



Este artigo está licenciado sob uma licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-Compartilhual 3.0 Unported.

Você tem direito de:

Compartilhar — copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato.

Adaptar — remixar, transformar, e criar a partir do material.

O licenciante não pode revogar estes direitos desde que você respeite os termos da licença.

De acordo com os termos seguintes:

Atribuição — Você deve dar o **crédito apropriado**, prover um link para a licença e **indicar se mudanças foram feitas**. Você deve fazê-lo em qualquer circunstância razoável, mas de maneira alguma que sugira ao licenciante a apoiar você ou o seu uso.

NãoComercial — Você não pode usar o material para **fins comerciais**.

Compartilhual — Se você remixar, transformar, ou criar a partir do material, tem de distribuir as suas contribuições sob a **mesma licença** que o original.

Sem restrições adicionais — Você não pode aplicar termos jurídicos ou **medidas de caráter tecnológico** que restrinjam legalmente outros de fazerem algo que a licença permita.



This article is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported License.

You are free to:

Share — copy and redistribute the material in any medium or format.

Adapt — remix, transform, and build upon the material.

The licensor cannot revoke these freedoms as long as you follow the license terms.

Under the following terms:

Attribution — You must give **appropriate credit**, provide a link to the license, and **indicate if changes were made**. You may do so in any reasonable manner, but not in any way that suggests the licensor endorses you or your use.

NonCommercial — You may not use the material for **commercial purposes**.

ShareAlike — If you remix, transform, or build upon the material, you must distribute your contributions under the **same license** as the original.

No additional restrictions — You may not apply legal terms or **technological measures** that legally restrict others from doing anything the license permits.

Esta licença está disponível em: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/>

PET-Saúde Indígena UnB: construindo redes interculturais em saúde.

PET-Indigenous Health UNB: building intercultural networks in health.

PET-Salud Indígena UNB: la construcción de redes interculturales en salud.

Maria da Graça Luderitz HOEFEL ¹

Denise Osório SEVERO ²

Ximena Pamela BERMUDEZ ³

Edgar Merchan HAMANN ⁴

Hervaldo Sampaio CARVALHO ⁵

Coletivo de Estudantes Indígenas e Não Indígenas PET-Saúde Indígena ⁶

Coletivo de Preceptores PET-Saúde Indígena ⁷

RESUMO: Este artigo busca compartilhar a experiência do PET-Saúde Indígena, desenvolvido pela Universidade de Brasília no contexto do Ambulatório de Saúde Indígena do Hospital Universitário de Brasília, e refletir sobre as potencialidades e fragilidades presentes no processo de construção de redes interculturais em saúde. As experiências foram analisadas com base em documentos, tais como

1 Médica. Doutora em Sociologia. Professora do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília. Coordenadora do Laboratório de Saúde do Trabalhador e Saúde Indígena UnB.

2 Fisioterapeuta. Doutora em Ciências da Saúde UnB/Área Saúde Coletiva. Pesquisadora do Laboratório de Saúde do Trabalhador e Saúde Indígena da Universidade de Brasília.

3 Antropóloga. Doutora em Antropologia. Professora do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

4 Médico. Doutor em Saúde Pública. Professor do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

5 Médico. Doutor em Ciências da Computação. Professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília. Diretor do Hospital Universitário de Brasília (HUB).

6 Coletivo de Estudantes Indígenas e Não Indígenas do PET-Saúde Indígena: Ana Flavia Lacerda de Carvalho, André Guilherme Bahls Massuquetto, Ariadine Kelly Pereira Rodrigues, Clecildo de Souza Santos, Evelyn Teixeira Nery, Ezaul Evaristo da Silva Santos, Geraci Aicuna dos Santos Mendes, Graciana Maria da Silva, Hannah Kalleniet Gomes Elisio, Hauni Tupinambá Monteiro, Itaynan Pires da Silva, Jemima de Oliveira Souza, Jemima de Oliveira Souza, Jhennyson Robert Ribeiro dos Santos, Joanice Gonçalves dos Santos, Jose William Santos de Oliveira, Josimar Romario Vieira Fonseca, Laura Celeste Gonçalves Cardoso, Leandro Ferreira Benedito, Lindauva Felix Zaguri, Lucileila da Silva, Maria da Conceição Marques de Souza, Maria Dayana Queiroz Marques, Marília Enike Mendonça da Silva, Mayara Nepomuceno, Rayanne Cristine Maximo França, Rianna Carvalho Moraes, Samia Machado Ribeiro, Sandra Monteiro de Souza, Tania Pinto Pereira, Tanielson Rodrigues da Silva, Thayane Txiwaki Caetano Karajá, Uelzo Alves Vieira, Wagner Pereira da Silva, Tony Leão Santana, André Guilherme Bahls Massuquetto, Alisson Cleomar dos Santos

7 Coletivo de Preceptores do PET-Saúde Indígena: Adriane de Oliveira Moura Faustino, Alvaro Fernandes Sampaio, Ana Paula Caio Zidorio, Antonio Macedo Dias, Bernardino Vitoy, Claudia Regina Nunes dos Santos Renault, Etel Matielo, Everaldo José da Silva, Flavia Aparecida Squinca, Gisele Mêne de Castro, Maria Edna Moura Vieira, Livia Umebara Lopes Na, Jacinta de Fatima Senna da Silva, Marina Aparecida Malheiros Silva, Maristela Sousa Torres, Osvaldo Peralta Bonetti, Regina Coeli de Carvalho Alves, Samia Kelle de Araujo, Valéria Nunes Paz.

relatórios, atas de reuniões e demais registros de avaliações e planejamentos realizados durante a implantação, entre agosto de 2013 e maio de 2015. Os resultados indicam que o ambulatório conduziu à construção de novas práticas interculturais de formação e atenção à saúde, pautadas na educação popular, no diálogo de saberes e na gestão compartilhada dos processos, favorecendo a qualificação do acolhimento, atendimento e acompanhamento dos pacientes indígenas encaminhados, bem como a organização de fluxos dentro do HUB e a produção de conhecimentos científicos orientados a partir da perspectiva da interculturalidade.

Palavras-chaves: saúde indígena; interculturalidade; educação popular.

ABSTRACT: This article aims to unveil the experience of PET-Saúde Indígena (PET-Indigenous Health), developed by the University of Brasilia in the context of Indigenous Health Clinic of the University Hospital of Brasilia (HUB), and reflect on the strengths and weaknesses present in the process of building cross-cultural networks in health. Documents such as reports, meeting minutes and other records of assessments and planning conducted during deployment of the Indigenous Health Clinic between August 2013 and May 2015 were analyzed. The results indicate that the clinic led to the construction of new intercultural practices training and health care, guided by the popular education, dialogue of knowledge and the shared management of the processes, favoring the qualification of the host, service and monitoring of forwarded indigenous patients, and the organization flows within the HUB and the production of scientific knowledge oriented from the perspective of interculturalism.

Keywords: Indigenous health; interculturalism; popular education.

RESUMEN: Este artículo pretende compartir la experiencia de la PET-Salud Indígena, desarrollado por la Universidad de Brasilia, en el contexto de la Clínica de Salud Indígena del Hospital de la Universidad de Brasilia, y reflexionar sobre las fortalezas y debilidades presentes en el proceso de construcción de redes interculturales en salud. Los experimentos fueron analizados basan en documentos tales como informes, actas de reuniones y otros registros de las evaluaciones y la planificación realizadas durante el despliegue entre agosto de 2013 y mayo de 2015. Los resultados indican que la clínica llevó a la construcción de nuevas prácticas interculturales la formación y la atención de la salud, guiada por el de la educación popular, diálogo de saberes y la gestión compartida de los procesos, lo que favorece la calificación de la acogida, el servicio y el seguimiento de los pacientes remitidos indígenas, y la organización flujos dentro del HUB y la producción de el conocimiento científico orientado desde la perspectiva de la interculturalidad.

Palabras clave: salud indígena; interculturalidad; la educación popular.

INTRODUÇÃO

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) foi instituído em 2008, por meio da Portaria Interministerial nº 1.802, assinada pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação¹. O PET-Saúde visa fomentar a integração ensino-serviço-comunidade nos processos de formação profissional da área da saúde e a indissociabilidade entre o ensino, a pesquisa e a extensão, por meio da formação de grupos tutoriais vinculados, sobretudo, à Estratégia de Saúde da Família, constituídos

por tutores, preceptores, monitores e bolsistas¹.

Nesse sentido, constitui uma estratégia que busca ampliar os processos de mudança dos modelos de formação e reorientação das práticas de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), implementados desde 2005, com a instituição do Pró-Saúde. Ambos os programas (Pró-Saúde e PET-Saúde) inserem-se no conjunto das Políticas de Educação em Saúde, coordenadas pela Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde, em parceria com a Secretaria de Ensino Superior (Sesu) do Ministério da Educação², amparadas no preceito constitucional que confere ao Ministério da Saúde a responsabilidade pelo ordenamento da formação de recursos humanos para o SUS.

Assim, o PET-Saúde carrega consigo os pressupostos da interdisciplinariedade e do trabalho em equipes multiprofissionais, valorizando a formação *in loco*, a partir do diálogo entre estudantes, profissionais da rede, professores e a população, tendo como base a análise das distintas realidades e demandas presentes em cada território e a construção de soluções conjuntas que favoreçam a qualificação dos serviços prestados no SUS e, simultaneamente, propiciem novas práticas de formação pautadas na humanização, no espírito crítico e no compromisso com a transformação da realidade.

Com base nesses princípios e face à importância da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família enquanto ordenadora dos fluxos da rede de atenção à saúde do SUS, o primeiro edital PET-Saúde, implementado entre 2009 e 2012, foi voltado especificamente para esse âmbito, nomeado PET-Saúde da Família. Posteriormente, o segundo edital foi lançado em parceria entre PET-Saúde e Pró-Saúde, implantado entre 2012 e 2013. Esse Edital ampliou os âmbitos de atuação, inserindo outras políticas e prioridades do Ministério da Saúde, tais como Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, Ações de Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo de Útero e Mama, Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis².

Recentemente, alinhado à perspectiva de fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde, o Ministério da Saúde lançou em 2013 o seu terceiro edital PET-Saúde, nomeado PET-Redes de Atenção à Saúde, no qual incluiu a Atenção à Saúde Indígena em suas Redes Temáticas Prioritárias. Com efeito, sabe-se que a população indígena revela os piores indicadores de saúde e o Subsistema de Saúde Indígena apresenta profundas fragilidades que o impedem de avançar na concretização da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Não obstante a criação, em 2010, da Secretaria Especial de Saúde Indígena no âmbito do Ministério da Saúde (SESAI) – considerada uma conquista e uma demanda do Movimento Indígena no Brasil – inúmeros são ainda os desafios existentes na rede.

Em verdade, eles parecem refletir problemas relacionados aos arcabouços teóricos e paradigmáticos que historicamente nortearam a formação e que, em se tratando dos povos indígenas, revelam-se de forma mais aguda, evidenciando a falta de compreensão e incorporação da perspectiva da interculturalidade na formação e atenção à saúde, bem como a forma tutelar com que o Estado

brasileiro estabeleceu relações com estes povos ao longo da história. No que tange à saúde, parece haver um triplo desafio que se refere à superação do paradigma biomédico, da educação e da construção da interculturalidade, que implica pensar em novas racionalidades, fazeres e práticas fundados em diferentes concepções de mundo.

Nesse contexto a Universidade de Brasília (UnB) – por meio da iniciativa de estudantes indígenas, apoiados por alguns docentes, pesquisadores e funcionários do Departamento de Saúde Coletiva e do Laboratório de Saúde do Trabalhador e Saúde Indígena – desenvolve, desde 2010, atividades de ensino-pesquisa-extensão no campo da Saúde Indígena que levaram à criação em 2013, do Ambulatório de Saúde Indígena do Hospital Universitário de Brasília (HUB).

O ambulatório é o local que abrigou a proposta do PET-Saúde Indígena contemplada no Edital PET-Redes de Atenção à Saúde de 2013. Este artigo busca compartilhar essa experiência e refletir sobre as potencialidades e fragilidades presentes no processo de construção de redes interculturais em saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência³⁻⁴ sobre o PET-Saúde Indígena, através de uma imersão no cotidiano desta iniciativa, com base em análise documental dos registros assim como da reflexão de narrativas produzidas pelo ambulatório em diversos momentos de sua trajetória, envolvendo o conjunto de seus principais atores. Para a sistematização do relato de experiência, foram analisados os registros internos produzidos pelo PET-Saúde Indígena a partir do projeto de criação, instrumentos de rotina que fazem parte dos procedimentos de acompanhamento aos pacientes do ambulatório, atas e memórias de reuniões, avaliações semestrais do ambulatório, textos divulgados em congressos científicos e outros eventos, trabalhos desenvolvidos pelos alunos participantes em suas aldeias, arquivo de imagens e outros documentos que fazem parte do acervo do ambulatório.

O relato de experiência é uma metodologia que incorpora registro de situações e eventos, memória oral e escrita, assim como depoimentos relativos a implementação de programas. Considerando a vivência da experiência do PET-Saúde Indígena e do Ambulatório de Saúde Indígena, atualmente em curso, essa abordagem parece ser mais pertinente para a compreensão de uma experiência que contribui para sistematizar o percurso programático-institucional dessa iniciativa. As experiências incorporadas no estudo referem-se ao período compreendido entre agosto de 2013 e maio de 2015. Este artigo foi elaborado coletivamente pelo conjunto de tutores, estudantes indígenas e não indígenas (monitores), preceptores e pesquisadores vinculados ao PET-Saúde Indígena da UnB.

Caracterização e processo histórico do PET-Saúde Indígena

O PET-Saúde Indígena da UnB é um dos três projetos PET-Redes de Atenção à Saúde, desenvolvidos pela UnB, contemplados no edital de 2013, cuja proposta nasce ao interior do processo de implantação do Ambulatório de Saúde Indígena do HUB (ASI-HUB), institucionalizado enquanto Projeto de

Extensão de Ação Contínua (PEAC). Este encontrou no PET-Saúde Indígena uma alavanca para impulsionar processos de ensino-aprendizagem e articulação de serviços de saúde tendo como pano de fundo a atenção à saúde dos povos indígenas. Nesse sentido, o PET-Saúde Indígena e o ASI-HUB articulam suas vocações e favorecem seu desenvolvimento mútuo. O projeto está composto por três grupos formados por tutores, preceptores (indígenas e não indígenas) – incluindo um pajé da etnia Tukano – monitores (indígenas e não indígenas) e pesquisadores colaboradores. Incorporaram-se ao projeto alunos de nove cursos de graduação: Nutrição, Enfermagem, Medicina, Educação Física, Gestão em Saúde Coletiva, Biologia, Odontologia, Economia e Engenharia Florestal. Entre os tutores, três docentes pertencem ao Departamento de Saúde Coletiva, dois médicos e uma antropóloga, além de outros profissionais das áreas de Antropologia, Agronomia, Sociologia, Serviço Social, Enfermagem, História, Psicologia, Nutrição, Medicina, Fisioterapia e Administração.

O ASI começa a ser desenhado a partir de demandas dos estudantes indígenas da UnB, vinculados ao Projeto de Extensão Vidas Paralelas Indígena (PVPI) – criado em 2010 – que manifestaram preocupação com a situação da política de atenção à saúde prestada aos povos indígenas no âmbito do SUS, sobretudo da Rede SUS-DF e, em especial, no HUB.

Ressalta-se que a Rede SUS do Distrito Federal, além de atender indígenas residentes em seu território e nas cidades do entorno, é também referência para procedimentos de média e alta complexidade no atendimento à saúde da população indígena de todo o Brasil e, como tal, tem grande demanda de pacientes encaminhados dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) de distintas regiões do país, principalmente advindos do Norte e Centro-Oeste.

Cabe lembrar que o acesso da população indígena aos serviços de referência do SUS no Distrito Federal ocorre por meio da Casa de Saúde Indígena (CASAI-DF), uma vez que é responsável pelo acolhimento, hospedagem e alimentação dos pacientes e seus acompanhantes durante todo o período do tratamento extradomiciliar. Entre suas principais atribuições, estão: prestar assistência de enfermagem aos pacientes pós-hospitalizados e em fase de recuperação; articular junto ao SUS o agendamento de consultas, exames e internações hospitalares; encaminhar o preenchimento e envio das contrarreferências aos DSEIs e providenciar o retorno dos pacientes e acompanhantes às suas aldeias de origem por ocasião de alta.

À guisa de ilustração, entre janeiro de 2008 e julho de 2010, foram admitidos na CASAI-DF 3.352 usuários, sendo 1.070 pacientes e 2.228 acompanhantes⁵. Da totalidade de consultas realizadas pela Rede SUS-DF, 51% corresponderam ao HUB, fato que permite vislumbrar a pertinência de se contar com uma iniciativa como a do Ambulatório de Saúde Indígena e sua contribuição nas mediações entre modelos ocidentais de saúde e saberes tradicionais na perspectiva das redes interculturais de saúde que focalizam especificidades culturais, modelos de atenção e fatores epidemiológicos⁶⁻⁷.

A construção da proposta político-pedagógica do ASI-HUB iniciou-se em 2012, a qual seria incorporada futuramente pelo PET-Saúde Indígena por meio de um longo processo de reflexão e

debate teórico-político e pedagógico com a participação de estudantes indígenas da UnB, Direção do HUB, professores, pesquisadores, representantes da SESAI e da CASAI-DF. A finalização desse processo ocorreu em abril de 2013, com a inauguração do ASI-HUB.

O resgate desta história torna-se fundamental para elucidar onde se localizam as raízes de toda a proposta do PET-Saúde Indígena da UnB, bem como compreender os seus fundamentos e diretrizes. Nesse sentido, o PET-Saúde Indígena constitui um importante mecanismo propulsor da implementação do ambulatório e protagoniza novos processos de educação, práticas de atenção, gestão e participação social.

Embora ASI-HUB e PET-Saúde Indígena sejam institucionalmente dois projetos distintos, no plano concreto, eles são uma só proposta. Ainda que o ASI-HUB carregue a denominação de “ambulatório”, evita reproduzir as funções centradas na perspectiva biomédica, ou seja, estritamente curativas e sem articulação com demais pontos da rede. Ao contrário, desde sua concepção, o ASI-HUB se propôs realizar ações que ultrapassam o âmbito da média e alta complexidade e incluem a construção de ações capazes de impulsionar mudanças nas práticas de atenção e gestão em todos os níveis e esferas do subsistema.

Fundamentos e diretrizes do PET-Saúde Indígena e ASI-HUB

Como já mencionado, o PET-Saúde Indígena é desenvolvido no ASI-HUB e tem o objetivo geral de construir a Tutoria de Atenção Integral à Saúde Indígena no âmbito do HUB. Dessa forma, busca orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e formação em saúde, segundo as peculiaridades da população indígena e em consonância com as políticas e programas do SUS, com intuito de melhorar o acesso e favorecer a perspectiva das redes interculturais em saúde

As diretrizes que norteiam a construção dos processos pedagógicos e práticas de saúde implantadas no âmbito do Ambulatório de Saúde Indígena do HUB se orientam pela convergência de algumas abordagens conceituais, tais como a educação popular em saúde; a interculturalidade, na perspectiva das redes interculturais em saúde; o diálogo de saberes, buscando a articulação de práticas de saúde orientadas por distintas racionalidades; a interdisciplinaridade; a produção social da saúde; a tutoria de atenção integral à saúde indígena; a educação permanente e a gestão participativa, elementos abordados a seguir.

Educação Popular em Saúde

No âmbito da UnB, o PET-Saúde Indígena e o ASI-HUB norteiam-se pelo referencial teórico e epistemológico da Educação Popular em Saúde (EPS), com base em Paulo Freire e, como tal, buscam superar o modelo de educação “bancária”⁸, centrado na concepção de educação como transmissão de conhecimentos, como repasse de saberes concedidos por alguém que os “detém” a Outro alguém que, supostamente, é “desprovido” de saberes.

Ao contrário, em Freire⁸, a educação é concebida como um processo de construção coletiva de saberes e fazeres construídos a partir da troca, em que não há um que sabe e outro que não sabe, posto que “os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo”. Nesse sentido, a produção de conhecimentos e práticas constituem processos pedagógicos que se concretizam no ato de compartilhamento dos saberes e vivências acumulados por cada um dos sujeitos envolvidos. Saberes estes que só podem emergir a partir da *práxis*, entendida no pensamento freireano enquanto reflexão e ação dos homens sobre o mundo⁸⁻⁹.

Assim, a educação popular busca despertar a capacidade de pensar criticamente e intervir na realidade, essência maior da educação enquanto prática de libertação⁹. Desse modo, ela constitui um processo político que busca a emancipação social e implica necessariamente o respeito e a valorização das distintas culturas e sistemas de pensamento, visto que cada um deles produz conhecimentos e revela modos de compreender, viver e relacionar-se no mundo e com o mundo¹⁰.

Nesse sentido, ao incorporar a Educação Popular em Saúde como referencial, o PET-Saúde Indígena reafirma também a importância da Política Nacional de Educação Popular em Saúde¹¹ e do conjunto de seus princípios enquanto estratégia fundamental para a mudança do modelo de formação e para a construção de práticas de saúde indígena emancipatórias, que valorizem o patrimônio cultural e a cosmovisão indígena, reconhecendo a importância da cultura na produção de novos fazeres em saúde.

Considerando isto, o PET-Saúde Indígena e o ASI-HUB refletem também em sua proposta uma experiência de diálogo e interface entre a Política Nacional de Educação Popular em Saúde e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas¹². Com efeito, a opção e defesa pela incorporação oficial de pajés como preceptores constitui um dos tantos elementos que revelam essas interfaces e expressam a valorização de outros saberes e o reconhecimento de mestres e detentores de saberes tradicionais e populares em saúde.

Interculturalidade e construção de redes interculturais em saúde

A construção de redes interculturais em saúde é um dos desafios da política de atenção à saúde dos povos indígenas¹². Autores como Langdon⁷, chamam a atenção ao fato de que a atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas reconhece a participação dos mesmos nos processos de planejamento, gestão e avaliação dos serviços de saúde ao passo que se promove o respeito às suas formas específicas de cuidado em saúde. Por outro lado, as redes interculturais de saúde incorporam o pressuposto do impacto do contacto interétnico na organização dos serviços de saúde e a transição epidemiológico que acarretou esse contato¹³, assim como o conjunto de processos sócio-históricos e políticos envolvidos nas concepções dos grupos indígenas sobre o processo saúde-doença e suas possibilidades terapêuticas¹⁴⁻¹⁵.

Nessa dimensão, a interculturalidade em atenção à saúde é uma das diretrizes que organizam

o trabalho desenvolvido no PET-Saúde Indígena e ASI na UnB, no sentido de reconhecer institucionalmente que aspectos das culturas ancestrais dos povos indígenas perpassam as práticas de atenção à saúde e que estas devem ser respeitadas para potencializaras sinergias entre a saúde tradicional indígena e os serviços de saúde do SUS. No entanto, a medicina clínica como paradigma hegemônico é ainda pouco permeável a outras concepções de saúde, resultando em escassas inovações na assistência à saúde dos povos indígenas.

Existe ainda muita dificuldade na garantia do respeito às tradições como pressuposto para uma atenção diferenciada e singular que promova práticas integrais e holísticas. Nessa perspectiva, Oriá e colaboradoras¹⁶ destacam as potencialidades da incorporação da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural da enfermeira Madeleine Leininger, em uma possibilidade teórica com reflexos nas práticas das profissões da saúde. Também, torna-se necessário incorporar as matrizes teóricas da antropologia e etnomedicina, que ensejam a potencialidade de articulação da medicina clínica ocidental com saberes tradicionais de cuidado⁷.

Seguindo esse raciocínio, a ideia central do ambulatório e das pesquisas orientadas a investigar o itinerário dos indígenas nas redes da atenção visam, justamente, a realização de práticas diferenciadas com, no mínimo, a garantia de um acolhimento humanizado. Tal acolhimento deve constituir o início do redimensionamento de práticas e reformulação de políticas de cuidado para a organização de serviços de saúde culturalmente adequados para as minorias étnicas, capazes de reconhecer o papel da etnicidade e da diversidade cultural no processo saúde-doença¹⁸. Isso se constitui em um esforço ao mesmo tempo teórico, pelas tensões implícitas nas diversas identidades culturais e programático-político, pelos recursos cognitivos, valorativos e organizacionais que mobiliza a criação desta modalidade de serviços de saúde.

Diálogo de saberes e construção de novas práticas de saúde orientadas por distintas racionalidades

Em convergência com a perspectiva da Educação Popular em Saúde e com a diretriz da interculturalidade abordada anteriormente, o diálogo de saberes constitui eixo estruturante e transversal que permeia toda a proposta. Ele está contido na diretriz da Educação Popular em Saúde¹¹ e é também premissa para a construção da interculturalidade. Nesse sentido, sua adoção enquanto fundamento do PET-Saúde Indígena e do ASI-HUB cumpre o papel de afirmação do diálogo de saberes como matriz que rege o conjunto das ações de formação, atenção, gestão e participação. O diálogo de saberes apresenta-se como princípio que visa favorecer a formação de profissionais com novas posturas diante da vida e da profissão, posturas e perspectivas de mundo em que o diálogo, a humanização, a amorosidade e a sensibilidade ocupem lugares centrais, tão importantes quanto as demais habilidades e capacidades teóricas e técnicas exigidas em seu cotidiano profissional. Além disso, busca romper com as fronteiras entre os campos de ação e as disciplinas, favorecendo a construção do diálogo fluido e permanente entre as distintas áreas e racionalidades, contribuindo ademais para a concretização da interdisciplinaridade.

Interdisciplinaridade

A proposta política do programa, o PET-Saúde Indígena tem como diretriz o trabalho interdisciplinar. Nesse sentido, é importante elucidar qual concepção de interdisciplinaridade é adotada no âmbito desse projeto, haja vista tratar-se de um conceito que frequentemente resvala em seus significantes e apresenta sentidos por vezes absolutamente opostos, aproximando-se muito mais das limitações típicas da multidisciplinaridade do que propriamente da ruptura de fronteiras inerente à interdisciplinaridade.

Com efeito, Japiassu¹⁹ já apontava os limites da multidisciplinaridade na década de 1970. Para o autor, ela significa a mera justaposição de constructos e recursos advindos de diferentes disciplinas (ciências), sem implicar necessariamente em um trabalho de equipe e em construções verdadeiramente coletivas e coordenadas, visto que não gera nenhuma mudança nas disciplinas de origem que contribuíram para tal.

Ao contrário, a interdisciplinaridade caracteriza-se pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real existente no interior de um dado projeto. Assim, o autor assinala que a interdisciplinaridade implica a superação das fronteiras disciplinares¹⁹.

Nessa mesma linha, Minayo²⁰ também destaca a interdisciplinaridade como a articulação de diversas disciplinas em prol da resolução de um problema ou objeto complexo, cuja solução exige diversos campos dos saberes e cuja definição prévia dos campos se torna impossível, visto ser a problemática e o processo que indicarão essas necessidades. Representa, para a autora, uma estratégia para compreender, interpretar e explicar questões complexas.

É com base nessas perspectivas que o PET-Saúde Indígena trabalha e incorpora a interdisciplinaridade como princípio. Do ponto de vista mais pragmático, o PET-Saúde Indígena também apresenta um diferencial com relação à interdisciplinaridade, se comparado às várias experiências dos PETs, posto que abarca estudantes e preceptores de várias outras áreas que não pertencem à saúde, além de incluir um pajé como preceptor, conforme abordado anteriormente.

No entanto, há que lembrar que a parte mais fácil do processo constitui a inclusão de estudantes e preceptores de diferentes áreas, difícil mesmo é a criação de processos de trabalho realmente capazes de agregar, transformar e construir novos pensamentos e práticas geradas a partir desse diálogo. Não obstante, a experiência desenvolvida na UnB tem sido profícua.

Perspectiva da produção social da saúde

O PET-Saúde Indígena norteia-se pela perspectiva de produção social da saúde, compreendida como resultante do modo como a sociedade se organiza, considerando as dimensões econômica, política e cultural²¹. Dessa forma, a saúde é influenciada e condicionada por inúmeros determinantes sociais, variando conforme o momento histórico e o nível de desenvolvimento das sociedades.

Assim, o modo de organização da sociedade e as formas de interação entre o homem e a natureza – cuja apropriação determina o conjunto da cadeia produtiva – influencia a dinâmica das relações sociais e a produção social da saúde. Nessa linha, Laurell²² também ressaltava, no início da década de 1980, que a saúde é determinada pelas formas de apropriação e interação entre o homem e a natureza, atividade que se concretiza por meio dos processos de trabalho e cujas características são determinadas em função do grau de desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais de produção.

De acordo com Breilh²³, a determinação da saúde passa primeiro por certos fenômenos macro – em especial o modelo econômico – que impõem uma lógica a toda a sociedade e interferem diretamente sobre as formas de viver e adoecer das sociedades. Essa perspectiva também foi apontada na VIII Conferência Nacional de Saúde, considerada um marco histórico no Brasil, realizada em 1986. Nesse contexto, a concepção adotada afirmava a saúde como: “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”.

Como se pode notar, o paradigma da produção social da saúde constitui uma concepção contra-hegemônica, que se contrapõe à histórica e dominante concepção biomédica da saúde, orientada por preceitos que se ancoram em uma visão restrita dos processos saúde-doença, centrados em uma perspectiva biologicista, curativista e hospitalocêntrica, que reduzem o fenômeno à sua dimensão biológica. A crítica a esse modelo é parte da história do Movimento Sanitário do Brasil e também foi assinalada por Laurell²²: “A natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos”.

Construção da Tutoria de Atenção Integral à Saúde Indígena

A Tutoria de Atenção Integral à Saúde Indígena constitui diretriz e elemento estruturante do PET-Saúde Indígena, posto que refere-se ao processo de acolhimento, atendimento e acompanhamento de indígenas encaminhados ao HUB, realizado por estudantes indígenas e não indígenas, sob supervisão de preceptores e tutores, desde a internação até a alta dos pacientes. Ressalta-se que o referido acolhimento alinha-se à perspectiva da Política Nacional de Humanização no SUS e, como tal, é transversal a todos os espaços e níveis de atenção.

Assim, a Tutoria de Atenção Integral à Saúde Indígena representa um processo pedagógico que tem o propósito de contribuir para a capacitação dos estudantes indígenas e não indígenas, por meio de formação dialógica e intercultural, capaz de respeitar as especificidades e contribuir com diálogo entre a Medicina Tradicional Indígena e os saberes em saúde advindos da matriz de pensamento ocidental, com vistas à construção de novas práticas no interior do SUS.

Reitera-se que, embora este seja o objeto central da proposta, ela não restringe-se ao desenvolvimento de práticas de atenção à saúde na média e alta complexidade, visto que inclui em suas atividades a construção de linhas de cuidado e fluxos de atenção à saúde indígena capazes de interferir também

na atenção básica e no conjunto das esferas do Subsistema de Saúde Indígena, em todos os âmbitos: prevenção de doenças, promoção da saúde, tratamento e recuperação.

A importância dessa diretriz reside também na premência de ampliação das estratégias de formação em saúde indígena no âmbito do SUS e aprofundamento desses processos, com vistas à melhoria da formação profissional e a qualificação do crescente contingente de estudantes indígenas inseridos nas universidades, especialmente àqueles vinculados à área da saúde.

Com efeito, a ampliação do acesso ao ensino superior no Brasil – decorrente das políticas de inclusão de cotas e ingresso diferenciado implementadas nos últimos governos – está possibilitando o ingresso dos povos indígenas aos espaços acadêmicos, fato que reitera a responsabilidade das Instituições de Ensino Superior (IES) e do SUS para com a construção de novas práticas capazes de contemplar a interculturalidade na formação, atenção, gestão e participação em saúde.

Ademais, o momento exige também a criação de estratégias políticas que garantam a inclusão desses profissionais de saúde e oportunize aos povos indígenas serem acolhidos, atendidos, tratados e acompanhados no contexto da interculturalidade. Face a tal desafio, entende-se que a Tutoria de Atenção Integral à Saúde Indígena é uma experiência para a superação do conjunto desses desafios.

Construção de práticas de educação permanente

Essa diretriz objetiva favorecer a mudança do paradigma norteador dos profissionais inseridos na rede SUS e, conseqüentemente, a transformação dos processos de organização e gestão do trabalho e a prática educativa cotidiana no campo de ação das práticas de saúde considerando a integralidade das práticas de saúde²⁴⁻²⁵. Sabe-se que os avanços na concretização do SUS dependem de um conjunto de fatores que passam pela mudança dos processos de formação dos profissionais de saúde, mas, em igual medida, inclui a alteração dos processos de trabalho instituídos e cristalizados no interior do sistema, elemento que exige a qualificação dos trabalhadores da saúde, por meio da formação permanente desses profissionais e a oportunidade da reflexão sobre os momentos de suas práticas²⁶⁻²⁷.

Desde 2004, o Ministério da Saúde tem empreendido esforços nesse sentido, com base nas diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída por meio da Portaria nº 198/04. Essa política estabelece a educação permanente como estratégia do SUS voltada para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores, com destaque para o reconhecimento do potencial educativo das experiências forjadas no cotidiano das práticas de saúde, cujos saberes construídos tem possibilidade para transformar os processos de trabalho^{25,28}. Entretanto, a fragmentação das práticas, a organização do processo de trabalho e a pouca capilaridade do diálogo interprofissional fazem que a incorporação da educação permanente nos espaços dos serviços de saúde permaneça ainda um pouco refratária²⁹.

Dessa forma, é fundamental que os conhecimentos e práticas construídos no cotidiano do Ambulatório de Saúde Indígena do HUB – por meio do PET-Saúde Indígena – sejam capazes de

circular, promover e induzir novas iniciativas de educação permanente que ultrapassem essa esfera e perpassem todos os níveis de atenção, favorecendo a alimentação de um círculo virtuoso, que parece tanto mais potente quanto maior for a aproximação e as trocas produzidas entre o ensino, o serviço e a comunidade.

Gestão Participativa

Esse princípio é consoante com a perspectiva teórica e epistemológica da educação popular e, como tal, constitui também elemento fundante da proposta do PET-Saúde Indígena e ASI-HUB. A participação social na gestão das políticas públicas de saúde constitui um dos princípios do SUS, inscrito na Constituição de 1988 e garantido pela Lei nº 8.142/90. O setor de saúde historicamente protagonizou os processos de ampliação e construção de esferas de participação social instituídas, tais como Conselhos e Conferências de Saúde, abrindo caminhos para os inúmeros espaços de interlocução entre a sociedade e o Estado construídos, especialmente, ao longo dos anos 1990 no Brasil.

Paralelamente, os movimentos sociais e coletivos forjaram inúmeras outras formas de participação social instituintes, que tem contribuído para a ampliação dos processos de gestão participativa das políticas públicas e a tomada de decisão, favorecendo o aprofundamento da democracia no país e o exercício da cidadania.

Com efeito, a participação social na gestão das políticas é condição *sine qua non* para o amadurecimento da democracia no Brasil e para a consolidação do SUS. Nesse sentido, a gestão participativa é estratégia transversal na gestão do SUS, que viabiliza a formulação e deliberação pelo conjunto dos atores sociais envolvidos nos processos de controle social e, como tal, exige a construção de mecanismos que efetivem a participação dos profissionais e do conjunto da sociedade³⁰.

Essa diretriz está inscrita na Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, na Política Nacional de Humanização no SUS e na Política Nacional de Educação Popular em Saúde, para citar algumas. Esse fato reitera a importância fundamental desse princípio para o avanço do SUS e para a promoção da emancipação social. Em verdade, para além da dimensão política da participação social, ela apresenta também uma dimensão pedagógica, posto que possibilita o desenvolvimento da autonomia, o despertar do sentimento de pertença aos espaços e grupos socioculturais em cada contexto histórico e a afirmação de sujeitos e coletivos³¹.

O PET-Saúde Indígena e o ASI-HUB construíram um sistema de gestão participativa, formada pelo conjunto de sistemas de gestão administrativa, gestão de pessoas, gestão da atenção à saúde e gestão da educação, cujas responsabilidades são compartilhadas, ainda que cada qual apresente algumas estruturas e pessoas de referência para fins de organização e maior eficácia das atividades desenvolvidas no cotidiano do trabalho do ASI-HUB. Desse modo, todos os processos são elaborados, debatidos e deliberados coletivamente, com a participação ativa dos estudantes indígenas e não

indígenas, preceptores, tutores, pesquisadores e profissionais de saúde envolvidos na proposta.

Elementos estruturantes do PET-Saúde Indígena e ASI-HUB

A implementação do PET-Saúde Indígena implicou na construção de diversos elementos estruturantes que viabilizaram e instituíram a dinâmica e a organicidade do ambulatório e dos processos de ensino-aprendizagem estabelecidos em seu interior. Em se tratando da dinâmica, o ambulatório é atualmente a “porta de entrada” dos indígenas no HUB, cabendo a ele o acolhimento, o atendimento inicial e o acompanhamento, cujos processos abarcam, entre outras coisas, o desenvolvimento da escuta qualificada, a construção de projetos terapêuticos singulares e do itinerário terapêutico que os sujeitos indígenas encaminhados ao hospital vivenciam. Os atendimentos dos indígenas encaminhados pela CASAI ao HUB são realizados diariamente, entre 07:00h e 18:00h, conforme pactuado com a direção do HUB, CASAI, SESAI e UnB.

Para tanto, foi construída a rotina do ASI-HUB, constituída por uma parte padronizada e outra flexível, conforme sintetizado a seguir:

- Rotina padronizada: a) Encontro entre preceptores, estudantes/monitores, profissionais do HUB e da CASAI-DF, docentes e pesquisadores responsáveis pelo apoio à gestão administrativa para conhecimento da Agenda do Dia. b) Acolhimento, atendimento e acompanhamento. c) Evolução e discussão de casos entre preceptores e monitores. d) Encaminhamento de questões intrainstitucionais para busca de resolução de problemas. e) Encaminhamento de problemas que envolvem questões interinstitucionais para debate e busca de soluções coletivas na Roda de Conversa Ampliada, realizada semanalmente, todas as terças-feiras. f) rodas de conversa.

Assinala-se que as Rodas de Conversa Ampliada são destinadas ao aprofundamento teórico e troca de experiências entre os estudantes, pajés, tutores, preceptores e demais profissionais de saúde do hospital, bem como à resolução coletiva de questões e demandas advindas do cotidiano do ASI-HUB, caracterizando também uma esfera de gestão participativa do ambulatório. Assim, as rodas ampliadas são um espaço de encontro entre o conjunto dos atores sociais envolvidos, com o objetivo de refletir sobre os processos de gestão do trabalho, da educação e do conhecimento construídos no cotidiano da experiência desse projeto, bem como qualificar a construção metodológica da tutoria e a interação ensino-serviço-comunidade.

- Rotina flexível: trata-se de uma parte da rotina desempenhada pelos grupos de alunos e preceptores, com distintos recursos pedagógicos de ensino-aprendizagem e avaliação, que variam de acordo com as características de cada grupo e incluem atividades tais como: realização de estudos de caso, seminários, apresentação de trabalhos, entre outros.

Cabe ressaltar que as ações desenvolvidas no âmbito do PET-Saúde Indígena estabelecem interface

com atividades curriculares dos cursos da área da saúde, em especial com a Disciplina de Saúde Indígena, criada em 2013. Destaca-se que essa disciplina está ligada ao Departamento de Saúde Coletiva da UnB e foi construída a partir da demanda de extensionistas indígenas dessa universidade – vinculados ao Projeto Vidas Paralelas Indígena – com a participação dos mesmos no processo de elaboração da proposta.

Em seu caráter de disciplina optativa, acredita-se que o PET-Saúde Indígena e o ASI-HUB tenham contribuído para alimentar as discussões e temáticas relevantes ao aprofundamento dessa disciplina, assim como ela também retroalimenta questionamentos no interior do ambulatório. Acredita-se que essa disciplina propicia o desenvolvimento de um processo formativo mais amplo com foco na discussão das políticas de saúde indígena e nos desafios da construção do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, envolvendo diversos atores, além de caracterizar um cenário de prática que poderá qualificar expressivamente a formação em saúde e gerar pesquisas relevantes para a concretização do direito à saúde indígena.

Nessa perspectiva, a disciplina de saúde indígena opera como um celeiro na captação de novos atores e novas facetas sobre o papel do ambulatório, que também atua como cenário de prática para estágios supervisionados e como objeto de produção científica em monografias e dissertações.

Considerando a necessidade de contribuir com os processos de referência e contrarreferência e qualificar a formação em saúde dos estudantes indígenas e não indígenas, essa proposta também inclui o desenvolvimento de ações na unidade da CASAI-DF, uma vez que esta prática permite o conhecimento acerca da realidade dessa esfera, a vivência de articulação política e gestão compartilhada, bem como a continuidade do acompanhamento dos pacientes indígenas, favorecendo o desenvolvimento de demais habilidades e competências necessárias à implementação de práticas de atenção integral à saúde indígena.

Conforme mencionado anteriormente, foram construídos vários elementos estruturantes do PET-Saúde Indígena, implementados entre agosto de 2013 e maio de 2015. O conjunto desses elementos se encontra sistematizado no quadro a seguir, composto com o intuito de facilitar a compreensão pormenorizada dos processos desenvolvidos.

Quadro 1. Elementos estruturantes do PET-Saúde Indígena (continua)

ELEMENTOS ESTRUTURANTES PET-SAÚDE INDÍGENA E ASI-HUB	
Elementos Estruturantes	Caracterização
Rotina	Rotina Fixa Rotina Flexível

Rodas Ampliadas	Encontros entre tutores, preceptores, alunos, pesquisadores, demais profissionais do HUB e convidados.
Planejamento em Saúde	Planejamento Coletivo. Planejamento específico dos grupos de preceptores e alunos.
Escala de Grupos de Tutoria	Em cada turno do dia há um grupo de preceptores e alunos diferentes
Construção de fichas de acolhimento, atendimento e acompanhamento no âmbito do PET-Saúde Indígena e ASI-HUB	Foram construídas fichas de acolhimento, atendimento e acompanhamento adotadas no âmbito do ASI-HUB, cujas categorias incluem informações socioculturais, tais como origem étnica, recursos terapêuticos norteados pela Medicina Tradicional Indígena adotado pelos indígenas em sua história pregressa, relações entre ritos, crenças e estado de saúde dos pacientes indígenas, entre outros. O objetivo é que essas fichas sejam gradativamente incorporadas aos prontuários dos pacientes no HUB.
Organização das fichas	Criação de arquivos com todas as fichas de acolhimento, atendimento e acompanhamento, com suas respectivas evoluções, disponibilizados para o conjunto dos alunos, preceptores, tutores e pesquisadores.
Sistematização da produção	Construção de um banco de dados com o número de atendimentos realizados pelo ASI e posterior encaminhamento ao setor específico do HUB responsável pelo controle da produtividade.
Construção da Agenda	CASAI informa a gestão administrativa do ASI e os profissionais da gestão informam a equipe de preceptores e alunos.
Comunicação e compartilhamento de informações	Adoção do WhatsApp como meio de compartilhamento de informações. Criação de um grupo do ASI-PET no WhatsApp que serve para compartilhar informações, buscar soluções “agudas” conjuntas, funciona como uma espécie de “passagem de plantão” contemporânea.
Relação Interinstitucional	É parte das atividades permanentes sob responsabilidade de um Grupo de preceptor-alunos (grupo das segundas-feiras), o qual tem a responsabilidade de acompanhar as reuniões e compartilhar os encaminhamentos de modo imediato no WhatsApp e de modo aprofundado nas Rodas Ampliadas realizadas nas terças-feiras.
Portfólio	Instrumento de avaliação processual, que propicia simultaneamente processos de reflexão, sistematização e aprendizagem.
Estudos de caso	Adoção variável (conforme o grupo).

Quadro 1. Elementos estruturantes do PET-Saúde Indígena (continuação)

Realização de pesquisas	Pesquisas coletivas (em andamento). As pesquisas são articuladas ao PIBIC Ações Afirmativas e às ações de extensão (com financiamentos que podem tanto ser dos editais PIBIC ou de demais editais públicos – CNPq). Atualmente, existem três pesquisas em andamento, sendo uma vinculada ao PIBIC Ações Afirmativas 2014-2015, uma pesquisa de mestrado e uma pesquisa contemplada em edital de pesquisa do CNPq 2014. Pesquisas específicas dos grupos (em processo de construção).
Atividades de extensão	Práticas do PET-ASI envolvem projetos e atividades de extensão, tais como: Encontro dos Pajés - realizado em 2014. Desenvolvimento de projeto de extensão em comunidades indígenas da etnia Piratapuia, no estado do Amazonas, que visa o fortalecimento da participação das mulheres indígenas em espaços de gestão das políticas públicas. O projeto foi aprovado por edital de extensão do CNPq, lançado em 2014. Tenda da Saúde no Acampamento Terra Livre (ATL) - parceria entre Movimento Indígena, ASI-HUB, CASAI e SESAI, realizada em 2015.
Visitas Periódicas à CASAI	Tem o objetivo de propiciar aos estudantes, preceptores e pesquisadores o conhecimento dessa esfera do Subsistema de Saúde Indígena, bem como realizar articulação política para construção coletiva de fluxos, ações, pesquisas ou atividades de extensão.
Sistema de Gestão Participativa	Sistema de Gestão Administrativa + Sistema de Gestão de Pessoas + Sistema de Gestão da Atenção à Saúde + Sistema de Gestão da Educação (ensino; pesquisa; extensão).
Sistema de Gestão Administrativa	Constituído pelo Núcleo de Gestão Administrativa, em diálogo permanente com todos os demais, visa auxiliar na construção da agenda, atuar na sistematização da produção, colaborar na organização dos arquivos e prontuários, entre outras ações.
Sistema de Gestão de Pessoas	Constituído pelo Núcleo de Gestão de Pessoas, em diálogo permanente com todos os demais, visa acolher, acompanhar e auxiliar estudantes, preceptores e demais colaboradores em sua inserção no ASI e, como tal, realiza o controle de cadastramentos, bolsas, frequências, entre outras atividades.
Sistema de Gestão da Atenção à Saúde	Está sendo construído um Núcleo de Gestão da Atenção à Saúde que, em diálogo com os demais sistemas, visa aprofundar e qualificar os processos.
Sistema de Gestão da Educação	Compreende a gestão das atividades de ensino, pesquisa e extensão. Constituído por Grupos de trabalho (GTs) temporários, abertos a todos atores sociais envolvidos no PET-Saúde Indígena e ASI-HUB (preceptores, tutores, alunos, representantes da CASAI, SESAI, HUB, UnB, pacientes, representantes do Movimento Indígena e membros das comunidades indígenas). Os GTs têm se organizado por frentes de trabalho que variam conforme o período e os projetos desenvolvidos.

Quadro 1. Elementos estruturantes do PET-Saúde Indígena (conclusão)

Diálogo permanente com Movimento Indígena e desenvolvimento de ações conjuntas ou de apoio	Marchas. ATL (Acampamento Terra Livre). Articulações políticas para acompanhamento das lutas e incorporação de demandas das comunidades e do movimento. Contribuição do Movimento na disciplina de Saúde Indígena.
Articulação do PET-ASI com a disciplina de Saúde Indígena e PVPI	Alunos do PET e do PVPI são professores monitores. Temáticas pautadas na disciplina alimentam o PET-ASI e o PET-ASI alimenta a disciplina.
Ações Interdisciplinares	o PET-ASI não é restrito aos alunos indígenas da área da saúde, inclui estudantes da Engenharia Florestal, bem como profissionais das áreas da Antropologia, História, Sociologia, Serviço Social, Medicina, Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, Agronomia, além de contar com preceptor pajé e estimular a inclusão de novos colaboradores de quaisquer áreas.
Diálogo de Saberes	Constitui uma diretriz e elemento que se expressa em todas as ações, mas pode ser identificada claramente em atividades, tais como: <ul style="list-style-type: none"> • Rodas de Conversa Ampliada. • Inclusão do Pajé como Preceptor. • Desenvolvimento de Pesquisa sobre o Rapé (em andamento) – PIBIC Ações Afirmativas 2014-2015 • Participação de distintos atores sociais no processo de construção e implementação (CASAI, SESAI, HUB, UnB Cerrado, PVPI, SGEP, etc.).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PET-Saúde Indígena e o ASI-HUB constituíram um grupo forte e coeso de professores, estudantes, preceptores, pesquisadores, profissionais de saúde e interlocutores com outras instituições que colocou na agenda da saúde indígena do Distrito Federal, uma nova experiência tendo como referência a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e a dimensão intercultural da saúde.

A experiência do ASI-HUB é uma iniciativa que está em construção e necessita construir estratégias de sustentabilidade para fortalecer a possibilidade de se contar com um espaço de atenção intercultural de saúde aos povos indígenas em um hospital dentro do Distrito Federal.

Todavia, o caminho trilhado abriu horizontes para o desenvolvimento de atividades em diversas frentes, tais como: a organização de fluxos dentro do HUB; a produção de conhecimentos

científicos; a sistematização de experiências e novas práticas na atenção intercultural; o estímulo à participação de seus integrantes em eventos científicos, acadêmicos e em espaços de discussão técnico-político; o apoio técnico e visibilidade de organismos especializados das Nações Unidas, como a OPAS/OMS; a construção de novos espaços de ensino-aprendizagem, como, por exemplo, o desenvolvimento de monitorias e estágios supervisionados dos cursos de Saúde Coletiva e Medicina; participação sistemática de alunos, preceptores, pesquisadores e docentes na discussão teórica sobre o tema da saúde em contextos interculturais tendo como pano de fundo a reflexão da experiência cotidiana do ambulatório.

A trajetória desse percurso não está isenta de tensões em termos epistemológicos e organizacionais. No entanto, é um projeto que nos aproxima a contar com serviços que reconheçam a diversidade e peculiaridade dos diversos povos indígenas brasileiros e a possibilidade de ofertar uma atenção à saúde que ponha em prática esse direito. Persistem fatores estruturantes da sociedade que limitam o reconhecimento da diversidade cultural dos povos indígenas e, conseqüentemente, a necessidade de ampliar os serviços interculturais que possam atender as especificidades destes grupos populacionais.

Precisamos fortalecer as conquistas obtidas rumo à sustentabilidade da iniciativa, ampliar nossas ações, melhorar nossos instrumentos de gestão, planejamento e avaliação e buscar divulgar de forma mais ampla as práticas que aqui estão sendo construídas com um coletivo coordenado de forma participativa, colegiada e criativa.

De fato, a experiência do PET-Saúde Indígena desenvolvido na UnB revela inúmeros processos que envolvem a construção e gestão compartilhada, bem como evidencia a complexidade inerente à criação e fortalecimento de redes interculturais em saúde.

Com efeito, a incorporação das diretrizes apresentadas no artigo, sobretudo o princípio da interculturalidade, nas práticas de formação e atenção à saúde não constitui tarefa simples, haja vista a exigência de transformações paradigmáticas e ressignificações de conceitos e *modos operandi* cristalizados no interior das universidades, do SUS e também da sociedade.

Em verdade, a implementação dessa experiência somente foi possível porque houve a conjunção de esforços e desejos de deslocar-se de si em direção ao Outro. Desejos de rever valores e perspectivas teóricas inscritas nos saberes e fazeres presentes no cotidiano da vida e trabalho dos inúmeros atores sociais envolvidos nesta proposta.

Entretanto, entende-se que as suas potencialidades são também decorrentes do fato de o projeto emergir a partir da demanda dos estudantes indígenas da universidade e contar com a participação ativa e permanente desses sujeitos ao longo de todo o processo.

O protagonismo dos estudantes indígenas na construção e gestão do PET-Saúde Indígena da UnB constitui a identidade dessa proposta e a mola propulsora da inventividade e, como dizia Freire, da

“capacidade de anunciar” novas formas de relação capazes de forjar modelos de formação e atenção que valorizem a beleza e a riqueza da diversidade cultural existentes e, como tal, seja capaz de reinventar um sistema e uma sociedade mais incluyente, sensível e solidária.

Nessa perspectiva, ao refletir sobre as potencialidades da presente proposta, entende-se que, mais do que localizá-las em elementos estruturantes concretos, anteriormente mencionados, torna-se fundamental assinalar que a potência parece residir propriamente nos princípios e diretrizes. Em outras palavras, no desejo da escuta e da construção coletiva, na participação ativa dos sujeitos da ação e na capacidade de diálogo intercultural, cujas expressões vão se materializando em um processo sensível de educação popular que, nas palavras de Pedrosa²⁰: “é como um bordado em que cada pessoa, cada ator traça um traço e a partir daí é possível reconstruir o coletivo. [...] é como se fosse uma teia que vai unindo as pessoas e fazendo com que juntos descubramos o sentido de viver, de ser e estar no mundo”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde e Ministério da Educação Portaria Interministerial n. 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html
2. Brasil. Ministério da Saúde. Pró-Saúde e PET-Saúde. 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/pro_saude_pet_saude.pdf
3. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev. Saúde Pública*, 2005; 39(3): 507-14.
4. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc. saúde coletiva*, 2012; 17(3): 621-6.
5. Funasa. Departamento de Saúde Indígena. Vigilância em saúde indígena: dados e indicadores selecionados 2010. Brasília: Funasa; 2010.
6. Santos JG, Nery E, Ashley FSSS, Hoefel MGL. Análise da rede de atenção à saúde do Distrito Federal: perfil epidemiológico dos pacientes indígenas no HUB. Relatório De Pesquisa PIBIC Ações Afirmativas UnB, 2013-2014. Brasília; 2014.
7. Langdon, EJ, Diehl EE. Participação e autonomia nos espaços interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. *Saúde & Sociedade*, 2007; 16(2): 19-36.
8. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
9. Freire P. *Pedagogia da Indignação: cartas pedagógicas e outros escritos*. São Paulo: UNESP; 2000.
10. Freire P. *Pedagogia da Autonomia*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1999.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Brasília, 2012.
12. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas. 2. ed. Brasília; 2002.
13. Wiik FB. Contato, epidemias e corpo como agentes de transformação: um estudo sobre a AIDS entre os Índios Xoklêng de Santa Catarina, Brasil. Cad. Saúde Pública, 2001; 17(2): 397-406.
14. Perez-Gil L. O sistema médico Yawanáwa e seus especialistas: cura, poder e iniciação xamânica. Cad. Saúde Pública, 2001; 17(2): 333-44.
15. Garnelo L, Wright R. Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baniwa. Cad. Saúde Pública, 2001; 17(2): 273-84.
16. Oriá MOB, Ximenes LB, Alves MDS. Madeleine Leininger and the Theory of the Cultural Care Diversity and Universality: an Historical Overview. Online Braz J Nurs [online] 2005 August; 4(2) Disponível em: www.uff.br/nepae/objn402oriaetal.htm
17. Aparicio-Mena AJ. La antropología aplicada, la medicina tradicional y los sistemas de cuidado natural de la salud. Una ayuda intercultural para los padecimientos crónicos. Gazeta de Antropología, 2007; 23: artículo 14. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10481/6988>
18. Poutignat P, Streiff-Fenart J. Teorias da Etnicidade seguido de Grupos étnicos e suas Fronteiras de Fredrik Barth. São Paulo: UNESP; 1998.
19. Japiassu H. Interdisciplinaridade e patologia do saber. Rio de Janeiro: Imago; 1976.
20. Minayo, MCS. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. Revista Emancipação, 2010; 10(2): 435-42.
21. Paim JS. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6168/1/Paim%20JS.%20Texto%20Modelos%20Assistenciais.pdf>
22. Laurell A. La salud-enfermedad como proceso social. Revista Latinoamericana de Salud México, 1982 (2):7-25.
23. Breilh J. Precisamos ter um novo viver, com taxas de crescimento menos agressivas, mas com mais qualidade: entrevista.[03-11-2011]. Radis Comunicação e saúde: Radis na Rede. Entrevista concedida a Célia Guimarães e Raquel Junia. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Entrevista&Num=34>
24. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface, 2005; 9(16): 1618.
25. Ceccim RB, Feuerwerker LC. Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad. Saúde Pública 2004; 20(5): 1400-10.

Meyer DE, Felix J, Vasconcelos MFF. Por uma educação que se movimenta como maré e inunde os cotidianos de serviços de saúde. *Interface*, 2013; 17(47): 859-71.

Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, 2004; 20(5): 1.411-16.

28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/legislacao/index.php?p=6333>

29. Mendonca FF; Nunes EFPA. Necessidades e dificuldades de tutores e facilitadores para implementar a política de educação permanente em saúde em um município de grande porte no estado do Paraná, Brasil. *Interface*, 2011; 15(38): 871-82.

30. Brasil. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS. 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf

31. Severo DO. O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra e o Controle Social do SUS: concepção do Coletivo Nacional de Saúde. [dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis; 2008.

32. Pedrosa, JIS. Educação Popular em Saúde: que bicho é esse? *Revista Artículos*;1(1):13.

Artigo apresentado em: 15/05/2015

Artigo aprovado em: 11/07/2015

Artigo publicado no sistema em: 15/07/2015