

Formação ampliada durante residência multiprofissional em saúde: relato de experiência de um cirurgião-dentista com o povo Xukuru do Ororubá (Pernambuco/Brasil)

Expanded education during health multiprofessional residency: the experience report of a dentist in the Xukuru do Ororubá indigenous people (Pernambuco/Brazil) (abstract: p. 17)

Formación ampliada durante residencia multiprofesional en salud: relato de experiencia de un cirujano dentista con el pueblo Xukuru del Ororubá (Pernambuco/Brasil) (resumen: p. 17)

Lucas Fernando Rodrigues dos Santos^(a)

<santoslfrsaude@gmail.com> 

Herika de Arruda Maurício^(b)

<herika.mauricio@upe.br> 

Fabiola de Melo Lins^(c)

<fabiola.lins@ufpe.br> 

Isllany Karine Santos da Silva^(d)

<isllany.karine@upe.br> 

Rafael da Silveira Moreira^(e)

<rafael.moreira@fiocruz.br> 

^(a) Pós-graduando do Programa de Saúde Pública (Mestrado), Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães (IAM), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Avenida Professor Moraes Rego, s/n., Cidade Universitária. Recife, PE, Brasil. 50740-465.

^(b) Faculdade de Odontologia, *campus* Camaragibe, Universidade de Pernambuco. Camaragibe, PE, Brasil.

^(c) Graduanda do curso de Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil.

continua pág. 13

A partir das recomendações sobre experiências que aproximam a formação em saúde da realidade de populações em situação de vulnerabilidade, apresenta-se um relato de experiência, na perspectiva de um trabalhador residente em saúde, sobre a vivência de estágio no Território Indígena Xukuru do Ororubá (Pernambuco/Brasil). Emergiram reflexões sobre as condições de vida e saúde do povo indígena, o processo pedagógico de estágio e repercussões na formação e no fazer profissional, além das fragilidades relacionadas à cobertura e longitudinalidade do cuidado em saúde bucal. Por meio de intervenções com a perspectiva de autonomia dos sujeitos, foi possível aprimorar o olhar sociopolítico à questão indígena. Aponta-se a potencialidade da proposta, que estimula o confronto entre saberes profissionais instituídos e a realidade objetiva das comunidades, buscando superar o modelo colonial de cuidado, ampliando a perspectiva de atuação do profissional em formação para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde de populações indígenas. Saúde bucal. Acesso aos serviços de saúde. Programas de pós-graduação em saúde.

Introdução

A Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família (RMISF), ofertada pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (UPE) em parceria com a Secretaria de Saúde do Recife, é um programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) que forma profissionais dos diversos cursos da saúde, de maneira integrada, em nível de pós-graduação *lato sensu*, com treinamento em serviço sob supervisão, possuindo duração de 24 meses, com carga horária de sessenta horas semanais, para atuar na Atenção Primária à Saúde (APS) sob a ótica do modelo de atenção à Saúde da Família¹, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A RMISF estabelece em seu projeto pedagógico o desenvolvimento de estágio interiorizado (EI) com vivências com populações em situação de vulnerabilidade e desigualdade social incluídas nas políticas de Equidade em Saúde², como povos indígenas, comunidades quilombolas, populações assentadas pelos movimentos de luta pela Reforma Agrária, comunidades ribeirinhas, entre outras. Tal estágio tem duração de trinta dias e busca o aprendizado de outras formas de fazer saúde, afastadas de grandes centros, com menos recursos e mais voltadas ao saber popular.

Algumas experiências pelo Brasil vêm buscando aproximar os processos de formação em saúde com a atenção à saúde indígena. Destacam-se a experiência com o povo Potyguara (no Ceará), em pesquisa de pós-graduação em Saúde Coletiva³; a experiência de estágio de programa de RMS, nas terras Pankararu (em Pernambuco)⁴; o estágio de graduação em Odontologia (Projeto Huka-Katu, no Xingu)⁵; a experiência de graduação em Medicina na comunidade indígena Potiguara (Projeto Iandé Guatá, na Paraíba)⁶; e a experiência de graduação no Rio Grande do Sul a partir da implementação do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)/Redes de Atenção à Saúde Indígena⁷.

A instituição do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), em 1999, e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), em 2002, propuseram um modelo de atenção diferenciada em saúde, visando a melhorias no acesso da população indígena aos serviços; e levando em conta a diversidade social, política e cultural dos povos e a necessidade de preparar recursos humanos para atuação no contexto intercultural^{8,9}. A atenção à saúde bucal dos povos indígenas segue as diretrizes publicadas em 2011¹⁰, sendo sua gestão de responsabilidade do Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), instituída em 2010^{11,12}. Entre os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) distribuídos pelo país, o de Pernambuco tem sob sua abrangência o Território Indígena (TI) do Povo Xukuru do Ororubá, que constitui o maior contingente populacional étnico indígena no estado, com cerca de 7.900 indígenas habitando um território que integra o município de Pesqueira, localizado a cerca de 200 quilômetros da capital¹³.

A partir desses direcionamentos, relata-se a experiência de um cirurgião-dentista residente do Programa RMISF, não indígena, durante estágio interiorizado desenvolvido no TI Xukuru do Ororubá. Este relato surge na perspectiva de traçar reflexões críticas acerca das condições de acesso à saúde bucal do povo indígena, analisando como tal experiência de estágio em comunidade tradicional pode repercutir na realidade objetiva da comunidade e na formação profissional do residente em saúde.

Material e métodos

Trata-se de um relato de experiência direcionado por metodologias de reflexão crítica e dialética da realidade objetiva, buscando captar a realidade histórica e social do contexto experienciado, interpretá-la e atuar para transformá-la a partir das vivências práticas e finalmente reinterpretá-la a partir de análises teóricas.

A sistematização da experiência foi conduzida baseando-se em dois métodos: a Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (Tipesc)¹⁴, assentada na visão de mundo materialista, histórica e dialética, opera nas etapas de captação da realidade objetiva; interpretação desta; proposta de intervenção e realização prática; e reinterpretação da realidade, avaliando produto/processo da experiência. Já o método de sistematização de Holliday¹⁵, de concepção metodológica dialética é definido por: participação e registro da experiência; definição do objetivo, objeto e aspectos centrais a serem sistematizados; reconstrução da experiência e classificação da informação para análise; reflexão de fundo (síntese, análise e interpretação crítica); conclusões; e aprendizagem adquirida.

A partir desses métodos, foram construídas as seções seguintes deste relato, organizadas em três categorias temáticas de abordagem: condições e características do território; atenção à saúde bucal; e influência do estágio na formação profissional.

Descrição da experiência

O povo indígena Xukuru do Ororubá habita um território que integra o município de Pesqueira, localizado na região Agreste do estado de Pernambuco, região semiárida, cercada por rochas. O TI limita-se ao norte com o município de Poção e com o estado da Paraíba; ao sul e ao leste, com o município de Pesqueira; e ao oeste, com o município de Arcoverde, estando inserido em uma região de solo e climas variáveis^{13,16,17}. O TI, homologado no ano de 2001, possui 27.555 hectares¹⁸, é localizado na Serra do Ororubá e é dividido em três regiões socioambientais – a saber, Serra, Ribeira e Agreste –, que compreendem 24 aldeias oficiais. Tais regiões são categorias espaciais estabelecidas pelos próprios indígenas a partir das características geoclimáticas e socioeconômicas do território¹⁹ (figura 1). Mesmo com o TI situando-se na zona rural do município, a proximidade de algumas aldeias com a zona urbana – cerca de seis quilômetros – facilita a aquisição de produtos e serviços disponíveis no centro da cidade, assim como a circulação dos indivíduos nesse trajeto, estimulado ainda pelo fato de que muitos indígenas vivem na zona urbana.

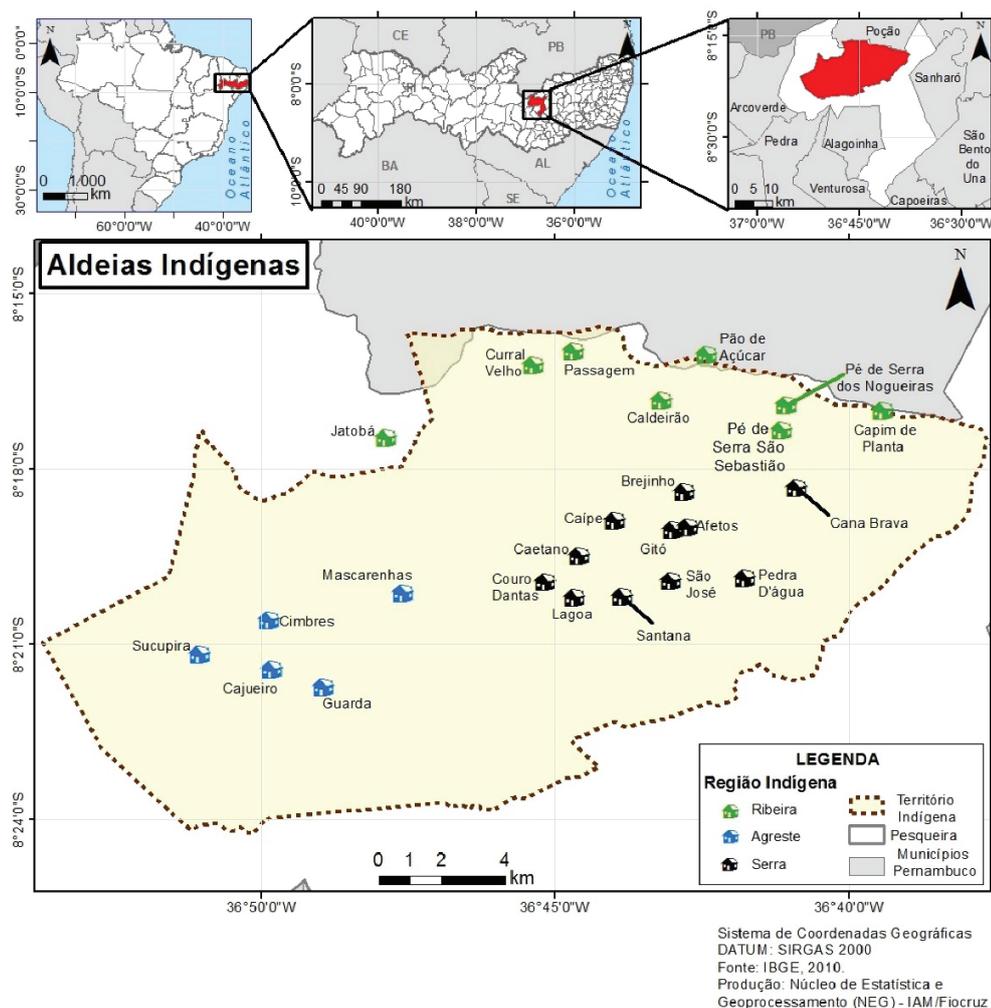


Figura 1. Localização geográfica do Território Indígena Xukuru do Ororubá e sua divisão segundo as regiões socioambientais e aldeias. Pesqueira, 2018.

Fonte: Maurício HR¹⁹.

Quanto à organização dos serviços de saúde de APS localizados no TI Xukuru do Ororubá, entre as 24 aldeias, sete possuem Unidade de Saúde (US), todas com consultório odontológico (aldeia Cimbres, na região Agreste; aldeias Pão de Açúcar, Passagem e Pé de Serra dos Nogueira, na região Ribeira; e aldeias Brejinho, Cana Brava e São José, na região Serra). No que se refere à rede de saúde bucal, considerando a Atenção Secundária, procedimentos não realizados na APS têm como referência para encaminhamento o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de Pesqueira (PE), na zona urbana do município, e o CEO de Caruaru (PE), município a cerca de 84 quilômetros de Pesqueira – CEO Regional, no Centro Universitário Tabosa de Almeida Asces (Unita).

Após processo histórico caracterizado por perseguição política, atos de violência, remoção e criminalização de integrantes da comunidade – patrocinado por forças de vários âmbitos, algumas delas responsáveis pela quase extinção do povo –, uma importante estratégia de organização e formação se fez necessária. Nas últimas três décadas, concretizaram-se formas de organização política; reconquista de seu território ancestral das mãos de posseiros no movimento conhecido como “Retomadas”; estabelecimento de

modos de sobrevivência; e reunião de aldeias e lideranças atuando na formação pedagógica e política de jovens – citando-se a rede Poyá Limolaygo, instância sociopolítica da juventude Xukuru do Ororubá, e a Ororubá Filmes, grupo criado para produção audiovisual. Por meio da Assembleia Xukuru do Ororubá, evento anual em que se reverencia o cacique Xicão Xukuru – liderança histórica assassinada em maio de 1998 em circunstâncias de conflito pela terra –, reafirma-se o compromisso na defesa da Serra do Ororubá, discutindo temas do cenário sociopolítico nacional e planejando o futuro, com foco, principalmente, nos projetos de educação e de saúde para o TI^{18,20-22}.

A vivência de estágio estratégico do cirurgião-dentista residente do Programa RMISF ocorreu no período de novembro a dezembro de 2018 e foi vinculada à atuação em campo de uma equipe interinstitucional de pesquisa composta pelo próprio residente, por pesquisadores da UPE, da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) e do Instituto Aggeu Magalhães (FIOCRUZ-PE) e de estudantes de graduação em Odontologia da UPE e da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). A equipe de pesquisa vem atuando desde 2008 com o povo Xukuru do Ororubá, sendo responsável por publicações com as seguintes temáticas: abordagens históricas produzidas a partir de memórias orais deste povo e da pesquisa em registros escritos²⁰; o processo de utilização de agrotóxicos no cultivo agrícola e sua relação com o ambiente e a saúde indígena²³; política de informação em saúde, em um estudo de caso com os sistemas de informação em saúde indígena²⁴; práticas de educação popular em saúde, com análise das ações educativas realizadas pelos agentes indígenas de saúde e de saneamento²⁵; e condições de saúde bucal desse povo²⁶.

A partir da vivência de observação e de captação dos elementos que compunham o TI, são apresentados e discutidos os eixos de sistematização propostos.

Os processos e contatos com o Território Indígena Xukuru do Ororubá

No período da vivência, a equipe deslocou-se de Recife a Pesqueira, e de lá para o TI, explorando-o nos turnos da manhã e da tarde. Foram visitadas 23 aldeias do território, restando uma, que não foi visitada por dificuldades logísticas. No TI, há nascentes e mananciais de água, açudes e barragens. À época da visita, notava-se o impacto da seca e escassez de água potável na rotina daquele povo. Fontes alternativas de obtenção de água potável não demonstravam serem suficientes para atender às necessidades de um território tão extenso e diverso. Os impactos da escassez incidiam sobre os modos de sobrevivência das famílias e sua relação com trabalho no campo (perda de animais e de plantações); as tarefas de limpeza dos ambientes; as condições alimentares, limpeza e preparo de alimentos; e as práticas de higiene corporal e bucal dos indivíduos.

Faz-se importante notar a relação deste povo com o território que ocupa e protege, considerando os significados de ter tal posse e garantia. Percebeu-se intensa ligação dos indígenas com o trabalho no campo e com a terra, cultivando uma variedade de plantações que são usadas tanto para consumo próprio quanto para troca/venda. Além da conexão com a moradia, alimentação e sobrevivência, a questão da terra está também ligada às relações familiares e ancestrais; à espiritualidade; à identidade e a uma relação de pertencimento, e não de propriedade; e à educação e saúde do povo; ou seja, à vida e aos modos de experimentá-la^{3,27}.

Dentre as atividades/intervenções programadas para o período do estágio, destacam-se alguns momentos. Inicialmente, foi realizada uma capacitação teórica e prática para a equipe, momento que aconteceu em uma das principais US do TI, localizada na aldeia Cimbres. Nesse momento, houve a oportunidade de contato com os profissionais de saúde da rede e moradores do território, que debateram questões relacionadas à realidade, história e cultura local; e orientaram quanto à situação e especificidades das famílias que habitam as aldeias. Em um momento seguinte, iniciaram-se as visitas aos domicílios e às US, objetivando coletar coordenadas espaciais/geográficas e realizar observações a respeito das condições de vida em geral, de acesso aos serviços de saúde, da autopercepção da saúde bucal, das práticas de higiene bucal, do padrão de consumo alimentar das famílias e da identificação do estado nutricional.

Durante as visitas domiciliares, foram realizadas intervenções no âmbito da saúde bucal: exames bucais clínicos (figura 2) e orientações aos participantes/famílias quanto aos cuidados com a saúde bucal e à alimentação saudável, levando em conta a realidade socioeconômica, cultural e geográfica daquele povo. Ao fim de cada visita, foram entregues *kits* de higiene bucal com escova dentária, creme dental com flúor e fio dental, além de aplicação tópica de flúor aos casos indicados.



Figura 2. Realização de exame bucal clínico durante visita domiciliar na aldeia do Território Xukuru do Ororubá. Pesqueira, 2018.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Atenção à saúde bucal no Território Indígena e as repercussões da intervenção

A PNASPI aponta para a necessidade de uma rede de serviços nos TI, de maneira a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade das ações e projetos de saúde implantados pelo SUS para essas populações⁹. A lógica da APS foi aplicada ao modelo de atenção à saúde indígena vigente, sendo composto, entre outras instâncias de assistência, pelos polos-base, pelas US e pelas Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI)^{3,9}. Integrando as EMSI, estão as Equipes de Saúde Bucal (ESB), compostas por cirurgião-dentista, técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal¹⁰.

Entre as atribuições dos profissionais integrantes das três ESB atuantes no TI Xukuru do Ororubá estão as ações coletivas (escovação dental supervisionada; aplicação tópica de flúor; distribuição de dentifrício, escova e fio dental; e atividades de educação e promoção em saúde bucal) e individuais (assistência clínica odontológica básica) de atenção à saúde bucal, considerando os aspectos epidemiológicos, culturais, sociais, políticos e econômicos das populações indígenas, devendo ser realizadas nas aldeias, mesmo em situações de pouca infraestrutura ou locais de difícil acesso^{10,28}.

Quanto ao processo de trabalho das ESB contratadas para atuar no TI, considerando sua extensão e o fato de que apenas sete aldeias possuem US, é requerido dos profissionais que estabeleçam sistemas de rodízio entre elas. Em cada uma das três regiões do TI, há uma equipe designada e uma US principal, com as demais funcionando como apoio.

O sistema de rodízios, reforçado pela fragilidade dos vínculos trabalhistas estabelecidos por contrato com as conveniadas gestoras da atenção à saúde indígena, que atuam sob a lógica capitalista produtivista com cumprimento de metas quantitativas, desconsiderando o enfoque qualitativo do trabalho direcionado ao contexto indígena, acabam por afastar o trabalhador de saúde dos espaços de cuidado e contato, contribuindo para dificuldades de agendamento de consultas e de continuidade dos tratamentos; e impedimentos na construção do vínculo entre profissional e usuário, comprometendo a qualidade dos cuidados oferecidos no TI²⁹.

Em relação às ações/intervenções em saúde bucal realizadas durante a vivência, considera-se que, no contexto dos DSEI, é fundamental priorizar a dimensão preventiva, principalmente propiciando acesso aos dentifrícios fluoretados e à fluoroterapia (uso tópico do flúor). Tal dimensão preventiva deve estar intimamente acoplada a ações educacionais³⁰ e de valorização da autonomia do sujeito; e à reflexão sobre sua realidade e suas vivências, buscando não responsabilizar, nem centralizar no indivíduo os problemas contextuais, que estão além de sua alçada.

As intervenções realizadas partiram da interrogação aos participantes no tocante às suas práticas de higiene e alimentares. Com as repostas obtidas, foi fortalecida a importância de cuidado em relação a esses aspectos e foram propostas adaptações necessárias à melhoria dessas condições, de maneira que as características contextuais familiares/domiciliares/territoriais fossem respeitadas. Entre as facilidades encontradas nas ações propostas, verificou-se boa receptividade dos participantes, além de demonstrações de interesse e envolvimento, com valorização e satisfação pela simples presença da equipe e pelo material de higiene recebido. As dificuldades de atuação estiveram relacionadas ao cuidado atento no uso de linguagem sensível e apropriada; e de intervenções que não ferissem as características locais.

O trabalho em saúde possui uma dimensão pedagógica que pode colaborar com a construção das possibilidades do ser social ou, da mesma forma e pela mesma ação, promover a reprodução e manutenção de relações de dominação. A atuação e intervenção profissional, a partir da dimensão pedagógica, não é neutra. Ela imprime uma direção social que tem o potencial de construir autonomia dos sujeitos no cuidado e entendimento da determinação social da saúde, com vistas à integralidade biopsicossocial – incluindo a assimilação da cosmovisão indígena, enquanto formas de perceber e interagir com o mundo e sociedade –, ou à reprodução de uma dominação hegemônica, estimulando a dependência e subalternidade para o cuidado – com práticas centradas em uma dimensão cotidiana, individual e positivista –, e a fragmentação da saúde e da consciência sociopolítica dos sujeitos²⁹.

Estágio interiorizado e sua influência na formação profissional

Intencionando reorientar os serviços de acordo com as necessidades de saúde, principalmente no âmbito da APS, a RMS surge com vistas a contribuir na formação e na qualificação do profissional na saúde, propondo comprometer-se com a integralidade do cuidado, aprofundando debates teórico-práticos e permitindo a construção de novos saberes entre as categorias profissionais da saúde, a partir de uma estrutura pedagógica fundamentada na problematização da realidade dos serviços de saúde. A partir de uma imersão na realidade de saúde das comunidades, o processo de ensino-aprendizagem se torna capaz de produzir, além de conhecimento científico, transformações de si e da realidade^{31,32}.

Visando transformar o processo de formação, as ações de saúde e as práticas pedagógicas, faz-se necessário estimular a prática problematizadora, incorporando uma formação que desperte consciência crítica, ação reflexiva e necessidade de transformação da realidade. No entanto, a ampliação e transformação surgirão na intermediação entre o saber científico instituído e o saber proveniente das experiências reais vivenciadas^{31,32}. As práticas de formação profissional na residência devem estar conectadas ao contexto social das populações, à escuta sensível de usuários e à ação política do enfrentamento dos desafios do sistema³³, deslocando a ênfase de lógicas pautadas na perspectiva terapêutica e na questão saúde-doença para a determinação social dos processos e práticas de saúde^{29,34}.

Torres *et al.*³⁵ apontam que os “programas de residência apresentam, como principal desafio, a superação de limitações decorrentes da formação original dos profissionais, contribuindo para uma atuação contextualizada e comprometida com o SUS” (p. 4). Além dos saberes organizacionais e técnicos, o processo de formação da residência deve envolver aspectos sociais e humanos, como valores, sentimentos e diferentes visões sobre o SUS e o mundo.

Pelo Brasil, oportunidades de estágio fora do serviço padrão vinculado aos programas RMS têm se tornado prática comum a partir da constatação de enriquecimento pessoal e mudanças na formação profissional de residentes para atuação no SUS^{4,36,37}, como a experiência de estágio opcional de residentes (nutricionistas e dentista) do programa de Saúde da Família do estado da Bahia⁴. O relato foi produzido a partir de vivências nas terras Pankararu (estado de Pernambuco) e traz destaque para a necessidade de ampliação

das EMSI, incluindo outras profissões da saúde, de forma a responder às demandas da comunidade. Além disso, aponta para a necessidade de estratégias de educação permanente aos médicos, enfermeiros e dentistas para atuação na área indígena.

Já no contexto das graduações, há uma experiência relativa a atividades preparatórias de estágio optativo de uma graduação em Odontologia, chamado “Projeto Huka-Katu – a FORP-USP no Xingu”⁵. Os autores debatem a reconfiguração do processo de ensino-aprendizagem na formação de cirurgiões-dentistas, trazendo a problematização enquanto promotora da compreensão do contexto intercultural no trabalho multiprofissional e da proposta de integralidade da atenção à saúde bucal, com apontamentos para o desenvolvimento de competências que enfoquem a dimensão simbólica dos processos de saúde-adoecimento e estratégias de cura nas diferentes comunidades.

Outra experiência publicada é a de estudantes de graduação em Medicina com a comunidade indígena Potiguara (estado da Paraíba), a partir do projeto de extensão Iandé Guatá, que debateram as potencialidades do processo de aprendizagem durante vivência imersiva na cultura local⁶. O relato aponta como expressões da vivência uma aproximação dos estudantes ao universo indígena; a superação do imaginário romântico, mediante imersão na cultura local; o reconhecimento de um compromisso com a transformação social; o desenvolvimento de competências para o trabalho comunitário; e a valorização de saberes tradicionais indígenas.

Fornecendo mais substância a este debate em torno da formação em nível superior, Forsyth *et al.*³⁸ apontam para a necessidade de reorientação da formação de profissionais de saúde, inclusive com o fomento para a formação de estudantes vindos das comunidades indígenas e a inclusão de indígenas no corpo docente, visando atender às necessidades em saúde dessas populações; e permitindo transformação e rompimento de estereótipos. Uma importante ferramenta é a integração da competência cultural no currículo, promovendo contato com a realidade epidemiológica, sociopolítica e histórica dos povos indígenas por meio do currículo disciplinar, da pesquisa e de engajamento, imersão e interação com as comunidades^{5,6,38,39}.

Na experiência internacional, é requisitado às instituições de ensino superior australianas demonstrarem como seus planos estratégicos incorporam a competência cultural, sendo recomendado que os saberes e cultura indígenas sejam incluídos nos currículos, para que futuros profissionais de saúde atuem sobre as iniquidades de saúde a que tais povos estão sujeitos. No campo da saúde bucal, o Conselho Australiano de Odontologia (Australian Dental Council) exige evidências curriculares da integração da competência cultural indígena³⁸. Tal competência permite preparação dos profissionais em formação para interagir e comunicar-se efetivamente com indivíduos indígenas e suas particularidades culturais, estando ciente das visões de mundo de cada povo e desenvolvendo atitudes positivas ao lidar com diferenças culturais.

No Brasil, Diehl e Pellegrini⁴⁰ destacam resoluções presentes no relatório final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 2006, que são relevantes à questão da formação de trabalhadores da saúde. São elas: a inclusão da disciplina Saúde Indígena nos currículos de nível técnico e superior em saúde; a criação de cursos de pós-graduação em saúde indígena para os trabalhadores da área e de programas de residência em serviço e a distância; e a educação permanente para a população indígena.

Nesse sentido, recentemente, tratando do ensino da saúde indígena no contexto das graduações e residências médicas, considerando inclusive o período pandêmico no ano de 2020 e sendo evidenciadas as intensas desigualdades sociais e de saúde, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) elaborou recomendações³⁹ defendendo que haja, durante a formação profissional, visibilidade à temática indígena, desenvolvimento de competências relacionadas à saúde dos povos, abordagem do cuidado em contexto intercultural e estímulo à presença de estudantes oriundos das comunidades indígenas nos cursos superiores da Saúde.

As experiências brasileiras de estágio aqui mencionadas – assim como as intenções e os modelos formativos estratégicos, nacionais e internacionais – corroborando a vivência de estágio estratégico em residência aqui relatada, explicitam como o contato com a temática e com os povos indígenas podem ser vistos enquanto vivência impulsionadora da formação profissional ampliada visando à atenção diferenciada. Isso ocorre porque tal vivência atua como fator estimulante à reflexão problematizadora em relação às origens e aos meios de superação das debilidades na atuação profissional em tais contextos, para além do apontamento consensual da fragilidade na formação “tradicional” em saúde e seus conceitos normativos e biologicistas como únicas ou principais justificativas aos problemas.

A formação normativa é de fato questão relevante, mas deve-se considerar a atuação extrapolando o fazer profissional como fim em si mesmo, para além de uma concepção exclusiva de abordagem do indivíduo, da família e da comunidade^{3,29}. Para uma atuação em contextos indígenas, os processos formativos em saúde necessitam de elaborações para além das disciplinas clássicas. Devem propiciar uma formação sensível à diversidade e à diferença, que esteja preparada para o diálogo simétrico, privilegiando as comunidades e suas perspectivas sobre a saúde e os serviços⁴⁰.

Formação e o fazer profissional nas relações sócio-históricas

Considerando a necessidade de extrapolar a justificativa consensuada em torno das fragilidades objetivas na formação superior tradicional em saúde, que são limitadas se aplicadas para uma crítica à estrutura sociopolítica, é preciso direcionar o debate também às raízes do fazer profissional, e assim reconhecer a essência da direção social do trabalho e, portanto, que as práticas profissionais nos serviços de saúde são ações que possuem finalidade social, que passam por escolhas de alternativas, a partir de uma visão do indivíduo e de mundo, e se concretizam sob a direção de diferentes formas de apreensão do movimento societário. Portanto, é fundamental considerar as repercussões do modo de produção capitalista no âmbito das relações sociais e históricas²⁹.

A partir disso, julga-se necessária a reflexão, aqui inicial, acerca dos impactos do colonialismo e do racismo enquanto forças que provocam efeitos nos comportamentos sociais e individuais; na atuação e conduta profissionais; e, conseqüentemente, na atenção à saúde ofertada aos povos indígenas brasileiros.

O colonialismo enquanto forma de poder emerge durante o período colonial, berço da classificação racial da atualidade, estabelecendo a estratégia de dominação de povos e a ideia de superioridade racial. Os povos indígenas originários, o povo negro traficado

do continente africano, submetidos aos colonizadores europeus, participaram do desenvolvimento do capitalismo colonial às custas da exploração da força de trabalho e da extorsão da terra e de riquezas naturais^{27,41}. No contexto do Povo Xukuru do Ororubá, no século XVII colonizadores invadiram o território dos povos ancestrais, fundando uma igreja católica, usando a terra para pecuária e explorando a força de trabalho por pouco ou nenhum pagamento²⁷.

O processo de colonização acarretou problemas na continuidade das culturas dos povos explorados, ressignificando forçadamente e marginalizando conceitos, papéis sociais, crenças e representação dos corpos. Colonizados são colocados em uma condição de subdesenvolvidos e subordinados, disseminando o pensamento eurocêntrico como verdade instituída e refletindo na assimilação racista de extermínio. O fim do processo colonial no Brasil não implicou o fim do colonialismo, fazendo nascer o modelo de sociedade perpetuado até os dias atuais que, mesmo com os avanços, ainda se baseia no racismo, eurocentrismo e no machismo^{3,27,41}.

Combatendo o discurso do racismo científico, Mariátegui⁴² afirma que o problema da raça indígena no contexto da América Latina é, fundamentalmente, um problema socioeconômico que tem suas raízes no regime de propriedade da terra. É um problema de ausência de terra, servidão, concentração da propriedade e domínio político dos latifundiários. Mas, para além disso, as populações indígenas são objeto de uma dupla opressão: de um lado, da exploração de classe e, de outro, da opressão nacional, ao se fazer valer contra eles uma secular discriminação racial, educacional, jurídica, política e cultural⁴²⁻⁴⁴.

Compreendendo o colonialismo como forma de dominação e de imposição de autoridade de uma cultura sobre outra e enquanto processo pertencente à estrutura capitalista, impulsionador de opressões de raça e de classe na realidade social, é estabelecido o desencadeamento de uma insuficiência das concepções de saúde que são possíveis de serem construídas com e para os povos indígenas e sua cosmologia, questão que promove fragilidades na configuração institucional do SUS, no processo de gestão dos serviços, nas formações em saúde e especialmente nos próprios indivíduos, agentes da saúde, que produzem a atenção à saúde indígena^{3,27}.

Considerações finais

A vivência do estágio interiorizado contribuiu para a aquisição de olhar sociopolítico e histórico para a questão indígena, destacando o fato de que políticas públicas evoluem a partir de processos culturais, históricos e sociais. A partir das condições e necessidades de vida e saúde da comunidade relatada, considerando o lugar que os povos indígenas ocupam na sociedade atual, os conflitos políticos, a questão da terra, os desmontes de políticas de assistência e proteção, evidencia-se o impacto da opressão, discriminação e violência na saúde desses povos e busca-se dar visibilidade à sua resistência. Paralelamente, a enorme capacidade de organização tem fortalecido a comunidade, no sentido de reconquistar sua própria identidade enquanto povo tradicional, seus rituais ancestrais e modos de vida.

A proposta pedagógica de EI do programa RMISF permite ao residente visualizar outras necessidades em saúde. O contato com a condição e com o conhecimento relativo à saúde bucal do povo indígena explicitou a necessidade por tratamentos de



manutenção e recuperação dos dentes e funções bucais, com quadros de sofrimento e dor consequentes desses problemas, que exigem maior contato com a proteção por meio do flúor, considerando a ausência de água fluoretada no TI; qualificada vigilância de segurança alimentar, em obrigatório acordo com a questão cultural; consolidação de práticas de higiene bucal por meio de ações culturalmente contextualizadas e dialogadas; e reforço dos recursos humanos e estruturais a serviço da atenção à saúde bucal, compreendendo a extensão e as barreiras de acesso produzidas no TI.

A partir desse contato, emerge a reflexão de como lidar com tal realidade adversa aos padrões urbanos e como aplicar sensivelmente nestas os conhecimentos adquiridos na formação em saúde “tradicional”, que, geralmente, não incorporam em seus currículos a temática dos povos tradicionais e do campo; e, portanto, não levam em conta a diversidade de práticas de cuidado em saúde, as questões históricas e estruturais, os enfrentamentos políticos, os modos de sobrevivência e os entendimentos sobre saúde-doença-morte.

Experienciar realidades de outros territórios confronta os saberes profissionais instituídos com a realidade objetiva dos povos em situação de vulnerabilidade e desigualdade, oprimidos por consequência de escolhas políticas, de carência da garantia de direitos e de discursos de inferioridade racial. Tal confronto solicita soluções contextualizadas e ampliadas, ultrapassando o modelo moderno colonial de vida. Falar em saúde para os indígenas é cuidar da comunidade e do bem-estar, é lutar por suas terras ancestrais e suas retomadas. As soluções caminham no sentido de derrubar a lógica da relação colonial, capitalista e racista dentro e fora dos espaços de saúde; e de fortalecer a luta em defesa da vida e da cosmovisão indígena, enquanto base de diálogo, nutrindo o desenvolvimento de competência cultural e de uma atenção diferenciada, que contemple a diversidade e não homogeneíze a atenção à saúde dos povos.

Como limitação deste relato, que poderá ser analisada em futuros estudos, está a não apresentação das concepções de saúde dos profissionais atuantes no território indígena, suas relações com a formação acadêmica e as repercussões concretas no fazer profissional, no contexto do TI Xukuru do Ororubá.

Finalmente, enquanto agente da atenção à saúde, faz-se necessário compreender que a formação profissional da residência em saúde – que é técnica, teórico-prática, mas também política – não deve pertencer exclusivamente ao sujeito, como algo adquirido e de uso restrito para benefício próprio, mas sim deve ser encarada como uma escolha de responsabilidade individual que foi financiada coletivamente pelo povo e, portanto, engloba uma dívida social estabelecida.

Afiliação

^(d) Graduanda do curso de Odontologia, *campus* Arcoverde, Universidade de Pernambuco. Arcoverde, PE, Brasil.

^(e) Departamento de Saúde Coletiva, IAM, Fiocruz. Recife, PE, Brasil.

Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Financiamento

Bolsa-salário referente à duração do programa de Residência Multiprofissional em Saúde, pagas pelo Ministério da Saúde (Brasil).

Agradecimentos

Agradecemos ao Povo Xukuru do Ororubá pela recepção e acolhimento em suas terras. Agradecemos pelas contribuições fundamentais de Thatiana Regina Favaro, docente da Universidade Federal de Alagoas, e Ive da Silva Monteiro, coordenadora da Residência de Odontologia em Saúde Coletiva, vinculada à Prefeitura do Recife.

Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editor

Antonio Pithon Cyrino

Editora associada

Rosana Monteiro

Submetido em

20/07/20

Aprovado em

26/05/21



Referências

1. Brasil. Universidade de Pernambuco. Projeto Pedagógico da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (RMISF-FCM-UPE). Pernambuco: Pró-reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Inovação da UPE; 2019.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Políticas de equidade em saúde [Internet]. Brasil: Ministério da Saúde; 2017 [citado 12 Ago 2019]. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/participacao-e-controle-social/gestao-participativa-em-saude/politicas-de-equidade-em-saude>
3. Sousa MLT. Reforma sanitária e outros olhares para a saúde indígena: relato de experiência com os Potyguara. *Saude Debate*. 2020; 44(124):275-84.
4. Athias RM, Oliveira JJF, Prado GJ, Silva MMT. Os serviços de saúde nas terras pankararu - Etnografia e Políticas. *Tempus Actas Saude Colet*. 2013; 7(4):205-22.
5. Mestriner Júnior W, Mestriner SF, Bulgarelli AF, Mishima SM. O desenvolvimento de competências em atenção básica à saúde: a experiência no projeto huka-katu. *Cienc Saude Colet*. 2011; 16 Suppl 1:903-12.
6. Luna WF, Nordi ABA, Rached KS, Carvalho ARV. Projeto de Extensão Iandé Guatá: vivências de estudantes de Medicina com indígenas Potiguara. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23:e180576.
7. Cuervo MRM, Radke MB, Riegel EM. PET-Redes de atenção à saúde indígena: Além dos muros da universidade, uma reflexão sobre saberes e práticas em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19 Suppl 1:953-63.
8. Brasil. Presidência da República. Lei nº 9.836, de 23 de Setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de Setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. *Diário Oficial da União*. 24 Set 1999.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Diretrizes do componente indígena da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
11. Portaria FUNASA (Fundação Nacional de Saúde) nº 852, de 30 de Setembro de 1999. Criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI. *Diário Oficial da União*. 30 Set 1999.
12. Cardoso AM, Santos RV, Garnelo L, Coimbra Junior CEA, Chaves MBG. Políticas Públicas de Saúde para os Povos Indígenas In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, CEBES; 2012. p. 911-33.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena de Pernambuco. Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco. Dados demográficos dos índios de Pernambuco. Recife: DSEI Pernambuco; 2018.
14. Egry EY, Fonseca RMGS, Oliveira MAC, Bertolozzi MR. Enfermagem em Saúde Coletiva: reinterpretação da realidade objetiva por meio da ação praxiológica. *Rev Bras Enferm*. 2018; 71 Suppl 1:710-5.



15. Holliday OJ. Para sistematizar experiencias. 2a ed. Brasília: Ministério do Meio Ambiente; 2006.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Resultados do universo do censo demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
17. Neves RCM. Resistência e Estratégias de Mobilização Política entre os Xukuru. In: Athias R. Povos indígenas de Pernambuco: identidade, diversidade e conflito. Recife: Ed. Universitária da UFPE; 2007. p.113-36.
18. De Lavor A. 9ª Assembleia do Povo Xukuru do Ororubá: sob ameaça, luta por terra e identidade. Radis. 2009; (84):11-9.
19. Mauricio HA. Saúde bucal da população indígena Xukuru do Ororubá (PE) [tese]. Recife: Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2020.
20. Silva EH. Xucuru: memórias e história dos índios da Serra do Ororubá (Pesqueira/PE), 1959-1988 [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2008.
21. Monte E. Xukuru do Ororubá: migrações e afirmação de identidade [Internet]. In: Anais do 10o Encontro Nacional de História Oral; 2010; Recife, Brasil. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2010 [citado 30 Nov 2019]. Disponível em: https://www.encontro2010.historiaoral.org.br/resources/anais/2/1270680106_ARQUIVO_Xukuru_Migracoes.pdf
22. Ludermir C. Povo Xukuru: pé no chão e raízes profundas. Rev Continente [Internet]. 2019 [citado 30 Nov 2019]; (218). Disponível em: <https://revistacontinente.com.br/secoes/extra/povo-xukuru--pe-no-chao-e-raizes-profundas>
23. Gonçalves GMS. Agrotóxicos, saúde e ambiente na etnia Xukuru do Ororubá – Pernambuco [dissertação]. Recife: Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2008.
24. Lima TFP. Política de informação no contexto da atenção à saúde indígena: uma análise a partir da perspectiva da vigilância em saúde [dissertação]. Recife: Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
25. Brito JSS, Albuquerque PC, Silva EH. Educação popular em saúde com o povo indígena Xukuru do Ororubá. Interface (Botucatu). 2013; 17(44):219-28. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000002>.
26. Mauricio HA, Moreira RS. Condições de saúde bucal da etnia Xukuru do Ororubá em Pernambuco: análise multinível. Rev Bras Epidemiol. 2014; 17(3):787-800.
27. Mikulak M. Colonial subjugation and human rights abuses: twenty-first century violations against Brazil's rural Indigenous Xukuru Nation. Anthropol Fac Publ [Internet]. 2016 [citado 1 Maio 2020]; 1. Disponível em: <https://commons.und.edu/anth-fac/1>
28. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes para a atenção à saúde bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: manual técnico. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2007.
29. Guimarães EMS. Expressões conservadoras no trabalho em saúde: a abordagem familiar e comunitária em questão. Serv Soc Soc. 2017; 1(130):564-82.
30. Arantes R. Saúde bucal dos povos indígenas do Brasil: panorama atual e perspectivas. In: Coimbra Junior CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, Abrasco; 2003. p. 49-72.
31. Casanova IA, Batista NA, Moreno LR. A Educação interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em saúde. Interface (Botucatu). 2018; 22 Supl 1:1325-37.



32. Maroja MCS, Almeida Júnior JJ, Noronha CA. Os desafios da formação problematizadora para profissionais de saúde em um programa de residência multiprofissional. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24:e180616. Doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.180616>.
33. Emmerich AO, Fagundes DQ. Paulo Freire e saúde: revisitando “velhos” escritos para uma saúde do futuro. *Saude Transform Soc*. 2016; 6(2):1-8.
34. Pontes AL, Machado FRS, Santos RV, Brito CAG. Diálogos entre indigenismo e Reforma Sanitária: bases discursivas da criação do subsistema de saúde indígena. *Saude Debate*. 2019; 43 (esp 8):146-59.
35. Torres RBS, Barreto ICHC, Freitas RWJF, Evangelista ALP. Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23:e170691. Doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.170691>.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde-SGTES; 2006.
37. Adolpho CVT, Alexandre HG, Heise M, Silva ER. Experiências em estágios optativos. In: Uchôa-Figueiredo LR, Rodrigues TF, Dias IMAV, organizadores. *Percursos interprofissionais: formação em serviços no Programa Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde*. Porto Alegre: Rede Unida; 2016. p. 189-214.
38. Forsyth C, Short S, Gilroy J, Tennant M, Irving M. An Indigenous cultural competence model for dentistry education. *Br Dent J*. 2020; 228(9):719-25.
39. Associação Brasileira de Educação Médica. Em defesa da visibilidade da temática e da presença dos povos indígenas na educação médica [Internet]. Brasília: ABEM; 2020 [citado 21 Abr 2021]. Disponível em: <https://website.abem-educmed.org.br/recomendacoes-da-abem-para-o-ensino-da-saude-indigena/>
40. Diehl EE, Pellegrini MA. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. *Cad Saude Publica*. 2014; 30(4):867-74.
41. Araujo MRA, Tavares MS, Souza VRFP, Bezerra DO. Saúde sexual e reprodutiva na etnia Xukuru do Ororubá: diga às mulheres que avancem. *Saude Debate*. 2020; 44(124):193-204.
42. Mariátegui JC. O problema do índio. In: Mariátegui JC. *Sete ensaios de interpretação da realidade peruana*. São Paulo: Expressão Popular; 2008. p. 55-65.
43. Mariátegui JC. O problema da terra. In: Mariátegui JC. *Sete ensaios de interpretação da realidade peruana*. São Paulo: Expressão Popular; 2008. p. 67-113.
44. Muñoz RR. Mariátegui – sujeito revolucionário e movimento indígena [Internet]. São Paulo: Coleção Princípios; 2004 [citado 1 Maio 2020]. Disponível em: <http://revistaprincipios.com.br/artigos/72/cat/1134/mari´tegui-%E2%80%93-sujeito-revolucion´rio-e-movimento-indígen-a-.html>



This is an experience report, based on the recommendations that call to close the gap between health education and the reality of populations in vulnerable situations, from the perspective of a residence worker, about the internship experience in the Xukuru do Ororubá Indigenous Territory (Pernambuco/Brazil). The observations emerged regarding the living and health conditions of the indigenous people, the internship pedagogical process and its repercussions on professional training and practice, as well as the weaknesses related to the coverage and longitudinality of oral health care. It was possible to improve the socio-political glance at the indigenous issue through interventions from the perspective of subject autonomy. The potentiality of the proposal is evident, stimulating the confrontation between established professional knowledge and the objective reality of the communities, seeking to overcome the colonial model of care, expanding the perspective of professional training for the Brazilian National Health System (SUS).

Keywords: Primary health care. Health of indigenous populations. Oral health. Access to health services. Post-graduate health programs.

A partir de las recomendaciones sobre experiencias que aproximan la formación en salud de la realidad de poblaciones en situación de vulnerabilidad, se presenta un relato de experiencia, desde la perspectiva de un trabajador residente de salud, sobre la experiencia de pasantía en el Territorio Indígena Xukuru del Ororubá (Pernambuco/Brasil). Surgieron reflexiones sobre las condiciones de vida y salud del pueblo indígena, el proceso pedagógico de la pasantía y las repercusiones en la formación y el quehacer profesional, además de las fragilidades relacionadas con la cobertura y longitudinalidad del cuidado de salud bucal. Por medio de intervenciones con la perspectiva de autonomía de los sujetos, fue posible perfeccionar la mirada sociopolítica sobre la cuestión indígena. Se señala la potencialidad de la propuesta que incentiva el enfrentamiento entre saberes profesionales instituidos y la realidad objetiva de las comunidades, buscando la superación del modelo colonial de cuidado, ampliando la perspectiva de actuación del profesional en formación para el Sistema Brasileño de Salud (SUS).

Palabras clave: Atención primaria de la salud. Salud de poblaciones indígenas. Salud bucal. Acceso a los servicios de salud. Programas de postgrado en salud.