos Sociais, Unidades ambulatoriais de saúde secundárias e de urgência e emergência pré-hospitalar, e também o contexto indígena⁷.

Contando com o Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu (DSEI-Xingu), em parceria com a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), como direcionador de dispositivos e intervenções que respondam às necessidades presentes nesses cenários e contribuam para reorientação do modelo assistencial, o modelo formador da FORP-USP se fundamenta na construção do conhecimento e aquisição de competências, habilidades e atitudes que acompanhem a diversidade social dos territórios indígenas e na construção de um novo modelo de atenção em saúde bucal.

É com este entendimento que o projeto “Huka Katu” (Sorriso Lindo em Tupi-guarani) vem desenvolvendo suas atividades acadêmicas e assistências inserindo os estudantes em cenário de práticas (aldeias do PIX) de forma a contemplar a integralidade na assistência de acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB)¹³ e a Política Nacional de Saúde Bucal⁶. Em consonância com a proposta de formação para o contexto intercultural, presente nas premissas da PNASPI⁴, busca estimular o trabalho colaborativo em equipe interprofissional para atendimento à população deste DSEI.

As atividades se desenvolvem tanto nas aldeias quanto em Polos de saúde, reconhecidos por Polos-base (Leonardo, Pavuru, Diauarun e Wawi), estes espaços são o equivalentes às

Unidades Básicas de Saúde na Estratégia de Saúde da Família (ESF) que contam com maior densidade tecnológica e atuação de Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (EMSI), composta principalmente por Médico, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem, Dentista, Agentes Indígenas de Saúde (AIS), interligados a um município de referência.

As ações de saúde bucal são desenvolvidas nas aldeias e estão suportadas na integralidade da atenção com ações de promoção de saúde, na prevenção dos agravos, e recuperação da saúde, sendo a prática clínica apoiada na estratégia de controle das atividades das doenças bucais contando com o recurso do Tratamento Restaurador Atraumático (TRA), o tratamento cirúrgico restaurador e a reabilitação protética.

Formação para a Prática Colaborativa

O trabalho multiprofissional pode se caracterizar como diferentes profissionais de saúde que trabalham juntos, lado a lado¹⁴. Mas trabalhar no mesmo ambiente e estar junto em uma atividade ou ação não significa que iremos alcançar o cuidado integral à população. Para muitas profissões, incluindo a odontologia, a integração do trabalho na APS pode significar a ruptura do isolamento profissional e o caminho para a produção de novas relações com a equipe, transformando-o em um profissional mais atuante no campo da saúde e que possa extrapolar o trabalho em equipe multiprofissional, para uma perspectiva de interprofissionalidade, na qual, nesse caso, a população indígena seja o centro do cuidado, ponto central para a efetivação de trocas e do trabalho colaborativo.

Nos encontros interprofissionais, cada profissional de saúde traz consigo suas possibilidades e limites frente ao cuidado ao usuário e na troca de um com o outro é que aprende com o outro, com a diferença, e na saúde indígena com a interculturalidade. Para o trabalho no SUS e

inclui-se aqui o Subsistema de Saúde Indígena, se coloca a necessidade de atenção à saúde centrada nas pessoas e por isso também um modelo de formação de profissionais de saúde que possa ser integrada e em equipes.

Para tanto, a Educação Interprofissional em Saúde (EIP) vem sendo estimulada no Brasil por organizações internacionais¹⁵ e regionais¹⁶ visando a qualidade da atenção à saúde e “ocorre quando duas ou mais profissões aprendem entre si, com e sobre as outras, para melhorar a colaboração e a qualidade dos cuidados”¹⁷.

Assim, a EIP tem sido incorporada nas políticas de educação na saúde no Brasil enquanto um dispositivo para reorientação da formação de profissionais de saúde no SUS, com objetivo de integração e aprendizagem entre profissionais de diferentes áreas e troca de saberes para o cuidado colaborativo e centrado na pessoa, de forma a qualificar os serviços prestados à população¹². E permite que os estudantes vivenciem ferramentas como a clínica ampliada e o trabalho em equipe multiprofissional, e rearranjos integrados e interdependentes considerados interprofissionais¹⁸. Esta pode favorecer a superação das fragilidades enfrentadas quanto à interculturalidade na equipe indígena de saúde, junto aos AIS e profissionais de saúde tradicionais destes povos.

Nessa perspectiva de formação integrada, destacam-se as práticas colaborativas, ou seja, momentos em que vários profissionais de saúde de diferentes formações profissionais trabalham em conjunto com comunidades com foco na qualidade da atenção¹⁵, melhorando as respostas a essas necessidades¹⁴.

Logo, na perspectiva de fortalecer a atenção diferenciada aos povos indígenas, alcançando os princípios do SUS, são necessários investimentos em um modelo de formação inicial indutor da integração ensino-serviço nos DSEI, com vivências no subsistema de saúde indígena, junto às EMSI, como no Projeto “Huka Katu”.

A dissociação histórica entre a formação dos profissionais de saúde, dentre eles o cirurgião-dentista, e a realidade brasileira com suas necessidades, provocou desigualdades em saúde incluindo o campo da saúde bucal indígena com seus determinantes sociais relacionados às especificidades étnicas e vulnerabilidades. É com esta perspectiva problematizadora que desenvolvemos o projeto. Nele, tem-se como premissa que, a educação é um instrumento de transformação social, desenvolvida não só através da educação formal, mas também por toda experiência que propicie a reflexão, a reformulação de hábitos e a aceitação de novos valores.

As competências e habilidades construídas no Projeto “Huka Katu” consideram a experiência intercultural enquanto saber de experiência¹⁹, algo que passa pelos estudantes, que lhes acontece, e acomete de forma significativa e provoca transformação, uma vez que a experiência vivida no cuidar em saúde indígena é o cerne da formação. E a experiência poderá guiar a prática desses futuros profissionais, principalmente quanto aos atributos necessários ao trabalho em equipe colaborativo, uma vez que a cultura indígena favorece aspectos como o diálogo, o cuidado centrado na comunidade e a negociação de conflitos.

É importante que o processo educativo contemple uma práxis e passe a ser pensado como um processo social, cultural e individual e para que provoquem mudanças comportamentais nesta direção, é necessário criar ou mudar percepções, utilizar forças motivadoras e tomada de decisões para agir. Credita-se a este processo a possibilidade da aquisição de conhecimentos (saber técnico e tecnológico que pode operar ações), habilidades (que levam ao saber fazer), valores (crenças) e atitudes (avaliações positivas ou negativas, sentimentos e técnicas) por meio da socialização.

Esta educação para o desenvolvimento humano, pleno e integral, proposta do projeto

Huka-Katu, tem por base os Quatro Pilares organizadores da Educação²⁰, sendo o primeiro deles o Aprender a Conhecer, com ênfase nos instrumentos que possibilitem aos estudantes compreender o mundo que os rodeia para o desenvolvimento das suas capacidades profissionais, despertando a curiosidade intelectual, o sentido crítico e a compreensão do real, adquirindo autonomia e discernimento por meio do encadeamento dedutivo e indutivo.

A reflexão acerca das questões culturais que permeiam a saúde indígena, muitas vezes de cosmovisão diversa àquela do estudante em formação, requerem este caminho de compreensão de mundo²¹, numa concepção freiriana de educação²². Esta possibilidade coloca em pauta a aceitação e respeito à diferença de modo que o encontro com o outro, ou com a diferença, pode ser “perturbador”²³ e também, permite o confronto consigo mesmo ao adentrar um etno-espço e desafiar os próprios limites.

Entretanto, ainda como parte dos pilares da educação²⁰, não se basta colocar em contato e em comunicação com grupos diferentes, é preciso uma descoberta progressiva do outro, vivendo a diversidade, mas também pontos de convergência e interdependências de todos, e por conseguinte, construir objetivos comuns nesse processo: aprender a (con)viver.

Assim, a formação na e para a saúde bucal indígena no Projeto “Huka Katu” contempla necessidades do contexto em questão e se amplia para a diversidade presente em nosso país. Este movimento da alteridade, em uma visão antropológica e das ciências sociais, oferece possibilidades de existência individual por meio do contato com o outro: o aprender a ser; a descoberta de si mesmo em um processo contínuo na e para a formação em saúde²⁰.

Ao conhecer, o estudante coloca-se no movimento do fazer, de forma que este pilar de aprendizagem é a própria formação profissional

como cirurgião-dentista para a realidade que o cerca, neste caso a realidade indígena. No aprender a fazer²⁰, ou seja, colocar em prática os conhecimentos em formação e para futuro, tem-se foco em competências de qualificação, mas muito mais que estas, àquelas ligadas ao comportamento social, à aptidão para o trabalho em equipe, à capacidade de iniciativa e ao gosto pela exposição.

Produtos da Formação

Desde 2004, o projeto desenvolve atividades de ensino-aprendizagem que buscam ressignificar os processos de saúde-doença-cuidado na perspectiva da interculturalidade, desenvolvendo atividades interdisciplinares e transdisciplinares que estimulem o trabalho colaborativo interprofissional em comunidades indígenas do PIX.

Como principais resultados quantitativos diretos, para a formação, capacitação e atualização dos estudantes e profissionais, temos como produtos do Processo de Formação no Projeto “Huka Katu” da FORP-USP, de 2004 a 2012: 163 estudantes de graduação, 10 estudantes de pós-graduação, 21 egressos envolvidos diretamente com o subsistema de saúde indígena, 58 indígenas participantes do curso, 10 docentes e 3 técnicos em prótese dentária.

Inicialmente desenvolveu-se um material didático-pedagógico disponibilizado por meio de uma plataforma digital (Cybertutor) em formato de dois cursos online. No período da pandemia da COVID-19, o projeto tem se desenvolvido no âmbito das disciplinas optativas livres da FORP-USP - Atenção à Saúde Bucal em Populações Indígenas I e II, sendo a disciplina I, constituída da fase preparatória, onde em 2021 participam 42 estudantes.

São utilizadas metodologias ativas de ensino-aprendizagem, e em ambiente virtual, alocada na plataforma Moodle da USP (e-disciplinas). É dividida em dois módulos teóricos

com abordagem em sociologia, antropologia, saúde coletiva, políticas públicas e vigilância em saúde, em que são trabalhadas as Política Nacional da Atenção Básica¹³, Política Nacional de Saúde Bucal⁶ e Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas⁴.

O conteúdo da disciplina I conta com 7 tópicos: Histórico da Saúde Brasileira; Políticas Públicas de Saúde; Institucionalização da Saúde Indígena; Estrutura e Organização da Atenção à Saúde Bucal Indígena; A Saúde Bucal na Atenção Básica como Modelo à Saúde Indígena; Os Profissionais e a Saúde Bucal Indígena; Diretrizes Gerais do Projeto “Huka-Katu”. Na fase preparatória, a avaliação dos estudantes é processual por meio da análise das produções periódicas (narrativas crítico-reflexivas, poemas, etc.) postadas na plataforma e-disciplinas da USP.

A disciplina II constitui a fase operacional, em que ocorre a imersão dos estudantes no território do PIX junto a equipe de profissionais de área (AIS, médicos e enfermeiros do DSEI-Xingu) e da FORP-USP composta por graduandos, pós-graduandos, docentes. São desenvolvidas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, nas 140 aldeias, para uma população de aproximadamente sete mil índios nas regiões do alto, médio e baixo Xingu. Na fase operacional, utiliza-se o diário de campo como ferramenta de avaliação dos estudantes, que descrevem em relatos crítico-reflexivos a experiência vivida, e que são compartilhados com os demais integrantes em rodas de conversa. Para a avaliação do projeto, é elaborado um relatório que contempla as atividades de planejamento, gestão, produção técnica e assistencial de cada entrada, com análise de indicadores de saúde bucal em série histórica.

O fazer, dentro das especificidades sanitárias dos territórios indígenas, se apresenta de forma singular inclusive acerca dos trabalhadores de saúde envolvidos. Enfatizadas atualmente pela Organização Pan-americana de Saúde¹⁶, as

aprendizagens e práticas colaborativas apoiadas nas experiências de diferentes profissionais para uma melhor qualidade da assistência justificam o importante papel dos AIS que compõem as EMSI, uma vez que, esse profissional se torna um elo entre os saberes tradicionais e biomédicos, e conta com o apoio de lideranças e representantes dos Conselhos Locais e Distritais da Saúde Indígena²⁴.

A formação e a capacitação de indígenas como AIS está presente na PNASPI⁴ como uma estratégia que favorece o empoderamento destes povos na apropriação de saberes da medicina ocidental, a fim de somarem-se às suas práticas culturais tradicionais. Este processo de formação é direcionado para a construção de competências e habilidades que facilitem o prosseguimento da profissionalização nos níveis médio (técnico) e superior (tecnológico)⁴.

Em 2007, os estudantes e egressos do Projeto “Huka Katu” participaram na organização e desenvolvimento in loco do Módulo de Saúde Bucal de um Curso de formação de AIS, com carga horária de 140h, sendo 50h de dispersão e 90h de concentração, realizada no Polo Base Wawi, em que foram formados 58 AIS de 27 aldeias do DSEI-Xingu. O Módulo de Saúde Bucal e Vigilância Nutricional²⁵ tinha como objetivo capacitar os AIS para atuarem na vigilância à saúde em suas comunidades, identificando os problemas de saúde, especificamente os relacionados à saúde bucal, vigilância nutricional e segurança alimentar. Desenvolvida de forma continuada, articulada pela UNIFESP, FORP-USP e DSEI-Xingu, a capacitação em saúde bucal aconteceu em módulos que serão descritos abaixo.

Como parte integrante do projeto “Huka-Katu” e estratégia fundamental para a aquisição de novas competências e habilidades por parte dos estudantes e para a construção de um novo modelo de atenção em saúde bucal no território do DSEI-Xingu, teve como princípios a aprendizagem significativa, a reflexividade e a problematização

como preconizado na PNEPS¹², considerando-se a realidade do território indígena, e a concepção de prática sanitária baseada no modelo da Vigilância em Saúde.

Inserido na área Curricular I - “Conhecendo a família indígena/Promovendo a troca de experiências”, o Módulo de Saúde bucal e Vigilância Nutricional foi dividido em eixos temáticos: Eixo 1 - Percebendo nossa realidade, acerca das tradições e cuidado intercultural; Eixo 2 - Entendendo o processo saúde-doença, com aspectos conceituais; Eixo 3 - Promovendo a saúde e intervindo no processo saúde-doença, com foco nas ações de promoção de saúde; Eixo 4 - Conhecendo e organizando os serviços de saúde com abordagem ao acompanhamento longitudinal²⁵.

Essa experiência se constituiu como experimentação dos princípios da educação problematizadora e de diretrizes da PNASPI⁴ como a formação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural com o fortalecimento do papel dos AIS. Os estudantes viveram a integração com profissionais indígenas e não indígenas em rodas de conversa com base no diálogo, reflexão, respeito às práticas tradicionais e planejamento estratégico situacional, considerando as singularidades de cada aldeia e polos-base, o que favoreceu aspectos como o desenvolvimento da autonomia e empoderamento da população e a aprendizagem acerca da promoção de saúde na perspectiva da vigilância em saúde²⁵.

Ainda, a experiência em comunidades indígenas, cenário de prática diferente daquele desenvolvido em espaços ambulatoriais, permite a compreensão das diversas realidades sociais brasileiras. A formação de profissionais integrados à rede ampliada de serviços do SUS, colaborou para a reorientação do modelo formador, favorecendo o desenvolvimento de habilidades e competências para o trabalho em saúde, permitindo a atuação de cerca 21 (vinte e um) egressos junto

ao subsistema de saúde indígena²⁶.

Especificamente, egressos trabalharam na assistência à saúde dos povos Guarani M’byá no município de São Paulo, regiões norte (Aldeia Jaraguá - Supervisão Técnica de Pirituba/Perus) e sul (Aldeia Tenondé Porã e Aldeia Krukutu - Supervisão Técnica de Parelheiros), em parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e Organizações Sociais de Saúde, e com a mesma etnia em aldeias no Estado do Rio Grande do Sul, no DSEI Litoral Sul. Outros como cirurgiões-dentistas contratados para atuação no PIX e na coordenação de saúde bucal no DSEI Xingu.

Nesse sentido, o projeto contribuiu diretamente para a interiorização do trabalho em saúde indígena, com atuação de egressos na assistência ou na gestão de saúde em oito dos 34 DSEI no país, e indiretamente, se fixando nas regiões centro-oeste e norte do país, de acordo com o preconizado pelo Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS)²⁷, que tem como objetivo propiciar a atenção à saúde em localidades que não contavam com profissionais de saúde bucal, além da escassez de recursos, para desenvolvimento da atenção básica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo como premissa o cuidado em saúde e compreendendo que este vai muito além da realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, o projeto “Huka Katu” foi capaz propor e efetivar um modelo de atenção em saúde bucal no DSEI-Xingu e assim estimular a educação permanente, alterar a condição de saúde bucal daquelas comunidades, construir relações e efetivar vínculos entre indígenas e estudantes, lideranças indígenas e professores. Independente das distâncias, o Projeto pôde aprimorar o uso de tecnologias de comunicação e recursos das redes sociais onde as trocas de saberes e o respeito à interculturalidade é alimentada.

O Projeto “Huka Katu” mostra-se alinhado

às políticas públicas e aos princípios da Educação Permanente em Saúde (EPS), de forma que educação e saúde são integradas com o cotidiano das comunidades, e a aprendizagem se dá na vivência do trabalho em saúde indígena, valorizando-o enquanto um trabalho relacional, já que ele está baseado na relação com o outro, e é construído em um contexto intercultural. Por fim, vimos neste projeto que a formação é coletiva, e deve incluir tanto indígenas como equipes em um trabalho interprofissional, considerando o trabalho vivo em ato.

E como fazer para não separar trabalho e educação em saúde, compreendendo que não existe educação para o trabalho, mas somente educação no trabalho? Também nos fizemos essa pergunta quando começamos a pensar a proposta do projeto “Huka Katu” à semelhança da EPS em movimento²⁸. Ah, e continuamos a fazê-la.

AGRADECIMENTOS

O estudo recebeu apoio financeiro da Pró-reitoria de Graduação da Universidade de São Paulo - Edital 02/2020-2021 do Programa Aprender na Comunidade; Pró-reitoria de Cultura e Extensão da Universidade de São Paulo - Edital 01/2020 “Fomento às iniciativas de cultura e extensão ligadas aos ODS-ONU”; Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde - Termo de Cooperação Técnica.

ABSTRACT

Interprofessional education in indigenous health: the experience of the “Huka Katu” Project - FORP-USP in Xingu

To achieve the principles of the *Sistema Único de Saúde*, it is necessary to improve health professionals’ education who are integrated into the health network and who recognize the need for different Brazilian realities, such as indigenous peoples’ health care. The objective is to present an experience report for the reorientation of the educational model

prioritizing the teaching-service-community integration and the contribution of the Ribeirão Preto School of Dentistry, University of São Paulo, to the implementation of Public Education and Health Policies, exploring its interface with the National Health Care Policy for Indigenous Peoples and the National Oral Health Policy. The education actions proposed in the “Huka Katu” Project involve the reorientation of the training and assistance model to the community. The preparatory and operational stages are developed in the open elective courses - Oral Health Care in Indigenous Populations I and II. During COVID-19 pandemic, Course I was carried out in a virtual environment using active teaching-learning methodologies and an approach to intercultural care. Course II is developed in the context of primary care in the villages of the Xingu Indigenous Park, with emphasis on comprehensive health care and learning through the experience of working in indigenous health, together with multidisciplinary teams. The Project has contributed to the training of health professionals for collaborative teamwork, with graduates directly involved in health care or management in the indigenous health subsystem. **Descriptors:** Health of Indigenous Populations. Interprofessional Education. Oral Health. Cultural Competence.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.
2. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.
3. Brighenti CA. Colonialidade do poder e a violência contra os povos indígenas. *PerCursos*. 2016; 16(32):103-20.
4. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos

- Povos Indígenas. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p.
5. Mendes AM, Leite MS, Langdon EJ, Grisotti M. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e184.
 6. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
 7. Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Projeto Acadêmico da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto. 2021; 86p.
 8. Ribeiro D. O povo brasileiro. 14ª Edição. São Paulo: Companhia de Bolso; 2006.
 9. Melatti JC. Índios do Brasil. 9ª Edição. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2014.
 10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativas da população residente. Brasília: IBGE; 2020.
 11. Instituto Socioambiental. Almanaque Socioambiental Parque Indígena do Xingu 50 anos: Instituto Socioambiental; 2011.
 12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
 13. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
 14. Peduzzi M, Norman IJ, Germai ACCG, Germani, Silva, JAM, Souza GC. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(4):977-83.
 15. World Health Organization. Health professions networks nursing & midwifery human resources for health. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneve: WHO; 2010.
 16. Organização Pan-Americana da Saúde. Educação interprofissional na atenção à saúde: melhorar a capacidade dos recursos humanos para alcançar a saúde universal. Relatório da reunião Bogotá, Colômbia. Washington, DC: OPAS; 2017
 17. Centre for the Advancement of Inter-professional Education. Interprofessional Education: Today, Yesterday and Tomorrow. Higher Education Academy, Learning and Teaching Support Network for Health Sciences and Practice, Occasional Paper 1. United Kingdom: CAIPE; 2002.
 18. Peduzzi M, Agrelli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Suppl 2):1525-34.
 19. Bondia JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Rev Bras Educ*. 2002; 19:20-8.
 20. Delors J. Educação um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. 2ª Edição. São Paulo: Cortez Editora; 1999.
 21. Mestriner Junior W, Mestriner SF, Bulgarelli AF, Mishima SM. O desenvolvimento de competências em atenção básica à saúde: a experiência no projeto Huka-Katu. *Ciênc Saúde Colet*. 2011; 16(Suppl. 1):903-12.
 22. Freire P. Professora sim, tia não: cartas a quem ousa ensinar. São Paulo: Olho D'Água; 1993.
 23. Macedo AC, Bairrão JFMH, Mestriner SF, Mestriner Junior W. Ao encontro do Outro,

- a vertigem do eu: o etnopsicólogo em equipes de saúde indígena. *Rev SPAGESP*. 2011; 12:85-96.
24. Ribeiro AERA, Beretta RCS, Mestriner Junior W. Promoção da saúde e efetivação da Reforma Sanitária no contexto dos povos originários. *Saúde Debate*. 2019; 43(supl.8):292-304.
25. Mendonça S, Mestriner Junior W, Mestriner SF, Lemos PN, Hirooka LB, Nunes SAC. Módulo – Saúde Bucal e Vigilância Nutricional – Volume I Área Curricular I. “Conhecendo a família indígena / Promovendo a troca de experiências” [Apostila]. Ribeirão Preto; 2007.
26. Mestriner SF, Sanches GL, Bulgarelli AF, Mestriner Junior W. Egressos do curso de odontologia: representações sociais de uma experiência extramuros. *Sau Transf Soc*. 2014; 5(3):25-33.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde/PITS. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
28. Merhy EE. Educação Permanente em Movimento - uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. *Saúde redes*. 2015; 1(1):7-14.

Correspondência para:

Wilson Mestriner Junior
e-mail: mestri@forp.usp.br
Avenida do Café, s/n - Campus da USP
14040-904 Ribeirão Preto/SP