



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIAS SESAU/FIOCRUZ**

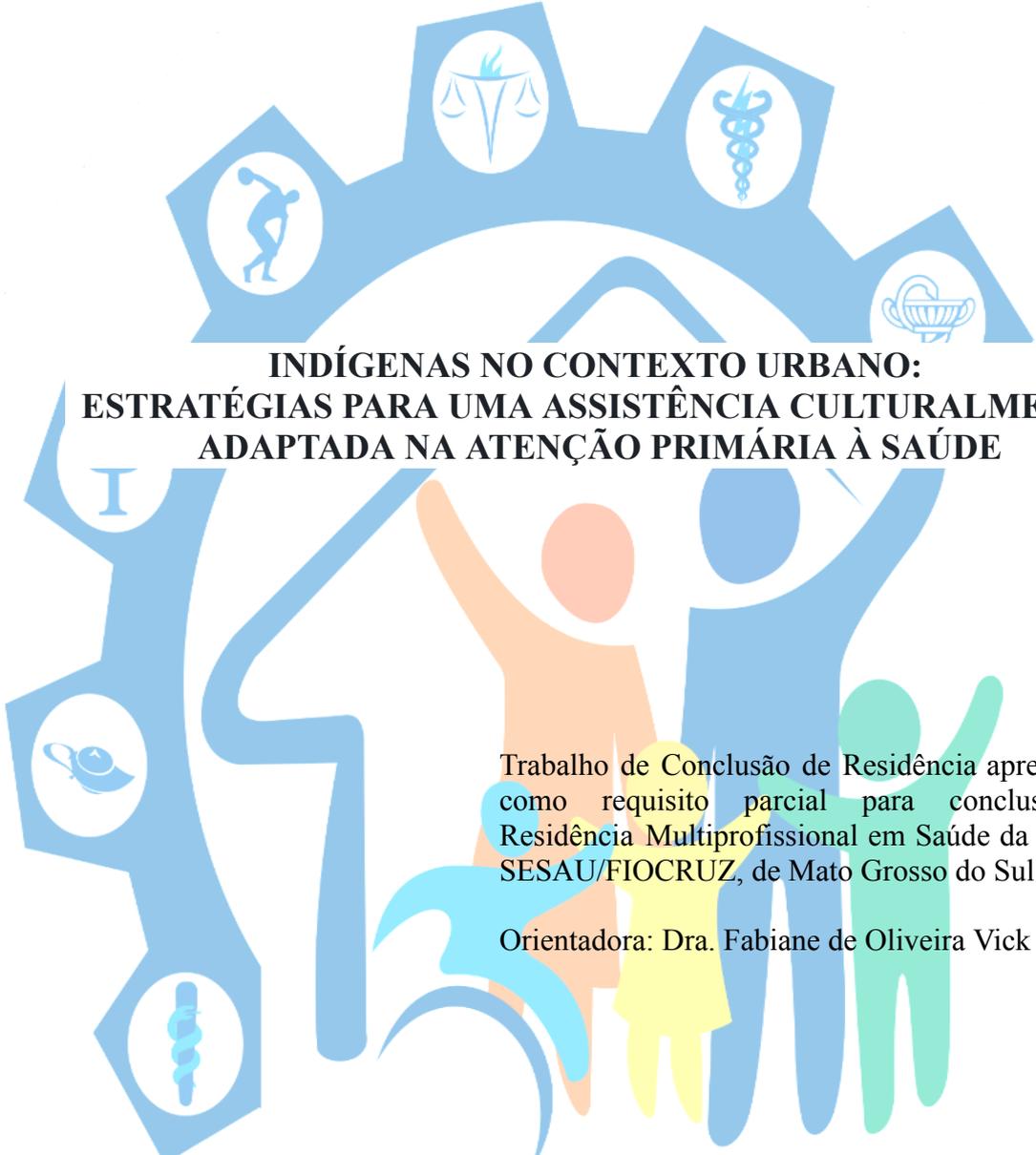
MARBELIS YULIMAR MONROY RIVAS

**INDÍGENAS NO CONTEXTO URBANO:
ESTRATÉGIAS PARA UMA ASSISTÊNCIA CULTURALMENTE
ADAPTADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

CAMPO GRANDE - MS

2024

MARBELIS YULIMAR MONROY RIVAS



**INDÍGENAS NO CONTEXTO URBANO:
ESTRATÉGIAS PARA UMA ASSISTÊNCIA CULTURALMENTE
ADAPTADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado
como requisito parcial para conclusão da
Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SESAU/FIOCRUZ, de Mato Grosso do Sul.

Orientadora: Dra. Fabiane de Oliveira Vick

**Residência Multiprofissional
em Saúde da Família**

SESAU/FIOCRUZ

Laboratório de Inovação na Atenção Primária à Saúde - Campo Grande - Mato Grosso do Sul

CAMPO GRANDE - MS

2024

Por isso que os nossos velhos dizem: "Você não pode se esquecer de onde você é e nem de onde você veio, porque assim você sabe quem você é e para onde você vai". Isso não é importante só para a pessoa do indivíduo, é importante para o coletivo, é importante para uma comunidade humana saber quem ela é, saber para onde ela está indo...

(O Eterno Retorno do Encontro)
Ailton Krenak

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao Deus da vida e da história, aos ancestrais que fortalecem a vida, resistência e luta dos povos originários. Agradeço à minha orientadora Dra. Fabiane de Oliveira Vick pela paciência, por todos os ensinamentos e momentos compartilhados. Gratidão pela liberdade que me proporcionou durante toda a pesquisa e sobretudo, pela disponibilidade em me ouvir, acolher e me orientar com tanta sensibilidade, especialmente nos momentos mais difíceis durante a residência.

Agradeço à Congregação das Missionárias Lauritas, a qual me permitiu viver este tempo de aprendizado e crescimento pessoal e profissional para continuar vivendo meu compromisso com o Reino de Deus, de construir uma sociedade mais justa e fraterna, combatendo toda e qualquer forma de discriminação e preconceito que tanto mal fazem aos menos favorecidos. Agradeço especialmente o apoio e a confiança das irmãs Elsa e Rubiela, companheiras de caminhada e de luta.

Gratidão a todos meus colegas de turma, especialmente a minha colega de categoria Marina Ametlla, por tantos momentos compartilhados durante o tempo da residência. Pela amizade que construímos e que me sustentou e me deu forças para concluir.

Agradeço ao meu preceptor Mario Olavo que sempre esteve ao meu lado, disponível para escutar e compartilhar seus saberes e experiências. Agradeço a todos os profissionais da USF Coophavila II por cada detalhe, por tudo o que aprendi com cada um, especialmente os profissionais das equipes Girassol e Arara azul, meu carinho e gratidão.

Agradeço imensamente à supervisora do Programa da Residência na USF Vida Nova, Angela Vanessa Epifanio, que não poupou esforços para fazer acontecer as diferentes etapas do projeto, meu muito obrigada de coração, sem seu apoio não teria sido possível.

Agradeço a todos os profissionais da USF Vida Nova pelas contribuições, pela participação, por terem acolhido a proposta e pela paciência. Aos indígenas das aldeias urbanas Água Bonita e Tarsila do Amaral por acolher a proposta com tanto carinho e compromisso. O êxito do trabalho é graças a cada um dos que participaram e possibilitam a execução da pesquisa. Muito obrigada.

Gratidão ao Ministério da Saúde, Fiocruz e SESAU pela oferta e financiamento do Programa de Residência.

RESUMO

O processo saúde doença na perspectiva dos povos indígenas possui concepções diferentes sobre a noção de corpo, saúde, doença, vida, morte e sua relação com os modos de vida, produzindo uma forma distinta de pensar a saúde, ou seja, a compreensão do processo saúde-doença não segue regras nem conceitos universais, cada cultura constrói através de seus conhecimentos próprios, modos de explicar e lidar com a doença e a saúde. Sendo assim, o objetivo geral foi aproximar as demandas em saúde de duas comunidades indígenas em contexto urbano da Cidade de Campo Grande – MS, dos profissionais e serviços de saúde de uma Unidade de Saúde da Família responsável pela assistência da referida população indígena, com o intuito de construir estratégias para uma assistência culturalmente adaptada. Para tal finalidade, desenvolveu-se um Projeto de Intervenção (PI), fundamentado nos princípios da Educação Permanente em Saúde e na metodologia de problematização, seguindo os fundamentos do Método do Arco, de Charles Maguerez. O referido projeto ocorreu simultaneamente nas comunidades indígenas urbanas Água Bonita e Tarsila do Amaral e na Unidade Saúde da Família Vida Nova que atende essa população na cidade de Campo Grande- MS. A intervenção possibilitou o diálogo intercultural, assim como, problematizar as práticas de saúde e elaborar estratégias para a construção de uma assistência culturalmente adaptada. O processo de reflexão e elaboração das propostas evidenciou maior compreensão sobre a importância de considerar as especificidades culturais na assistência, como forma de qualificar e humanizar os cuidados. Espera-se que os resultados da pesquisa possam subsidiar a implementação de ações estratégicas que visem uma assistência em saúde diferenciada aos indígenas no contexto urbano.

Palavras chaves: Povos Indígenas. Área Urbana. Atenção Primária à Saúde. Educação Permanente.

RESUMEN

El proceso de salud enfermedad desde la perspectiva de los pueblos indígenas contiene concepciones diferentes sobre la noción de cuerpo, salud, enfermedad, vida, muerte y su relación con los modos de vida, produciendo una manera diferente de pensar la salud, o sea, la comprensión del proceso de salud enfermedad no sigue reglas y ni conceptos universales, cada cultura construye por medio de sus conocimientos propios, modos de explicar y lidiar con la enfermedad y la salud. Para lo cual, el objetivo general fue aproximar las demandas en salud de dos comunidades indígenas en contexto urbano de la ciudad de Campo Grande -MS, de los profesionales y de los servicios de salud de una Unidad de Salud de la Familia, responsable por el atendimento de la población indígena suscrita en el territorio, con la finalidad de construir estrategias para una asistencia culturalmente adaptada. Para tal finalidad, se desarrolló un proyecto de intervención, fundamentado en los principios de la Educación Permanente en salud y en la metodología de problematización, siguiendo los fundamentos del Método del Arco de Charles Maguerez. El citado proyecto ocurrió simultáneamente en las comunidades indígenas urbanas Agua Bonita y Tarsila do Amaral y en la Unidad de Salud de la familia Vida Nova que atiende esa población en la ciudad de Campo Grande - MS. La intervención posibilitó el diálogo intercultural, problematizar las prácticas de salud y elaborar estrategias para la construcción de una asistencia culturalmente adaptada. El proceso de reflexión y elaboración de las propuestas evidenció mayor comprensión sobre la importancia de considerar las particularidades culturales en la asistencia, como forma de cualificar y humanizar los cuidados. Se espera que los resultados de la investigación puedan subsidiar en la implementación de acciones estratégicas que busquen una asistencia diferenciada a los indígenas en el contexto urbano.

Palabras claves: Pueblos Indígenas. Área Urbana. Atención Primaria a la Salud. Educación Permanente.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	10
3 MÉTODO.....	19
3.1 Local do estudo e população alvo.....	19
3.2 Descrição da intervenção.....	20
3.3 Coleta de dados.....	22
3.4 Análise dos dados.....	23
3.5 Avaliação da intervenção.....	25
3.6 Aspectos Éticos.....	26
4 RESULTADOS.....	27
5. DISCUSSÃO.....	44
6 CONCLUSÕES.....	50
REFERÊNCIAS.....	52
ANEXO A - QUESTIONÁRIO PRÉ-OFFICINA.....	57
ANEXO B - QUESTIONÁRIO PÓS-OFFICINA.....	59
ANEXO C - MATRIZ DE INTERVENÇÃO.....	61
ANEXO D - REGISTRO DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A POPULAÇÃO INDÍGENA.....	62
ANEXO E - REGISTRO DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	66
ANEXO F - CARTA DE ANUÊNCIA DA CGES-SESAU-CG.....	70
ANEXO G - PARECER DO CEP/CONEP.....	72

1 INTRODUÇÃO

A compreensão do processo saúde-doença não segue regras nem conceitos universais, ou seja, cada cultura constrói através de seus conhecimentos próprios, modos de explicar e lidar com a doença e a saúde. Nessa perspectiva, para os povos originários, a saúde emerge do equilíbrio entre vários fatores ligados à identidade e bem-estar de forma coletiva, o que acarreta na manutenção e fortalecimento das tradições e modos de vida (Tobias *et al.*, 2023 *apud* Gallo; Setti, 2017).

Atualmente em nível global existem mais pessoas vivendo nas áreas urbanas (54%) do que nas áreas rurais, sendo assim, essa mudança sem planejamento impacta de maneira negativa a dimensão sustentável do espaço urbano, pois, a falta de políticas públicas e de ações específicas aumenta a desigualdade e a má distribuição dos benefícios de quem ocupa o contexto urbano (Figueiredo *et al.*, 2017).

Este cenário global repercute na realidade atual dos povos indígenas do Brasil, visto que, segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) de 2022 mais da metade da população indígena do Brasil encontra-se no contexto urbano das diversas cidades do país. Especificamente no estado do Mato Grosso do Sul, a quantidade de pessoas que se autodeclararam indígenas foi de 116.346 pessoas, o que equivale a 4,22 % da população registrada. Vale ressaltar que em todos os 79 municípios do Estado há presença de indígenas em diferentes contextos (IBGE, 2023).

O crescimento expressivo da população indígena do Brasil nos últimos 12 anos, sobretudo nas áreas urbanas, representa um desafio para a construção de políticas públicas voltadas para as necessidades desta população, que visem diminuir os riscos e as vulnerabilidades que o contexto urbano impõe para estes povos. Sendo assim, o reconhecimento da saúde como uma prioridade implica respeitar os direitos garantidos na Constituição Cidadã de 1988 e valorizar a existência deles e sua contribuição para a sociedade (Figueiredo *et al.*, 2017).

Com relação ao sistema de saúde, deve-se considerar que o processo saúde doença na perspectiva dos povos indígenas possui concepções diferentes sobre a noção de corpo, saúde, doença, vida, morte e sua relação com os modos de vida, produzindo uma forma distinta de pensar a saúde. Desse modo, a possibilidade de incluir os saberes e práticas tradicionais indígenas na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), exige conhecimentos mínimos das necessidades específicas e o planejamento de ações voltadas para o fortalecimento de uma

assistência culturalmente adaptada com base nas propostas da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) através da qualificação permanente dos profissionais de saúde que atendem populações indígenas (Rosado, 2018).

A diversidade de povos indígenas do Brasil representa uma pluralidade de costumes e tradições, o que implica formas diferentes de viver e de se relacionar com o mundo e com os outros. Segundo Mendonça e Rodrigues (2008, p. 1) “O processo saúde-doença para os povos indígenas têm determinantes específicos, além daqueles a que estão sujeitos todos os brasileiros”.

O presente trabalho trata-se de um Projeto de Intervenção, o qual foi desenvolvido no formato de oficinas em uma unidade de saúde, visando a qualificação dos profissionais de saúde e propiciando a troca de saberes, assim como, de rodas de conversa em duas comunidades indígenas no contexto urbano com o intuito de discutir a assistência em saúde.

A relevância desta proposta reside na necessidade de oferecer serviços e ações de saúde norteados pelos princípios do SUS, neste caso, com ênfases na competência cultural como um atributo que possibilita o reconhecimento das demandas específicas da população indígena no contexto urbano adscrita nos territórios das unidades de saúde e possibilita o diálogo e o planejamento a partir das reais demandas, com o intuito de promover saúde e prevenir doenças e agravos.

O Projeto de Intervenção se fundamentou nos princípios da Educação Permanente em Saúde, a qual considera o habitual do trabalho em saúde um recurso pedagógico, aprendizagem-trabalho (Merhy, 2015), pois, favorece a construção de espaços coletivos para a discussão e avaliação dos atos de saúde (Ceccim, 2005).

Também foi aplicada a metodologia de problematização, seguindo os fundamentos do Método do Arco, de Charles Maguerez, o qual é organizado em cinco etapas que são desenvolvidas a partir de um recorte da realidade (Bordenave; Pereira, 1982). Tais etapas foram utilizadas no decorrer das atividades previamente apresentadas.

Nessa perspectiva, a pesquisa teve como objetivo geral aproximar as demandas em saúde de duas comunidades indígenas em contexto urbano da Cidade de Campo Grande – MS, dos profissionais e serviços de saúde de uma Unidade de Saúde da Família responsável pelo atendimento da população indígena, com o intuito de construir estratégias para uma assistência em saúde culturalmente adaptada na APS.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Com a colonização e como consequência a ocupação das terras indígenas por parte dos colonizadores, o cuidado pelos indígenas passou a ser responsabilidade da igreja através dos missionários que cuidavam dos corpos e das almas. Na época, muitos povos indígenas foram exterminados ou feitos escravos, reduzindo significativamente o número daqueles que já habitavam as terras invadidas pelos colonizadores, o que indica que a aproximação com cultura não indígena nunca foi pacífica e amigável (Mendonça; Rodrigues, 2008).

Nessa perspectiva, a exploração da natureza, a construção de ferrovias e da linha telegráfica na era da República, implicou no extermínio de povos originários que não foram respeitados na sua identidade e nem reconhecidos como donos desses territórios (Mendonça; Rodrigues, 2008).

No Brasil, a população indígena, estimada em cerca de 5 milhões de pessoas no início do século XVI, comparável à da Europa nesta mesma época, foi dizimada pelas expedições punitivas às suas manifestações religiosas e aos seus movimentos de resistência, mas, principalmente, pelas epidemias de doenças infecciosas, cujo impacto era favorecido pelas mudanças no seu modo de vida impostas pela colonização e cristianização (como escravidão, trabalho forçado, maus tratos, confinamento e sedentarização compulsória em aldeamentos e internatos) (BRASIL, 2002 p. 7).

O contato com a cultura europeia, além de impactar significativamente a vida dos povos indígenas, originou conflitos fundiários que até a atualidade alguns se mantêm, como expressão dos interesses econômicos do sistema capitalista e seus projetos de desenvolvimento que implicou a destruição e exploração da natureza com fins meramente lucrativos (BRASIL, 2002).

Estes empreendimentos, já no início da década de 1900, provocaram massacres de indígenas elevando a taxa de mortalidade devido às doenças transmissíveis. Em vista disso, no ano 1910 foi criado o Serviço de Proteção ao Índio (SPI), órgão vinculado ao Ministério da Agricultura, que visava proteger aos índios com a finalidade de assimilá-los aos progressos produtivos da nação (BRASIL, 2002).

Toda a problemática envolvendo a terra e o conflito fundiário afetou diretamente os povos indígenas, os quais sofreram ataques violentos no confronto com a classe burguesa, que se apropriou dos seus territórios, expulsando-os e negando-lhes o direito de possuir a terra de forma coletiva para garantir seus modos de vida tradicionais. Como consequência das invasões e da exploração desmedida do solo brasileiro, deu-se a devastação física e cultural que exterminou numerosos grupos étnicos, reduzindo a população indígena originária a uma

minoria que até hoje continua sendo excluída e privada de uma vida digna com seus costumes tradicionais (Silva, 2017).

Em sequência, na década de 1950, teve início o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), vinculado ao Ministério da Saúde, com o objetivo de atender por meio de ações básicas de saúde como vacinação, atendimento odontológico, controle da tuberculose e outras doenças transmissíveis, às populações indígenas com difícil acesso. Seguidamente em 1967, o SPI foi extinto e no lugar foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), seguindo o modelo de atendimento do SUSA, acrescentando as Equipes Volantes de Saúde (EVS) (BRASIL, 2002).

Vale destacar que a visão desta política indigenista se baseava em considerar os índios como crianças menores e como objeto de fácil integração com a sociedade não indígena para que pudessem evoluir. Entretanto, a assistência à saúde não teve mudanças relevantes a favor dos povos indígenas, pois, a mesma continuou sem uma organização, ocorrendo de forma esporádica e em casos emergenciais ou com finalidades de pacificação (BRASIL, 2002).

Até a época citada anteriormente, caracterizada por uma intensa intervenção do poder público muitas vezes ou quase sempre sem considerar a opinião dos indígenas, as instituições políticas esperavam e pautavam suas ações na expectativa de que os povos indígenas progressivamente desapareceriam e deixariam de existir como grupos culturalmente diferenciados. Contudo, aconteceu exatamente o contrário, pois, a população indígena apresentou um grande crescimento demográfico, fortalecendo a resistência em preservar suas identidades e reivindicando seus direitos (Garnelo, 2012).

Na década de 1980 se concretizou a redemocratização do país, após uma longa luta e reivindicação dos movimentos sociais e de vários setores da sociedade, incluindo o movimento indígena que se destacou com uma participação ativa nesse processo. A concretização de tais reivindicações culminou na promulgação da Constituição Cidadã, a qual permitiu ampliar a responsabilidade do Estado com a saúde pública de toda a população, favorecendo a criação do SUS a partir da concepção da saúde como direito de todos os cidadãos e dever do Estado. Enquanto aos povos indígenas, a Constituição Federal de 1988 reconheceu o direito dos mesmos a sua organização social, língua, crenças, costumes e tradições, limitando um prazo de cinco anos para a demarcação de todas as terras indígenas do país, o que até hoje não ocorreu na sua totalidade (Mendonça; Rodrigues, 2008).

Nesse sentido, tomou-se como ponto de partida os princípios e diretrizes do SUS para a elaboração e promulgação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

(PNASPI) em 1999, através da lei conhecida como Lei Arouca, tal lei tinha como finalidade identificar as especificidades dos povos originários vinculados ao SUS, com o intuito de desenvolver ações diferenciadas para o atendimento em saúde dos povos indígenas.

Atualmente a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) configura um dos principais dispositivos legais para a concretização de uma assistência diferenciada aos povos indígenas, sendo assim, possibilitar que os profissionais de saúde tenham acesso a informações sobre a referida política é fundamental para que mudanças no campo da prática em saúde aconteçam independentemente do local onde as ações são desenvolvidas. O reconhecimento dos indígenas como populações culturalmente diferenciadas perpassa pela escuta atenta e qualificada, assim como, pelo diálogo intercultural, visando identificar aspectos legítimos e singulares dos indivíduos vinculados às demandas e necessidades em saúde (Rosado, 2018).

A população total dos povos indígenas no Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgados em Agosto do ano 2023, referente ao censo populacional do ano 2022, apontou um crescimento de mais de cinquenta por cento em doze anos, com variação positiva de 88,82%. Em 2010, o IBGE contabilizou 896.917 pessoas que se autodeclararam indígenas, já em 2022 esse número subiu para 1.693.535 pessoas pertencentes a diferentes povos indígenas (IBGE, 2023).

Tal realidade a nível nacional representa uma diversidade cultural significativa distribuídos em mais de 300 povos que falam mais de 180 línguas diferentes, localizados em espaços urbanos e rurais, com características culturais, sociais, econômicas e históricas diversificadas. Desconhece-se a dinâmica demográfica de tais povos, pois, dados sobre natalidade, mortalidade ou migração dos povos indígenas do Brasil são escassos na atualidade, o que se reflete na falta de dados históricos, antropológicos, sociais e econômicos que possam auxiliar para um debate pautado em uma visão mais plural e menos singular em vista da sociodiversidade indígena (Pagliaro; Azevedo; Ventura, 2005).

Especificamente Mato Grosso do Sul, de acordo com os dados divulgados pelo IBGE em 2023, possui a terceira maior população indígena do país, com um total de 116.346 pessoas indígenas, o que representa o 4,22% da população total do Estado. Vale ressaltar que de acordo com o censo demográfico de 2022, Mato Grosso do Sul possui presença indígena em todos os municípios, ou seja, nos 79 municípios do Estado e em 62 municípios houve aumento da população indígena nos últimos doze anos, entre 2010 e 2022. Os cinco primeiros

municípios de Mato Grosso do Sul em quantidade de indígenas são: Campo Grande, Dourados, Amambai, Aquidauana e Miranda (IBGE, 2023).

Antes da Constituição Federal de 1988 o discurso sobre políticas indigenistas era baseado no entendimento de que os povos indígenas como população culturalmente diferenciada desapareceriam, através da absorção destes pela sociedade nacional, o que implicava em políticas assistencialistas sem considerar as particularidades dos diversos povos, suas necessidades e negando-lhes o direito de serem protagonistas do seu próprio processo. Após a proclamação da Constituição Cidadã de 1988, a qual reconheceu os direitos à sociodiversidade, ficou garantido o direito à terra, organização social, língua, expressões culturais, educação e saúde diferenciada de tais povos, sendo o Estado responsável por zelar para a efetivação de tais garantias (Arouca; Lima, 2014).

Os levantamentos demográficos dos povos indígenas realizados no final da década de 1970 e início de 1980, desenvolvido pela sociedade civil, com relevante participação do Conselho Indigenista Missionário (CIMI) entre outros, contribuiu para demonstrar que os povos originários longe de estarem em um estágio transitório encontravam-se em crescimento populacional. Nesse sentido, sabe-se que mesmo que os direitos estejam ainda hoje sendo reivindicados para que realmente sejam efetivados, vale destacar que dados populacionais continuam sendo fundamentais na resistência e luta destes povos pelo reconhecimento e respeito à sociodiversidade que os mesmo representam para o país (Guimarães, 2019).

Com relação ao sistema de saúde, deve-se considerar que o processo saúde doença na perspectiva dos povos indígenas possuem concepções diferentes sobre a noção de corpo, saúde, doença, vida, morte e sua relação com os modos de vida, produzindo uma forma distinta de pensar a saúde. Desse modo, a possibilidade de incluir os saberes e práticas tradicionais indígenas na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), exige conhecimentos mínimos das necessidades específicas e o planejamento de ações voltadas para o fortalecimento de uma assistência culturalmente adaptada com base nas propostas da PNASPI através da qualificação permanente dos profissionais de saúde que atendem populações indígenas (Rosado, 2018).

De acordo com Pontes *et al.*, (2021), a saúde dos povos indígenas implica na interação de diversos fatores fundamentais para a vida e subsistência dos mesmos. Destaca-se como fator importante o direito à posse e acesso à terra como garantia para preservação e fortalecimento da cultura, soberania alimentar, educação e saúde diferenciada, moradia e de

trabalho. Sendo assim, a saúde dos povos originários possui uma estreita relação com a forma como eles ocupam seus territórios e

(...) pelo reconhecimento da cidadania plena dos povos indígenas e por medidas que assegurem: a posse de suas terras; o respeito à sua organização político-cultural; o acesso às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde; e a participação na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde (Pontes *et al.*, 2021 p. 52 *Apud* UNI, 1988: 8).

A constituição Federal de 1988 se diferenciou das anteriores no sentido de decretar a saúde como um direito e também ao dedicar um capítulo específico para os povos Indígenas, contido nos artigos 231 e 232. Nesse sentido, tais artigos exigem uma leitura com a atenção redobrada, pois, Conforme Souza (2009 p.109) “pode levar a crer que não há proteção à saúde indígena mais do que a proteção geral estabelecida a todos os cidadãos brasileiros”, o que exige uma análise detalhada dos artigos citados.

Art. 231. São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens.

Art. 232. Os índios, suas comunidades e organizações são partes legítimas para ingressar em juízo em defesa de seus direitos e interesses, intervindo o Ministério Público em todos os atos do processo (BRASIL, 2016 p. 133-134).

Tratando-se da saúde como um direito, especificamente dos povos indígenas, existem duas vertentes que se derivam do mesmo direito, ou seja, direito para manter e praticar seus costumes, usar seus próprios métodos, conhecimentos para a cura e a prevenção e o outro eixo, direito a acessar aos outros conhecimentos, métodos e instrumentos que são disponíveis a todos os cidadãos brasileiros não indígenas. A primeira vertente se sustenta e sustenta a cultura de cada povo com suas particularidades étnicas e a segunda exige uma readequação de todos os serviços oferecidos pelo SUS, para atender as demandas específicas em qualquer lugar que elas apareçam (Souza, 2009).

Nesta perspectiva, o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro considera a saúde como um direito de todos e dever do Estado, segundo a Constituição Federal de 1988, assume um conceito de saúde ampliado, ou seja, não só como a mera ausência de doença. Assim sendo, o conceito ampliado de saúde exige a criação de políticas públicas que correspondam a tal concepção de saúde. Nesse sentido o SUS, se pauta em ações que não visam só a recuperação da saúde, porém, ações de prevenção de agravos, promoção, recuperação, reabilitação da saúde com base nos determinantes sociais da saúde (BRASIL, 2010).

A gestão de uma política de saúde envolve fases que auxiliam no desenvolvimento e implementação da mesma. Portanto, definir sua finalidade, construir estratégias e ações

coerentes com o fim, utilizando instrumentos adequados e acessíveis que orientem as ações, determinar as funções e rotina de trabalho dos agentes que atuaram na política, criar espaços para discutir e avaliar o desempenho, assim como, delimitar valores éticos de justiça e igualdade como base da política, constituem alguns elementos fundamentais da dinâmica da gestão de uma política de saúde (Garnelo, 2014).

As comunidades indígenas que se encontram em contextos urbanos se deparam com dificuldades como conseqüência da migração e das diferenças culturais, em vista disso, garantir o acesso adequado aos serviços de saúde torna-se uma urgência e um desafio, devido ao crescimento população dos povos indígenas, especificamente ocupando espaços urbanos (Tobias *et al*, 2023).

A V Conferência de Saúde Indígena realizada no ano de 2015 em Brasília – DF, que teve como lema “Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e SUS: Direito, Acesso, Diversidade e Atenção Diferenciada” na sua declaração no relatório final consta a solicitação pela definição de estratégias por parte das Secretarias de Saúde articuladas conjuntamente com o Ministério da Saúde que permitam promover entre outras ações o “acesso para todos os indígenas (aldeados, não aldeados e urbanos) aos serviços de saúde de qualidade” (BRASIL, 2015 p.27).

Isso significa que existe a preocupação de parte das lideranças indígenas sobre a realidade daqueles que têm migrado de suas aldeias de origens por diversos motivos e que atualmente se encontram em contextos urbanos, o que não representa a perda dos direitos garantidos na Constituição Federal de 1988.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada um modelo assistencial capaz de produzir resultados positivos na vida da população, pois, países que têm como referência a APS, apresentam melhores índices de desenvolvimento e de saúde das pessoas, além de, demonstrar maior efetividade no tratamento das doenças crônicas, ênfase no cuidado, na prevenção de agravos e promoção as saúde e contribuir no combate das iniquidades em saúde, proporcionando maior acesso dos usuários a todos os serviços e níveis de atenção (Oliveira; Pereira, 2013).

Para Starfield (2002), a eficácia e abrangência da atenção primária podem ser medidas a partir da abordagem capacidade – desempenho, o que envolve elementos estruturais como a acessibilidade, variedade de serviços, população eletiva e continuidade assim como, aspectos que tornam importantes e relevantes as ações em saúde, sendo eles, utilização de serviços pela população e reconhecimento dos problemas por profissionais de serviços de saúde. Sendo

assim, a APS, é responsável por acolher todas as queixas e problemas de saúde mais frequentes da comunidade, possibilitando o acesso integral aos serviços disponíveis e planejando ações de prevenção, cura e reabilitação visando maximizar a saúde e bem estar dos usuários. De acordo com Oliveira e Pereira (2013, p. 159), a APS:

Orienta-se por eixos estruturantes que, na literatura internacional, recebem o nome de atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural.

Os serviços e ações ofertados na APS devem ser coerentes com as necessidades das pessoas e comunidades, nesse sentido, se faz necessário reconhecer e identificar tais demandas, pois, as mesmas orientarão o planejamento e avaliação das atividades desenvolvidas no sistema de saúde. Caracterizar um problema norteia a seleção de situações que exigem maior atenção e o desdobramento de condutas objetivando o diagnóstico ou melhor compreensão da situação, para logo produzir estratégias para o tratamento das mesmas e por último realizar a reavaliação do problema com o intuito de verificar se as ações foram adequadas e responderam de forma satisfatória para a resolução (Starfield, 2002).

Em vista disso, e considerando que o cuidado é contínuo, “a esta altura, o processo de atenção inicia um novo ciclo de monitoramento e acompanhamento, com vigilância dos problemas tal qual existem agora” (Starfield, 2002, p. 59).

A competência cultural, como atributo da APS significa na prática valorizar as singularidades dos lugares e das pessoas, compreendendo os modos como estas entendem os processos de saúde e doença, sabendo que tal entendimento varia de cultura para cultura e de indivíduo para indivíduo. Os profissionais que atuam na APS pautados na competência cultural devem se atentar às percepções sobre a doença e o significado do adoecer dos usuários, sem sobrepor seus conhecimentos e crenças, que nem sempre são alinhados com os saberes e experiências da população atendida. De outro modo, a relação usuário profissional será marcada por conflitos e dilemas, o que pode gerar dificuldades na adesão do tratamento prejudicando a continuidade do cuidado (Damasceno; Silva, 2018).

Tratando-se da atenção em saúde dos povos indígenas dados epidemiológicos e demográficos, assim como, sobre a sociodiversidade são fundamentais, pois, deve-se reconhecer a existência dos povos indígenas cada um com uma cosmovisão, língua e organização próprias e diferentes entre si. Segundo Coimbra *et al.* (2005 p.13):

Os povos indígenas no Brasil apresentam um complexo e dinâmico quadro de saúde, diretamente relacionado a processos históricos de mudanças sociais, econômicas e ambientais atreladas à expansão e à consolidação de frentes demográficas e econômicas da sociedade nacional nas diversas regiões do país.

Os diversos contextos em que se encontram os povos originários, desde os isolados na Amazônia, os de recente contato, os aldeados até os que ocupam espaços no contexto urbano, com expressiva presença nas cidades brasileiras de Manaus- AM, Campo Grande-MS, São Paulo-SP, Dourados-MS e outras, evidencia a mudança do perfil epidemiológico e demográfico destes povos, com impactos diretos na saúde, pois, as mudanças ambientais e sociais afetam os modos de vida destes povos. Em vista disso, a atenção em saúde dos povos indígenas, torna-se um desafio que merece especial destaque, já que se desconhece o perfil epidemiológico dos povos indígenas devido à falta de informações, pesquisas e censos, assim como de dados sobre morbidades e mortalidade (Coimbra *et al.*, 2005).

Vale destacar que a diversidade cultural representa um desafio para qualquer sistema de saúde, e no Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS) e o mesmo Subsistema de Saúde Indígena, o qual se orienta pelas diretrizes e princípios do SUS, carecem de uma clareza sobre os pressupostos da atenção diferenciada em saúde às populações indígenas, sendo esse assunto motivo de freqüentes debates e discussões (Mota; Nunes, 2018). Por tanto, tal fato revela a importância de se refletir e debater constantemente sobre essa realidade com a finalidade de garantir o direito a uma saúde diferenciada independentemente do contexto no qual se encontrem as pessoas que se autodeclaram indígenas.

De acordo com Damasceno e Silva (2017), o SUS possui como eixo estruturador a Atenção Primária à Saúde (APS), fundamentando-se nas evidências de outros países que têm adotado o mesmo princípio e tem melhorado seus indicadores de saúde e como consequência têm alcançado melhores condições de vida da população. O acesso a um atendimento de qualidade como a que preza a APS, tem revelado

tratamento mais efetivo de condições crônicas, maior eficiência do cuidado, maior utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços e o estado geral de saúde (Damasceno; Silva, 2019, p. 2).

A presença de famílias indígenas no território das unidades de saúde exige que os profissionais que ali atuam repensem sua forma de exercer a clínica e a capacidade de acrescentar novos conhecimentos de outras áreas de saberes que possam contribuir para um melhor atendimento em saúde não mais focado na doença e sim na pessoa. Sendo assim, segundo Schaper *et al.* (2009, p.7 *apud* Langdon, 2004) “É fundamental a construção de serviços de saúde orientados para as especificidades culturais e que respeitem os saberes e práticas tradicionais do grupo étnico”.

Reconhecendo que, com o fato das pessoas deixarem suas aldeias de origens elas não perdem o vínculo com suas comunidades às quais pertencem culturalmente, mantendo assim, sua identidade étnica, a qual pode sofrer alterações no modo de manifestá-la, porém continua sendo fundamental para a organização do modo de vida, isso deveria significar que elas também merecem uma atenção diferenciada, o que na maioria das vezes não acontece, talvez devido à falta de orientações e pressupostos que orientem de que forma isso poderia acontecer, como foi mencionado anteriormente (Sousa *et al.*, 2012).

Nesse cenário de diversidade sociocultural que caracteriza o Brasil, se faz necessário refletir sobre a competência cultural na APS, a qual segundo Damasceno e Silva (2019), tornou-se popular na América do Norte no vocabulário dos planejadores de saúde, médicos e enfermeiros, em vista do crescente aumento da diversidade cultural e da necessidade de melhorar a comunicação com grupos minoritários e de imigrantes, assim como, qualificar os cuidados dos profissionais de saúde. Vale destacar que a competência cultural como um atributo da APS, mas também com uma habilidade dos profissionais de saúde, não é sinônimo de competência clínica, em vista disso, desenvolver a competência cultural não significa ser um bom profissional de saúde (Damasceno; Silva, 2019). Sendo assim, torna-se importante considerar que:

Na APS, a competência cultural juntamente com a orientação centrada na família e a orientação comunitária são consideradas atributos derivados que qualificam suas ações por garantirem um alto nível de alcance das qualidades exclusivas e fundamentais da APS (Damasceno; Silva, 2019, p. 5).

A competência cultural, se assumida como eixo fundamental para qualificar o atendimento aos usuários, reconhecendo suas diferenças culturais e planejando as ações a partir de tais especificidades, no caso dos indígenas no contexto urbano, os quais acessam os serviços de saúde na rede do SUS dos municípios em que residem, tem o potencial de contribuir com um dos apelos da V Conferência de saúde indígena que expressa “ser necessário que o Ministério da Saúde elabore diretrizes para o atendimento diferenciado à população indígena urbana com a participação da SESAI, SAS, Condisi, Conass e Conasems” (BRASIL, 2015, p. 136).

Dessa forma, o reconhecimento dos indígenas no contexto urbano implica necessariamente em elucidar quais são os principais problemas dessa população para acessar aos serviços de saúde, identificando fatores culturais e discriminatórios que possam estar gerando barreiras de acesso impedindo que a assistência em saúde ocorra de forma diferenciada. Assim sendo, mostra-se relevante discutir o assunto em questão analisando

paralelamente as dificuldades para integrar os indígenas em contexto urbano ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, assim como, discutir o papel da APS dos municípios na atenção desses usuários.

3 MÉTODO

O presente trabalho foi desenvolvido no formato de Projeto de Intervenção (PI), o qual trata-se de uma proposta de ação elaborada a partir da identificação de uma demanda específica visando a transformação da realidade por meio de ações previamente planejadas, utilizando a abordagem qualitativa e descritiva.

3.1 Local do estudo e população alvo

O projeto foi desenvolvido simultaneamente nas aldeias urbanas Água Bonita e Tarsila do Amaral, localizadas no Bairro Tarsila do Amaral e na Unidade de Saúde da Família (USF) Dr. Aquino Dias Bezerra - Vida Nova, localizada na Rua Nízia Floresta, 220, no Bairro Vida Nova, na Cidade de Campo Grande-MS. Nas referidas aldeias, a população é composta por indígenas de três povos diferentes, sendo Terena, Guarani e Kadiwéu. Vale ressaltar que a maioria das famílias pertencem ao povo Terena. A aldeia Água Bonita foi criada no ano 1999 quando começaram a chegar as primeiras famílias e ocuparam a área, hoje é composta de aproximadamente 260 famílias, o que representa um total de 760 pessoas aproximadamente. Já a aldeia Tarsila do Amaral, iniciou no ano 2005, e atualmente conta com 92 famílias, com um total de 315 pessoas aproximadamente.

A USF Vida Nova, possui 11.796 pessoas cadastradas no e-SUS PEC na USF Vida Nova aproximadamente, as quais residem nas aldeias urbanas Água Bonita e Tarsila do Amaral e nos bairros Jardim Anache, Vida Nova I, II e III e Tarsila do Amaral. Os profissionais da unidade de saúde, no total sessenta (60) de várias categorias, incluindo os profissionais da E-multi, se organizam em três equipes multiprofissionais para atender as demandas da população. A quantidade de pessoas cadastradas revela que a população indígenas corresponde a 9,11% por cento da população adscrita do território. Configurando-se assim, a unidade de saúde da Cidade de Campo Grande –MS com maior número de cadastros de pessoas indígenas.

Vale destacar que a USF Vida Nova funciona como unidade escola, ou seja, recebe anualmente profissionais médicos residentes para a formação em especialistas em Medicina de Família e Comunidade. Os residentes durante dois anos, a partir da modalidade ensino-serviço, frequentam a unidade para aprenderem na prática e após esse período se tornam especialistas em Medicina de Família e Comunidade.

Como critério de inclusão para participar do projeto de intervenção, os participantes atenderam aos seguintes critérios: ser moradores das aldeias urbanas Água Bonita e Tarsila do Amaral para participar das rodas de conversas e ser profissional de saúde independente da formação (Médicos, Cirurgiões Dentista, Nutricionistas, Fisioterapeutas, Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros, Agentes Comunitários de Saúde, Agentes de Combate à Endemias, e outros) da USF Vida Nova para participar das oficinas de qualificação.

3.2 Descrição da intervenção

Diante da urgência e o desafio de propor formas de atenção diferenciada em saúde para a população indígena que reside no contexto urbano, assim como, fortalecer as que já existem, a partir do reconhecimento e identificação das diferenças culturais, mostrou-se necessário a qualificação dos profissionais de saúde envolvidos na assistência da referida população. Por isso, durante os meses de Outubro e Novembro do ano de 2023, foram desenvolvidas quatro oficinas de qualificação com os profissionais de saúde da Unidade Saúde da Família Dr. Aquino Dias Bezerra - Vida Nova, e ao mesmo tempo rodas de conversas com a população indígena das aldeias urbanas Água Bonita e Tarsila do Amaral na cidade de Campo Grande-MS, sendo três rodas de conversa em cada comunidade.

As oficinas aconteceram semanalmente no auditório da unidade de saúde no período matutino com duração de duas horas cada oficina, as mesmas foram planejadas e desenvolvidas pela autora e a orientadora do projeto, as quais utilizaram diversas metodologias como: expositiva, discussão de caso, troca de experiência e saberes. Para as oficinas no modelo expositivas a apresentação se deu através de slides com os conteúdos que foram apresentados e discutidos com os profissionais de saúde.

A discussão de casos se deu a partir de situações da própria realidade da unidade trazidas pelos profissionais e a troca de experiências ao longo das oficinas, por meio do compartilhamento da experiência e especialmente na terceira oficina, na qual foi feita uma roda de conversa com profissionais indígenas que atuam na saúde indígena tanto no Distrito

Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul (DSEI-MS) como no Conselho Distrital de Saúde Indígena de Mato Grosso do Sul (CONDISI-MS). Também participaram cuidadores tradicionais dos povos indígenas presentes no território e lideranças das aldeias urbanas.

Nas aldeias indígenas desenvolveram-se rodas de conversas, no total três em cada aldeia urbana, totalizando 6 rodas de conversa. As datas e locais foram previamente definidos junto com as lideranças locais, bem como o convite geral aos moradores das comunidades por parte das lideranças. As rodas de conversa tiveram duração de uma hora e trinta minutos cada uma com participação de entre dez e quinze pessoas aproximadamente em cada uma.

Os quadros a seguir contêm os conteúdos das oficinas e das rodas de conversa com as datas nas quais aconteceram e os respectivos objetivos.

Quadro 1- Cronograma das oficinas de qualificação com os profissionais de saúde.

DATA	TEMA	OBJETIVOS
06/10/2023 e 13/10/2023	História dos Povos Indígenas e história da saúde indígena	Conhecer e refletir nos diversos momentos históricos dos povos indígenas e articulá-los com a história da saúde indígena.
20/10/2023 e 27/11/202	Aspectos socioeconômicos, demográficos e epidemiológicos dos povos indígenas vivendo em territórios tradicionais em Mato Grosso do Sul e em contexto urbano em Campo Grande.	Identificar aspectos socioeconômicos, demográficos e epidemiológicos relevantes dos povos indígenas que influenciam na saúde dos mesmos.
1/11/2023 e 10/11/2023	APS e os povos indígenas no contexto urbano de Campo Grande. Atributos da APS e a prática da competência cultural.	Discutir APS e seus atributos, com ênfase na competência cultural, com o intuito de aproximar o conteúdo com a realidade dos povos indígenas no contexto urbano.

17/11/2023 e 24/11/2023	<p>Especificidades socioculturais dos povos indígenas.</p> <p>O saber científico e as práticas tradicionais em saúde.</p> <p>Desafios e perspectivas do cuidado intercultural na APS: atendimento culturalmente adaptado.</p>	<p>Construir estratégias de atenção diferenciada para a população indígena no contexto urbano.</p>
-------------------------	---	--

Quadro 2- Cronograma das rodas de conversa nas aldeias Água Bonita e Tarsila do Amaral.

DATA	TEMA	OBJETIVOS
4/10/2023 e 5/10/2023	Apresentação do projeto	Apresentar o projeto de intervenção aos indígenas moradores das aldeias urbanas Água Bonita e Tarsila do Amaral.
9/10/2023 e 10/10/2023	Assistência à saúde: Dificuldades e desafios.	Identificar as principais barreiras de acesso da população indígenas aos serviços de saúde.
16/10/2023 e 18/10/2023	Propostas para melhorar a assistência em saúde.	Identificar possibilidades para qualificar a assistência em saúde da população indígena no contexto urbano.

3.3 Coleta de dados

A primeira parte da coleta de dados se deu inicialmente, antes do início das oficinas, a partir de um formulário impresso, o qual foi disponibilizado aos profissionais de saúde da referida USF, com o intuito de identificar o conhecimento sobre a realidade dos povos indígenas presentes no território e as principais dificuldades ou desafios na assistência à população indígena. O formulário foi elaborado pela autora do projeto e a orientadora do mesmo, com contribuição da supervisora da USF Vida Nova. Posteriormente, a coleta de

dados realizou-se ao longo da execução das oficinas com os profissionais de saúde e das rodas de conversas nas aldeias urbanas.

A finalidade das rodas de conversas foi identificar junto à população indígena as dificuldades referentes à assistência em saúde e ao mesmo tempo reconhecer as práticas de cuidado diferenciadas e específicas, caso aconteçam, e as propostas para um atendimento de qualidade e diferenciado à população indígena no contexto urbano.

Cada encontro com os profissionais de saúde foi previamente planejado com uma temática específica e objetivos diferentes, norteadas pelo levantamento de demandas coletadas pelo formulário respondido pelos profissionais, assim como, pelas informações obtidas nas rodas de conversas. Na última oficina os profissionais de saúde elaboraram propostas/estratégias para melhorar a assistência à população indígena, seguindo uma matriz a qual encontra-se nos anexos. Nesse momento também aconteceu a avaliação do projeto de intervenção, onde os profissionais de saúde responderam um formulário impresso, no qual tiveram a oportunidade de avaliar o processo de qualificação e instrumentalização do qual participaram.

O diário de campo também foi uma ferramenta utilizada para a coleta de dados ao longo do desenvolvimento do projeto, pois o mesmo, de acordo com Kroef *et al.* (2020 p. 466) "possibilita visibilizar aspectos da implicação do(a) pesquisador(a) com o campo estudado". Também foi feita a revisão bibliográfica da literatura disponível sobre o tema bases de dados como: Scielo, Redalyc, BDTD e Google acadêmico, com a finalidade de embasar os temas abordados nas oficinas e melhor compreensão da temática.

Vale destacar, que tanto as oficinas como as rodas de conversas, não foram gravadas nem filmadas, somente foram feitos registros fotográficos com prévia autorização dos participantes. Tal autorização consta no Registro do Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE) assinado previamente pelos participantes.

3.4 Análise dos dados

O Projeto de Intervenção, teve como fundamento os princípios da Educação Permanente em Saúde, a qual considera o habitual do trabalho em saúde um recurso pedagógico, aprendizagem-trabalho (Merhy, 2015), pois, favorece a construção de espaços coletivos para a discussão e avaliação dos atos de saúde (Ceccim, 2005).

A Educação Permanente em Saúde pode corresponder à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a

formação técnica submetidos a um projeto de mudança institucional ou mudança de orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar (Ceccim, 2005, p. 162).

Também foi aplicada a metodologia de problematização, seguindo os fundamentos do Método do Arco, de Charles Maguerez, organizado em cinco etapas que são desenvolvidas a partir de um recorte da realidade (Bordenave; Pereira, 1982). Essas etapas foram desenvolvidas no decorrer das atividades previamente apresentadas.

A metodologia do arco, de acordo com Santos *et al.* (2018), constitui-se em cinco etapas consecutivas, ou seja, sempre a anterior vai ser indispensável para alcançar a próxima etapa. As etapas são: 1. Observação da realidade; 2. Pontos Chaves; 3. Teorização; 4. Formulação de hipóteses de solução; 5. Aplicação à realidade.

A primeira etapa, a observação da realidade, exige um olhar detalhado e criterioso do contexto com o intuito de problematizar as situações encontradas. Na segunda etapa são identificados os pontos chaves, as possíveis causas ou determinantes do problema identificado. A terceira etapa implica analisar as informações científicas produzidas sobre o tema com a finalidade de compreender as causas. Na quarta etapa é possível construir hipóteses embasadas no aprofundamento teórico. E na última etapa é o momento de articular a teoria com a prática, intervindo na realidade de modo a transformá-la (Santos *et al.*, 2018).

Figura 1- Esquema Arco de Maguerez



Fonte: Mitre *et al.* (2008)

A metodologia do arco, sendo uma proposta que visa o ensino, não no formato tradicional, mas sim, o ensino a partir do cotidiano, das vivências e experiências, possibilita criar novos caminhos, novas respostas a situações relacionadas com o ambiente de trabalho (Berbel, 1998). Em vista disso, conforme Berbel (1998, p. 144):

Constitui-se uma verdadeira metodologia, entendida como um conjunto de métodos, técnicas, procedimentos ou atividades intencionalmente selecionados e organizados

em cada etapa, de acordo com a natureza do problema em estudo e as condições gerais dos participantes.

O formulário impresso respondido pelos profissionais de saúde antes de iniciar as oficinas possibilitou identificar os principais déficit enquanto aos conhecimentos sobre a realidade da população indígenas, assim como, as dificuldades na assistência a essa população, o que atingiu o objetivo principal do instrumento aplicado, pois, a partir das informações coletadas e analisadas qualitativamente foi possível selecionar os conteúdos para as oficinas de qualificação.

As atividades planejadas foram construídas seguindo os princípios da Educação Permanente em Saúde, compreendendo tal prática como uma ferramenta de ensino-aprendizagem que incentiva a transformação das práticas em saúde, tomando como referência e ponto de partida os processos de trabalho com suas particularidades. Sendo assim,

A EPS é uma estratégia político-pedagógica que toma como objeto os problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde e incorpora o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social no cotidiano do trabalho com vistas à produção de mudanças neste contexto. Objetiva, assim, a qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho em vários níveis do sistema, orientando-se para a melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços e para o fortalecimento dos processos de gestão político-institucional do SUS, no âmbito federal, estadual e municipal (BRASIL, 2004, p. 13).

As rodas de conversa e a participação nas oficinas também foram analisadas qualitativamente, as informações do diário de campo foram fundamentais para analisar e correlacionar informações e provocar uma reflexão sobre a prática e sobre o projeto de intervenção. Assim se deu a construção das etapas da metodologia do arco, pois, após observar a realidade e identificar o problema, através dos instrumentos citados anteriormente as outras etapas foram construídas coletivamente com a participação ativa dos indígenas e dos profissionais de saúde.

3.5 Avaliação da intervenção

Após a realização das oficinas os profissionais de saúde avaliaram a intervenção por meio de um formulário impresso identificado como “Questionário Pós-oficinas”, o qual tinha por finalidade avaliar a partir do ponto de vista de cada profissional, cada atividade ou tema abordado nas oficinas. O instrumento, construído no estilo de escala de avaliação de desempenho, continha três categorias de resposta para cada item, sendo elas: ótimo, bom, razoável, e cada profissional deveria atribuir uma dessas respostas a cada temática.

Nesse sentido, foi possível captar a apreciação de cada uma das partes da intervenção, pois, “Avaliação é o julgamento que se faz sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões” (BRASIL, 2022 p. 9 *apud* Contandriopoulos *et al.*, 1997).

As questões da avaliação foram pensadas e elaboradas não só para coletar dados quantitativos, mas e sobretudo, para reunir informações que possam ser relevantes para o fortalecimento de ações que visem promover a aproximação permanente e humanizada entre os profissionais de saúde e os moradores das aldeias urbanas do território.

Na perspectiva de avaliar também a intervenção junto aos indígenas, foi realizado um encontro com as lideranças das duas comunidades no final de toda a intervenção. Na ocasião, além de acolher as percepções deles, foi possível repassar informações sobre o término das atividades e o desenvolvimento das oficinas realizadas junto com os profissionais de saúde.

3.6 Aspectos Éticos

A proposta do Projeto de Intervenção foi submetida à análise da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande - MS (SESAU-CG), por envolver intervenção em uma unidade de saúde municipal.

Vale salientar, que como o referido projeto envolveu realização de atividades dentro das Aldeias Urbanas de Campo Grande-MS, assim, a autora do projeto conseguiu junto às lideranças das comunidades indígenas nas quais desenvolveu o projeto, sua autorização.

Após os trâmites informados, o projeto foi encaminhado à Plataforma Brasil para análise no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) e posteriormente à Comissão Nacional de Estudos e Pesquisas (CONEP), por se tratar de estudos junto à população indígena. A CONEP, após a devida análise, emitiu o parecer de aprovação do projeto, sob o CAAE N° 69645123.0.0000.0021, o qual consta nos anexos. O Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE) foi elaborado seguindo as recomendações do CEP e CONEP e disponibilizado aos participantes garantindo o sigilo do anonimato da pesquisa. Foi necessário, segundo orientação do CEP e CONEP, elaborar dois RCLE, um para cada público alvo, ou seja, um para os profissionais de saúde e outro para os indígenas, pois cada registro contém particularidades específicas para cada grupo.

4 RESULTADOS

O projeto de intervenção como já informado, foi desenvolvido a partir da metodologia do Arco que tem como partida a realidade vista e analisada desde diferentes pontos de vista e se caracteriza por ser uma metodologia problematizadora, estruturada em etapas com características bem definidas e que de forma consecutivas contribuem para a discussão de uma temática, como o intuito de transformar a realidade (Colombo; Berbel, 2007).

Tal metodologia possibilitou identificar problemas e conflitos do cotidiano referentes à assistência em saúde da população indígena presente no território da USF Vida Nova, assim como, criar possíveis estratégias de solução ou ao menos vislumbrar possibilidades de respostas aos desafios na assistência e cuidado à população indígena reconhecidos pelos profissionais de saúde e as demandas e anseios da população indígena, nesse contexto. De acordo com Silva, *et al.* (2020 p. 44), “esse método possibilita não só desvendar a realidade, mas transformá-la em ação prática”. Vale destacar que os princípios da Educação Permanente em Saúde (EPS) aliada à metodologia do arco contribuíram significativamente para o debate da temática e a construção de novos conhecimentos sobre a mesma.

A transformação da realidade perpassa pela transformação dos próprios sujeitos envolvidos, pois, a participação ativa destes e a interação de forma dialógica com a realidade identificada como uma situação problema instiga-os a analisá-la, teorizá-la, levantar hipóteses de resolução e elaborar propostas de solução que possam ser postas em prática e causar um impacto positivo na realidade (Santos *et al.*, 2018 *apud* Bordenave; Pereira, 2012).

Diante disso, os resultados da pesquisa estão apresentados e organizados seguindo a ordem das etapas da metodologia do Arco de Maguerez, as quais foram desenvolvidas durante a execução do projeto de intervenção.

Primeira etapa: Observação da realidade.

A primeira etapa tem por finalidade por meio da observação atenta e detalhada da realidade, segundo Silva *et al.* (2020 p.45 *apud* Berbel, 1998),

[...] identificar as carências, incongruências e as complexidades, transformando-as em problemas que, posteriormente, serão problematizados em uma discussão entre os grupos, podendo ser elencados vários problemas ou apenas um.

Sendo assim, por meio das informações coletadas no formulário pré-oficinas respondido pelos profissionais de saúde, assim como, nas rodas de conversas com os moradores das aldeias urbanas, foi possível fazer o levantamento de dados relevantes à temática e posteriormente problematizá-los ao longo dos encontros.

Como parte da primeira etapa apresentou-se a temática do projeto: “Indígenas no Contexto Urbano: estratégias para uma assistência culturalmente adaptada na APS”, à gestão local da USF Vida Nova, da qual participaram: supervisora do programa de residência, gerente e preceptores. Nesse primeiro momento, surgiu a necessidade de convocar a todos os profissionais da USF para participarem do projeto de intervenção por meio das oficinas de qualificação e de fazer o planejamento desses momentos formativos. A equipe técnica reconheceu a relevância do tema devido ao número expressivo de pessoas indígenas presentes no território da unidade de saúde.

Sendo assim, foi pactuado dividir a equipe em dois grupos para participar das oficinas, com o intuito de não prejudicar a assistência à população, revezando os profissionais para o atendimento e a participação nas oficinas. Segundo Nunes *et al.*(2016 p. 5 *apud* Barth, *et al.*, 2012), a metodologia do arco,

[...]se mostra uma excelente estratégia para o desenvolvimento de um processo que busca uma visão crítica reflexiva e criativa e inicialmente, existe uma insegurança quando não se conhece ao certo como aplicá-lo.

Nesse sentido, percebeu-se uma certa dificuldade ao planejar e organizar junto à gestão local, qual seria o momento mais adequado para ocorrer as oficinas, provocando assim algumas tensões entre a necessidade de atender as demandas da população e a importância da qualificação e capacitação dos profissionais no tema proposto. Situação esta que precisou de uma intervenção mais incisiva da equipe técnica para determinar como se daria a participação e execução das oficinas.

Referente às respostas das questões do formulário pré-oficinas, foi possível identificar que a maioria dos profissionais tinha pouco conhecimentos sobre a realidade da população indígena do território. Dados como quantidade de famílias, povos a que pertencem, práticas tradicionais de cuidado com a saúde, organização própria, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), entre outros, eram desconhecidos pela maioria dos profissionais.

As primeiras rodas de conversa nas aldeias urbanas fizeram parte dessa primeira etapa, alguns assuntos foram colocados como indispensáveis para discutir o tema em questão, tais como: a necessidade de discutir o território como posse coletiva, direitos dos povos indígenas no contexto urbano, atendimento diferenciado, o reconhecimento da identidade indígena, preconceito e discriminação, necessidade de reservar vagas para os profissionais indígena da área da saúde, a falta de uma lei municipal para efetivar o direito a uma

assistência diferenciada, negligência dos órgãos públicos para os indígenas do contexto urbano, entre outros.

Tais assuntos revelam a relação diferenciada dos povos indígenas com o processo saúde doença, pois, aspectos como coletividade, território e identidade são fatores fundamentais para a manutenção da cultura e como consequência da saúde. A PNASPI reconhece a importância das práticas tradicionais de cuidado com a saúde e o direito à vivência dos povos originários de suas culturas, incentivando no SUS o diálogo intercultural com o intuito de integrar os sistemas tradicionais nos serviços oferecidos (BRASIL, 2002).

Segunda etapa: Pontos chaves

A segunda etapa implica sintetizar as informações coletadas na primeira etapa, com a finalidade de definir o que será estudado e aprofundado sobre o tema e ir desenhando possíveis respostas aos problemas identificados. Em vista disso, é necessário uma reflexão das problemáticas o que auxiliará para uma melhor compreensão das mesmas. Identificar e associar fatores que estão relacionados aos problemas, contribui para nomear as possíveis causas (Colombo; Berbel, 2007).

As respostas do questionário pré-oficinas foram sistematizadas na Tabela 1, a qual permitiu apreciar as informações coletadas de forma mais detalhada.

Perguntas	Sim		Não		Talvez	
	N	%	N	%	N	%
Tem conhecimento de quantas famílias indígenas residem no território da Unidade de Saúde?	2	12	10	63	4	25
Sabe a quais povos (etnias) pertencem essa população?	7	44	9	56	0	0
Já visitou alguma família indígena do território?	12	75	4	25	0	0
A unidade já organizou ou realiza ações específicas voltada para a população indígena do seu território?	12	80	3	20	0	0
Tem algum conhecimento sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas?	3	19	13	81	0	0
Conhece algumas práticas culturais de cuidado ou tratamento de saúde, da população indígena assistida pela unidade de saúde?	2	14	12	86	0	0
Acha relevante conhecer as especificidades desses povos para seu trabalho como profissional de saúde?	14	86	2	14	0	0

Em relação ao conhecimento da quantidade de famílias indígenas presentes no território, a maioria dos profissionais (63%) respondeu que não sabia, 12% respondeu que sabia e um 25% talvez aproximadamente. Sobre a que povos indígenas pertencem os usuários indígenas, 56% responderam que não tinham conhecimento a quais povos os indígenas do território pertencem e 44% responderam que sim tinham tal conhecimento.

A respeito das visitas feitas pela equipe às famílias indígenas, 75% respondeu que já tinha realizado visitas a alguma família indígena. Enquanto 25% respondeu que nunca visitou alguma família indígena. As respostas sobre as ações específicas voltadas para a população indígena, 80% respondeu que sim, que a USF já realizou ações específicas e 20% respondeu que não. Quando perguntados se tinham conhecimentos sobre a PNASPI, 81% responderam que não tinham e 19% que sim possuíam algum tipo de informação sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI).

A questão sete indagou sobre práticas culturais de cuidado dos povos indígenas presentes no território da USF, 86% afirmou desconhecer e 14% afirmou conhecer alguma prática cultural de cuidado com a saúde. Sobre a relevância de conhecer as especificidades dos povos indígenas para a prática profissional, 86% responderam ser relevante e 14% responderam não ser relevante.

Os principais desafios e dificuldades encontradas na assistência dos indígenas no contexto urbano, os profissionais apontaram a dificuldade de saber se o usuário indígena realmente compreende as informações e orientações transmitidas e se a comunicação foi clara o suficiente (28%), seguido de: dificuldade na adesão ao tratamento e demais orientações (22%); dificuldades com a língua materna indígena (17%); desafios sobre a pouca informação que se tem dos aspectos culturais e demais especificidades (13%); desafios quanto à associação/adoção de práticas culturais de saúde por parte dos usuários indígenas (9%); dificuldades quanto à abertura e ao acesso ao usuário indígena (5%); e outros (6%).

Os formulários também continham algumas perguntas abertas, as quais, com suas respectivas respostas foram agrupadas no seguinte quadro.

Quadro 3- Respostas dos profissionais de saúde às questões abertas do formulário pré-oficinas.

<p>Por que acha relevante para sua prática profissional ter conhecimentos sobre as especificidades dos povos indígenas do território?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Conhecendo a cultura, hábitos alimentares, fica mais fácil elaborar plano alimentar. ● Para melhorar a comunicação e o vínculo com os pacientes. ● Para ter um cuidado em saúde mais
---	--

	<p>específico. Muito válido para o conhecimento profissional.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pela dificuldade em diversos momentos do atendimento e cuidado dessa população, desde limitações na linguística a crenças e práticas que prejudicam a adesão ao tratamento medicamentoso. ● Tem que ter muita paciência com o indígena, eles têm dificuldades em entender o português, sobre administrar a medicação tem que explicar diversas vezes. ● Melhorar o vínculo, melhora a terapêutica do paciente. ● Para conhecimento e se for atender um paciente me sentir preparada. ● Porque através de conhecer as especificidades podemos oferecer um melhor atendimento, e assim, terem uma qualidade de vida melhor, principalmente na saúde indígena. ● Para poder melhor assistí-los. Porque eles tem suas particularidades. Conhecendo seus hábitos e costumes podemos abordar assuntos e temas de maneira que sejamos bem compreendidos e aceitos. Para atender e orientar de forma mais específica
<p>Particularidades observadas pelos profissionais de saúde nas visitas às famílias indígenas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Resistência, dificuldade da linguagem, observamos que a cultura e os costumes indígenas prevalece mesmo estando urbanizados, principalmente em relação à vulnerabilidade, casa com chão de terra batido, crianças descalças, o indígena tem dificuldades de entendimento, não gosta de tomar medicação de laboratório, dificuldades de entendimento e na comunicação. ● Em minha microárea tenho famílias guarani, terenas e kadiwéu, pessoas muito simples, são reservados, tem seus costumes e maneiras de se comportar e de recepcionar as

	<p>peças que não fazem parte de seu convívio, muitos ainda não tinham vindo na USF.</p>
<p>Quais outros desafios e dificuldades na assistência aos indígenas no contexto urbano?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Vulnerabilidade social a qual os povos indígenas estão inseridos, os desafios diários para ter acesso a bens e serviços públicos. ● Moradia sem água potável, fossa a céu aberto, não tem esgoto. ● Uso de medicação correta, aceitar o tratamento. ● Muitas vezes passamos informações sobre o tratamento, acompanhamento e fluxo da unidade, e eles dizem que entenderam, mas no fundo estão cheios de dúvidas.

Nessa perspectiva, os pontos-chaves que emergiram a partir da análise da primeira etapa foram: necessidade de discutir com os profissionais de saúde os princípios e objetivo da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), perfil demográfico dos povos indígenas, diálogo intercultural, práticas tradicionais, história dos povos indígenas do Brasil e especificamente do Mato Grosso do Sul e a realidade dos povos indígenas do contexto urbano.

A elaboração dos pontos-chaves permitiu associar as problemáticas identificadas na primeira etapa, principalmente, com o déficit na qualificação e preparação dos profissionais que atuam com a população indígena. O desconhecimento dos aspectos culturais, além de representar uma barreira de acesso, pode ocasionar a desconsideração das representações sócio-culturais do processo saúde-doença, ou seja, dos aspectos subjetivos, biológicos e culturais, prejudicando o vínculo terapêutico e consequentemente o cuidado com a saúde do paciente (Mendonça, 2009).

Para a execução e desenvolvimento das próximas etapas se fez necessário organizar e planejar os espaços de Educação Permanente em Saúde (EPS), os quais representam no cotidiano da unidade de saúde oportunidades para discutir processos de trabalho, assim como, para apreender no processo de discussão e participação as práticas e saberes presentes no dia a dia de trabalho e as diversas narrativas e especificidades do território. De acordo com Ceccim (2005), as equipes multiprofissionais seguem uma lógica de resolutividade dos problemas de

saúde, colocando em risco a qualidade do trabalho, pois, o foco é a quantidade sem questionar a desatualização e a quantidade de pessoas disponíveis, que pelo geral são poucas, para responderem aos grandes desafios do dia a dia.

A complexidade fica ainda maior em situações concretas, nas quais a presença de saberes tradicionais das culturas ou a produção de sentidos ligada ao processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida pertence a lógicas distintas do modelo racional científico vigente entre os profissionais de saúde, pois não será sem a mais justa e adequada composição de saberes que se alcançará uma clínica que fale da vida real, uma clínica com capacidade terapêutica (Ceccim, 2005 p. 163).

As primeiras rodas de conversa também fizeram parte dessa etapa e as mesmas aconteceram algumas no espaço comunitário de uma das aldeias e outras na casa das lideranças da comunidade, em um ambiente tranquilo e acolhedor, sendo um espaço de participação democrática, no qual, todos puderam participar de forma livre e espontânea.

Terceira etapa: Teorização

O momento da teorização caracteriza-se pelo embasamento teórico e a fundamentação das informações que foram analisadas na primeira e segunda etapa, com o intuito de apurar explicações e o entendimento da realidade e dos pontos-chaves, buscando construir conclusões que auxiliem no desenvolvimento da etapa seguinte (Nunes *et al.*, 2016). Assim sendo, “a etapa permite construir respostas apoiadas na literatura, por meio de informações de especialistas, pesquisas de cunho histórico, técnico e científico e também, por informações de pessoas que vivem o problema” (Colombo; Berbel, 2007 p. 134).

Nessa etapa, foi necessário pesquisar sobre as temáticas elencadas na primeira e segunda etapa. Após pesquisa nas bases de dados, foram selecionados os temas das oficinas sendo eles: Aspectos socioeconômicos, demográficos e epidemiológicos dos povos indígenas vivendo em territórios tradicionais em Mato Grosso do Sul e em contexto urbano em Campo Grande; APS e os povos indígenas no contexto urbano de Campo Grande. Atributos da APS e a prática da competência cultural; Especificidades socioculturais dos povos indígenas; O saber científico e as práticas tradicionais em saúde; Desafios e perspectivas do cuidado intercultural na APS: atendimento culturalmente adaptado.

A pesquisa da literatura serviu para alinhar a problemática com a realidade/problema identificada e adquirir conhecimentos necessários para discutir com os profissionais cada temática das oficinas. Nesta etapa foram realizadas as oficinas 1, 2 e 3, planejadas

previamente e fundamentadas nas informações obtidas da pesquisa sobre os temas selecionados.

A primeira oficina teve como tema “História dos Povos Indígenas e História da Saúde indígena”. Para abrir o momento da oficina foi apresentado aos participantes o projeto de intervenção: Título, objetivos, metodologia, procedimentos, resultados esperados, cronograma e seguidamente explanado o conteúdo da primeira oficina, utilizando a metodologia expositiva permitindo e incentivando a interação dos participantes.

Participaram dessa etapa: 11 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 1 psicóloga (NASF), 1 Nutricionista (NASF), supervisora Angela e 3 Agentes de Combate às Endemias (ACE) (primeiro grupo); 2 médicas residentes, 1 médico preceptor, 1 assistente social, 1 fisioterapeuta, 2 técnicos de enfermagem, 2 ACS (segundo grupo). Na segunda oficina, cujo tema foi “História da saúde indígena e realidade demográfica dos povos indígenas do Mato Grosso do Sul” participaram: 7 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 1 funcionário administrativo e a supervisora da unidade (Primeiro grupo), 2 ACE, 1 ACS, 1 Fonoaudióloga, 3 residentes de medicina, 1 preceptor de medicina, 1 dentista, 1 ASB e 1 supervisora técnica (segundo grupo).

Já na terceira oficina o tema abordado foi “APS e os povos indígenas no contexto urbano de Campo Grande”. Atributos da APS e a prática da competência cultural”. Na ocasião participaram: 8 ACS, 1 Assistente Social, a Supervisora da unidade e 2 pessoas do quadro de administrativo (primeiro grupo) e 1 assistente social, 5 ACS, 2 médicos, 1 odontóloga, 2 ASB, 1 fonoaudióloga e a supervisora da unidade (segundo grupo).

Na terceira oficina, foi realizada uma roda de conversa com profissionais indígenas que atuam na saúde indígena tanto no Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul (DSEI-MS) como no Conselho Distrital de Saúde Indígena de Mato Grosso do Sul (CONDISI-MS). Também participaram cuidadores tradicionais dos povos indígenas presentes no território e lideranças das aldeias urbanas para discutir o tema “APS e os povos indígenas no contexto urbano de Campo Grande - MS”.

Sendo assim, participaram do momento também o Enfermeiro Responsável Técnico da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI); um professor indígena do povo Terena, na qualidade de pesquisador e cuidador tradicional; a assessora do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI); a psicóloga do DSEI, o Presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI); e assessora técnica do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI); a Cacica da

Aldeia Urbana Água Bonita e uma conselheira local de saúde e representante da Aldeia Urbana Tarsila do Amaral.

O momento foi relevante e de muita importância, pois teve como foco o diálogo intercultural e a troca e compartilhamento de saberes, visando a construção de estratégias de atendimento culturalmente adaptado à saúde de indígenas em contexto urbano. A troca de saberes entre os participantes colocou em evidência a complexidade da diversidade cultural, especialmente quando essa realidade se faz presente no contexto urbano, no qual, um único espaço geográfico é habitado por várias culturas.

O encontro entre culturas e saberes diferentes tende a gerar conflitos, tensões e inseguranças, pois, conceitos e ideias pré estabelecidos como absolutos passam a ser questionados. Nessa perspectiva, de acordo com Dantas, (2012 p. 15), “com a globalização, aumentaram os pontos de interação e fricção entre as culturas, originando tensões, fraturas e reivindicações relativamente à identidade”.

O espaço possibilitou discutir a noção de saúde e doença para os povos indígenas, os limites da PNASPI para atender as necessidades dos indígenas no contexto urbano, a importância da APS para a prevenção, promoção e recuperação da saúde, a relevância de reconhecer e respeitar os valores do outro que é culturalmente diferente, a necessidade ampliar o olhar para poder enxergar as especificidades dos indígenas, entre outros.

Durante a atividade alguns profissionais reconheceram a falta de informações específicas a respeito dos povos indígenas e suas especificidades, falta de reconhecimento das diferenças culturais de parte dos profissionais nos atendimentos, o desconhecimento da existência de práticas de cuidado tradicionais e falhas na comunicação o que prejudica o vínculo do usuário com o profissional de saúde. Ao mesmo tempo, foi destacado o trabalho do ACS que atende as duas aldeias urbanas no território, o qual mantém um vínculo forte com as famílias das comunidades.

A confiança das famílias indígenas com o ACS foi um dado de destaque, tanto pelos indígenas quanto pelos profissionais de saúde, pois, facilita o acesso dos indígenas aos serviços de saúde e a adesão ao tratamento. As contribuições dos convidados também foram de relevância para a discussão, eles enfatizaram, entre outros aspectos, os benefícios de incluir a pluralidade nas relações, pois, desconsiderar as diferenças, acarreta a exclusão e diminui a possibilidade de construir novas formas de cuidado. Vale destacar a participação das representantes das duas aldeias urbanas, as quais apontaram a importância de ter profissionais

indígenas na unidade como meio de fortalecimento da assistência diferenciada, assim como o reconhecimento da identidade indígena na assistência.

Quarta etapa: Hipótese e solução

A etapa de hipótese e solução propicia criar possibilidades que sejam aplicáveis à realidade para responder aos problemas identificados, a partir dos conhecimentos adquiridos nas etapas anteriores, incentivando a visão crítica e a articulação da realidade com a teoria (Prado, *et al.*, 2012).

As oficinas planejadas de acordo com os princípios da Educação Permanente em Saúde (EPS) e os fundamentos da metodologia problematizadora favoreceram momentos de diálogo, escuta, aprendizagem e a criação de possibilidades de solução ou respostas aos problemas identificados. Desse modo, os profissionais de saúde destacaram a relevância dos espaços de Educação Permanente como oportunidade para continuar aprofundando a temática, a necessidade de se aproximar mais da realidade das famílias indígenas com um olhar diferenciado, adquirir noções básicas das línguas indígenas.

Também ressaltaram a importância de incentivar o controle social e participação dos indígenas na gestão, compreender o processo de saúde-doença a partir dos aspectos culturais, promover a criação de uma legislação municipal que garanta a assistência de qualidade e diferenciada aos indígenas em contexto urbano.

As rodas de conversa nas aldeias urbanas, do mesmo modo, possibilitaram problematizar a assistência em saúde e vislumbrar algumas alternativas de solução. Os indígenas apontaram a necessidade de implementar políticas públicas específicas para a realidade das famílias em contexto urbano, o reconhecimento da identidade indígena por parte dos governantes, legalização dos territórios ocupados por eles na cidade de Campo Grande como espaços coletivos, criação de leis municipais para efetivar os direitos e proteger os valores culturais, entre outros.

Na quarta oficina, os profissionais de saúde divididos em duplas e/ou trios, construíram uma matriz para cada atributo da APS (integralidade, longitudinalidade, primeiro contato, coordenação do cuidado, orientação familiar e comunitária e competência cultural), com estratégias e possíveis respostas às necessidades identificadas com respeito ao atendimento à população indígena no contexto urbano. A construção de possíveis soluções

evidenciou a aquisição de novos conhecimentos, e com isso, mais clareza sobre os aspectos históricos e legais dos povos indígenas.

Para o momento de construção e discussão de possíveis soluções foi feito um encontro com os todos profissionais de saúde sem dividir o grupo, diferente das outras oficinas nas quais eles eram divididos em grupo 1 e grupo 2 para participarem da formação. Participaram da quarta oficina: 2 médicos, 6 ACS, 2 técnicos de administração e a supervisora da unidade.

O diálogo intercultural só é possível quando os interlocutores possuindo autonomia ocupam seus lugares no processo de transformação e são capazes de expressar suas necessidades e as mesmas são levadas em conta para a tomada de decisões. Assim sendo, entende-se que a construção de estratégias para uma assistência culturalmente adaptada na APS, trata-se de um caminho que envolve duas direções, não opostas ou contrárias, mas complementares entre si. Tal entendimento exige uma abertura de ambas partes para a compreensão dos significados que cada uma atribui aos elementos que compõem a temática específica (Arruda, 2012).

Nesse sentido, a quarta etapa do processo significou um espaço de reflexão conjunta, integrando nas propostas elaboradas a necessidade do aperfeiçoamento das práticas em saúde com o viés diferenciado, considerando as especificidades dos usuários indígenas e ao mesmo tempo torná-los protagonistas desse processo. Ao se tratar de relações interculturais o primeiro desafio é a conscientização sobre o etnocentrismo, ou seja, a tendência de cada cultura se julgar melhor que as outras. Ser consciente de tal atitude, pode contribuir para reduzir a resistência para aceitar as diferenças no ser e fazer cotidiano (Carvalho, 2012).

Em vista disso, para alcançar o objetivo da quarta etapa, os profissionais de saúde elaboraram algumas estratégias para se aproximar de uma assistência culturalmente adaptada na APS, vale destacar que as estratégias correspondem a diferentes níveis de governança, sendo que para algumas a responsabilidade está ligada a um nível mais local e outras a níveis que estão fora do alcance direto dos profissionais de saúde, como por exemplo: Secretaria Municipal de Saúde, Distrito Sanitário Especial Indígena, Conselho local e distrital de saúde, Conselho Distrital de Saúde Indígena, entre outros.

A seguir, o instrumento utilizado na atividade, contendo as estratégias para uma assistência culturalmente adaptada na APS elaboradas pelos profissionais de saúde e as demandas e propostas elencadas pelos indígenas para melhoria da assistência em saúde para os indígenas no contexto urbano.

Quadro 4 - Matriz de intervenção para os atributos da APS, elaborada por profissionais de saúde da USF Vida Nova, em Campo Grande-MS

Atributo da APS	Situação problema	Estratégias/ atividades para melhoramento da situação problema identificada	Resultados esperados	Responsáveis	Prazo	Avaliação e Monitoramento
Acesso e Primeiro Contato	Falta de profissionais indígenas na unidade.	Contratação de profissionais principalmente ACS indígenas.	Melhoria da comunicação e entendimento.	Para contratação, secretaria municipal de saúde, conselho local para cobrar as demandas.		Pesquisa de satisfação da população indígena.
	Dificuldades para compreender as demandas da população indígena.	Profissionais que dominassem a língua indígena.	Para vencer os preconceitos, mais equidade.			
	Ausência de um atendimento diferenciado que considere as práticas culturais.	Educação permanente assim como essa (oficinas) com toda a equipe.				
		Aulas específicas para os profissionais de saúde que atuam com população indígena.				
Longitudinalidade	Alta rotatividade dos profissionais de saúde.	Cobrança através da gestão local e do conselho local.	Melhorar o vínculo.	Gerencia, Conselho Local e Equipe	6 meses	Pauta e discussão no conselho local. Pauta das reuniões de equipe.
	Falta de profissionais para compor as equipes.					
	Equipes incompletas.					
	Falta de vínculo com os profissionais da equipe.	Realização de atividades no território para integração da equipe.	Adesão aos tratamentos propostos.			
	Pacientes que transitam entre diferentes municípios	Integração do prontuário eletrônico entre os municípios	Melhorar os indicadores de saúde			
Integralidade	Falta qualificação e capacitação dos profissionais de saúde.	Qualificação para os profissionais de saúde.	Que melhore o acesso adequado à saúde indígena, respeitando as diferenças, as etnias, as crenças de cada um.	Todas as equipes e as lideranças indígenas.	Indeterminado	Através de pesquisas dos ACS, sobre a melhora no atendimento através de visitas domiciliares à população indígena procurando saber a satisfação no acesso à unidade.
	Desconhecimento e falta de informação sobre a cultura.	Reuniões com as lideranças indígenas para aprimorar conhecimentos sobre a cultura.				
	Dificuldades para adaptar alguns procedimentos.					

Quadro 4 - Matriz de intervenção para os atributos da APS, elaborada por profissionais de saúde da USF Vida Nova, em Campo Grande-MS

Coordenação do Cuidado	Dificuldade de aderir ao tratamento.	Ter ações em conjunto com os líderes para eles entenderem o contexto da doença e a importância de utilizar junto dos remédios caseiros os remédios que passamos.	Melhor adesão aos tratamentos.	Médicos. Enfermeiros. ACS e indígenas.	Indeterminado	Dados do ESUS. DSEI.
		Ter acesso a equipe das aldeias para encontros, discutir estratégias de cuidado.	Melhor prevenção de doenças e suas complicações a longo prazo.			
	Os indígenas se deslocam com frequência para as aldeias de origem.	Contato com o DSEI para notificar as referências e contra referências.		Gestão local, Equipes e DSEI.		
Orientação Familiar e Comunitária	Dificuldades para entender a dinâmica familiar e comunitária própria dos povos indígenas do território.	Realizar uma horta comunitária. Cada família fica responsável por 1 hora de cuidado com a horta e teria como direito usufruir da mesma.	Integração social e familiar.	Moradores	2 meses a 2 anos	Semanal com a visita dos agentes e as visitas domiciliares.
			Não tiraria os pacientes do ambiente que estão acostumados.			
			Melhoria na alimentação, pois, cada família teria direito de levar para casa.			
			Possível fonte de renda.			
			Incentivo às técnicas culturais.			
Competencia Cultural	Ausencia de Lei Municipal que garanta o atendimento diferenciado a população indígena	Incentivá-los à participação em reuniões dos conselhos local, distrital e regional, para maior entendimento sobre as políticas públicas. Incentivá-los aos estudos.	Maior conhecimento da população indígena para valer os seus direitos.	Gestores, Conselho local de saúde, equipe de saúde e lideranças indígenas.	Indeterminado	Com pesquisa e satisfação da comunidade indígena.
	Falta tradutor e profissionais indígenas na unidade de saúde.					
	Preconceito e racismo.					

Quadro 5- Demandas e propostas apontadas pelos indígenas das aldeias urbanas Água Bonita e Tarsila do Amaral para uma melhor assistência em saúde.

Situação problema	Estratégias/ atividades para melhoramento da situação problema identificada	Resultados esperados	Responsáveis	Prazo	Como será realizada a avaliação e monitoramento
<p>Os direitos como indígenas no contexto urbano estão negligenciados.</p> <p>Não temos ACS indígenas, nem profissionais indígenas na unidade de referência, isso dificulta muitas vezes o acesso, a compreensão da nossa cultura.</p> <p>Os profissionais de saúde não conhecem nossa cultura.</p> <p>Não temos uma assistência diferenciada, assim como acontece nas aldeias não urbanas.</p> <p>As pessoas mais idosas têm dificuldade de se comunicar pois elas não falam bem o português, falta tradutor no posto</p>	<p>Reivindicar o reconhecimento do nosso território por meio de uma lei estadual ou municipal, como espaço coletivo e de cultura.</p> <p>Solicitar perante a secretaria municipal de saúde de Campo Grande a contratação de profissionais indígenas no posto de saúde.</p> <p>Promover espaços de troca de saberes entre os profissionais e a comunidade indígena.</p>	<p>Maior acesso da população indígena aos serviços de saúde.</p> <p>Atendimento diferenciado e humanizado.</p> <p>Efetivação dos direitos garantidos na constituição.</p> <p>Valorização dos aspectos culturais com relação ao cuidado com a saúde.</p> <p>Compreensão da forma de ser dos indígenas.</p>	<p>Lideranças das aldeias e toda a comunidade indígena.</p> <p>Autoridades municipais e estaduais.</p> <p>Conselho local de saúde.</p>	<p>Indeterminado.</p>	<p>Participação ativa no conselho local de saúde.</p> <p>Acompanhar as ações que estão sendo planejadas e desenvolvidas a nível municipal para melhoramento da assistência à saúde das comunidades indígenas em contexto urbano de Campo Grande.</p>

Quinta etapa: Aplicação à realidade.

A quinta etapa da metodologia do arco, segundo Villardi *et al.* (2015 p. 48) “É o momento de planejamento e de execução, de desenvolvimento de um compromisso social, profissional e político”. Nessa compreensão, o projeto de intervenção possibilitou aos profissionais de saúde da USF Vida Nova, além dos espaços de formação e qualificação, a oportunidade de proporem estratégias para alcançar uma assistência culturalmente adaptada na APS para a população indígena presente no território da unidade.

Em conformidade com Dantas (2012 p. 110), “Vivemos tempos em que se promove cada vez mais o contato intercultural, ou seja, o contato entre pessoas de distintas culturas”. Em vista disso, o diálogo e o respeito devem ser ações permanentes para alcançar a harmonia social, neste caso especial, dentro do Sistema Único de Saúde, o qual dispõe da Atenção Primária à Saúde (APS) como a porta de entrada ao sistema de saúde. Portanto, dos temas abordados nas oficinas e das atividades desenvolvidas ao longo da intervenção, emergiram reflexões e debates, que se cultivados podem provocar mudanças significativas no cotidiano e nas práticas de saúde.

Exemplo disso, foi pensar e refletir a concepção de saúde e doença como uma construção social e cultural, e nesse contexto, perceber a importância de incluir esse olhar nos atendimentos, ou seja, as diferentes formas de considerar a saúde e a partir dessas especificidades, criar mecanismos de promoção, prevenção, recuperação, em fim de cuidados. Pode-se vislumbrar assim, um incipiente processo de mudança que começa pelo questionamento da própria prática e perpassa pela inquietação de que poderia existir outras formas de cuidar com resultados eficazes.

Todo processo de mudança e transformação exige desconstruir, construir, aprender e desaprender e envolve a resistência e o medo ao novo, ao que está por vir, ao desconhecido, confirmando o que Zaia (2012 p. 367) afirma, ao escrever que “Em grande parte das vezes, a mudança gera certa dose de angústia no ser humano”. Sentimentos que em alguns momentos permearam os espaços de discussões com os profissionais de saúde.

Devido à limitação do tempo para execução do projeto e à alta complexidade que representa a realidade os povos indígenas no contexto urbano, a aplicabilidade de tais propostas e estratégias vê-se comprometida, porém, o processo de construção e reflexão serviu para pensar em possibilidades que possam melhorar a assistência a essa população,

percebeu-se que os profissionais passaram a observar tal realidade de modo mais detalhada, reconhecendo e identificando algumas demandas específicas dessa população.

Referente a avaliação realizada a partir do instrumento Questionário de avaliação pós-oficinas com os profissionais de saúde foi observado que a maioria dos profissionais avaliou os conteúdos e as atividades abordados nas oficinas como ótimo, evidenciando assim, a relevância da proposta e a coerência da mesma em relação ao contexto das práticas de saúde. A seguir a Tabela 2 mostra os resultados da avaliação dos profissionais de saúde.

Tabela 2 - Avaliação dos Profissionais de Saúde sobre aos temas e atividades abordados nas oficinas.

Tema	Ótimo	Bom	Razoável
História dos Povos Indígenas e História da Saúde Indígena.	63%	37%	0%
Aspectos socioeconômicos, demográficos e epidemiológicos dos povos indígenas vivendo em territórios tradicionais em Mato Grosso do Sul e em contexto urbano em Campo Grande.	50%	50%	0%
APS aos povos indígenas no contexto urbano de Campo Grande. Atributos da APS. A prática da Competência Cultural.	63%	7%	0%
Especificidades socioculturais dos povos indígenas; O saber científico e as práticas tradicionais e saúde.	75%	13%	12%
Desafios e Perspectivas do Cuidado intercultural na APS: atendimento culturalmente adaptado.	75%	25%	0%
Roda de contribuições e troca de saberes com profissionais indígenas de saúde e cuidadores tradicionais das etnias locais.	100%	0%	0%
Construção de estratégias de atendimento diferenciado à saúde de indígenas em contexto urbano.	88%	0%	12%
Metodologia utilizada nas oficinas.	75%	25%	0%
Contribuição dos temas abordados para sua prática profissional.	78%	22%	0%

Vale ressaltar que os indígenas das aldeias urbanas que participaram das rodas de conversa, incluindo as lideranças, avaliaram os encontros como verdadeiros espaços para debater as dificuldades e possibilidades que o contexto urbano impõe para as culturas indígenas. A pesquisa foi qualificada como relevante para o fortalecimento das reivindicações que os povos indígenas em contexto urbano já vem fazendo por políticas públicas que visem atender suas reais necessidades.

5. DISCUSSÃO

O objetivo geral do presente projeto de intervenção foi de aproximar as demandas em saúde de duas comunidades indígenas em contexto urbano da Cidade de Campo Grande – MS, com os profissionais e serviços de saúde de uma Unidade de Saúde da Família responsável pelo atendimento da população indígena, com o intuito de construir estratégias para uma assistência em saúde culturalmente adaptada na APS. Alcançar tal propósito perpassa pelo conhecimento e aproximação da realidade das populações indígenas que dependem dos serviços da atenção básica de saúde.

Inicialmente percebeu-se que alguns profissionais de saúde desconheciam os aspectos culturais e demográficos dos povos indígenas adscritos no território da USF, o que é compatível com as ideias de Nascimento e Vieira (2015 p. 121), ao se referirem à invisibilidade dos indígenas no contexto urbano, afirmando que:

[...] o fato do governo federal não elaborar leis que amparam as populações indígenas em contexto urbano pode ser entendido como estratégia para manter esses povos invisíveis e, de alguma forma, silenciados.

Ao relacionar o desconhecimento ou o déficit de informações dos profissionais de saúde com as ideias dos autores, entende-se que a intenção política é manter “identidades homogêneas que tornem viável o projeto moderno da governamentalidade” (Nascimento; Vieira, 2015, p. 121 *apud* Castro-Gomez, 2005), ou seja, uma postura política que busca evitar o confronto que a interculturalidade implica, relativizando as diferenças culturais e reforçando práticas de dominação, exclusão e preconceito, como relatado pelos indígenas ao verbalizar as dificuldades ao acessar o sistema de saúde local.

A ausência de políticas públicas voltadas para as necessidades e realidade dos povos indígenas em contexto urbano reflete diretamente na atuação dos profissionais de saúde, pois, a falta de capacitação e formação profissional adequada para o atendimento a uma população culturalmente diferenciada e em quantidade expressiva, a tendência é a padronizar os serviços disponíveis desconsiderando as particularidades de cada cultura presente no território. Por tanto, apresenta-se como um desafio o reconhecer e assumir as diferenças culturais, pois isso implica na problematização dos serviços oferecidos. Tal processo envolve sair do âmbito local e provocar outras esferas de gestão que possam intervir para reduzir as dificuldades na assistência à população indígena.

Sendo a USF Vida Nova uma unidade escola, sabendo que o espaço de trabalho torna-se fecundo para a aprendizagem e a transformação da realidade, a formação dos residentes deveria se caracterizar e diferenciar por incluir uma formação mais voltada para o

atendimento a essa população, sendo diferente das outras unidades que não possuem quantidade significativa de pessoas indígenas. Segundo Pontes *et al.* (2012 *apud* Pereira, 2002), a formação para a atuação profissional ultrapassa o aprendizado técnico, aquele que visa meramente a integração no mercado de trabalho, seguindo mecanicamente regras e funções que se distribuem entre superiores e inferiores, mas, trata-se de um processo com um propósito mais amplo e diversificado, em que a principal preocupação deve ser formar cidadãos, responsáveis e conscientes dos conflitos e lutas que provém das diversas crenças e tradições.

Em geral, Mato Grosso do Sul por ser o terceiro estado com maior população indígena do país, segundo dados do IBGE de 2023, os currículos acadêmicos dos cursos superiores, neste caso, especialmente da saúde, deveriam incluir conteúdos envolvendo informações sobre os povos indígenas e suas culturas.

Dessa forma, nos posicionamos a favor de uma educação profissional comprometida com a formação humana e autônoma dos educandos que, tendo o trabalho como um princípio educativo, promova a indissociabilidade entre o exercício da função intelectual e o trabalho manual, bem como entre ciência e cultura (Pontes *et al.*, 2012 p. 266).

Compartilhar o contexto urbano com outras culturas não indígena, não significa perda de direitos nem da identidade, pois, assim como ressaltados pelos moradores da aldeias urbanas durante as rodas de conversa, discutir territorialidade como posse coletiva é fundamental para discutir saúde, assim como, preconceito, discriminação, negligência dos órgãos públicos, entre outros aspectos. Articulando as informações advindas das rodas de conversas e de acordo com Nascimento e Vieira (2015), pode-se afirmar que

Diante desse cenário, alguns grupos indígenas têm procurado se organizar e criar, junto aos governos estaduais e municipais, núcleos, conselhos e organizações para debater e implementar políticas públicas específicas para a população indígena em área urbana. Esses espaços que buscam garantir ações voltadas às populações indígenas na cidade possuem em suas representações um maior número de indígenas residentes no contexto urbano do local. Isso pode ser presenciado na cidade de Campo Grande com a criação do Conselho Municipal de Direitos e Defesas dos Povos Indígenas, no ano de 2005(...) (Nascimento; Vieira, 2015 p. 129).

A resistência dos povos originários em manter e preservar seus modos de vida o que inclui também o significado do processo saúde-doença, não está condicionado ao contexto no qual eles se encontram, mas sim aos vínculos com suas crenças e tradições, às vezes imperceptíveis a um olhar superficial e treinado a enquadrar todas as manifestações da doença nas mesmas categorias biológicas. O modelo biomédico e os mais modernos dispositivos tecnológicos tendem a enquadrar as pessoas em padrões universais, reproduzindo a mesma

resposta sobre os corpos, desconsiderando fatores como falta de alimentação adequada, ensino, moradia, rede de apoio, luto, experiências sobre saúde e outros,

[...]e ao tentarem expor essas diferenças aos serviços de saúde, esses grupos reivindicam para si uma identidade singular, merecedora de um reconhecimento sobre sua expressividade simbólica e suas diferenças diante de outros grupos” (Vasconcellos; Adorno, 2012 p.137).

A compreensão de que a saúde é um direito de todos exige um olhar criterioso e atento às particularidades das pessoas especialmente quando se trata de populações culturalmente diferenciadas, em vista disso, a saúde desde essa perspectiva representa um desafio para as políticas públicas, sendo que as doenças e a saúde se relacionam diretamente com o território, ou seja, o espaço que as pessoas ocupam está estreitamente relacionado com os agravos à saúde (Cidade; Faria, 2023 *apud* Guimarães, 2015).

Sobre as falas de alguns dos profissionais de saúde que revelaram preconceito, de acordo com Santos *et al.* (2023 p. 134), “O preconceito com indígenas em contexto urbano é bastante conhecido. A ideia de que essas pessoas são menos indígenas é recorrente e está relacionada com o estereótipo que recai sobre elas”. Nessa perspectiva, as práticas de saúde caso sejam pautadas na concepção de que o indígena por estar na cidade perde sua identidade, pode prejudicar os cuidados com a saúde e dificultar o estabelecimento do vínculo paciente-profissional, e como consequência, fortalecer a resistência na adesão dos tratamentos não tradicionais.

As dificuldades relatadas pelos profissionais de saúde na assistência à população indígena no contexto urbano, precisam ser analisadas sob a perspectiva de que para os povos originários o viver na cidade implica encarar muitas complicações de vários tipos, especialmente social, sendo que a sociedade não indígena tende a julgar que as pessoas indígenas que ocupam espaços urbanos não fazem mais parte de qualquer grupo étnico. Os profissionais de saúde também fazem parte desse contexto que reproduz tais ideias sobre os indígenas que ocupam as áreas urbanas (Jesus *et al.*, 2023 *apud* Guirau; Silva, 2013).

Ao proporem estratégias para se aproximar de uma assistência culturalmente adaptada na APS aos indígenas no contexto urbano, os profissionais de saúde da USF Vida Nova após refletirem sobre a PNASPI e os aspectos culturais e históricos dos povos Indígenas do Brasil e de Mato Grosso do Sul, se depararam com a realidade de que a PNASPI como principal dispositivo legal para concretizar o direito a uma assistência diferenciada não contempla o contexto urbano, precisando a mesma de uma atualização e de novos arranjos que permitam abranger a realidade dos povos indígenas em contexto urbano.

A percepção dos profissionais é condizente com a de vários autores, entre eles, Jesus *et al.* (2023 p.241) quando afirma que,

“No ano de 2002 foi instituída a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). Os DSEI, contudo, atuam apenas em territórios indígenas reconhecidos, excluindo-se os indígenas que estão nos centros urbanos”

Contudo, a atenção primária como porta de entrada aos serviços do SUS, deve reduzir as barreiras de acesso que podem estar diretamente relacionadas com os aspectos culturais e tradicionais dos povos indígenas, alinhado com o desconhecimento de tal realidade por parte dos profissionais. A assistência culturalmente adaptada se baseia em um modelo de cuidado que envolve diversas formas e práticas de cuidado, reconhecendo além das estabelecidas pela sociedade ocidental, outras que fazem parte dos saberes dos grupos culturalmente diferentes. Incluir tais práticas e conhecimentos ancestrais no diálogo e no plano terapêutico configura uma busca pelo cuidado integral do sujeito, objetivando a prevenção, promoção, diagnóstico e tratamento (Nobre *et al.*, 2023).

Avaliar constantemente a efetivação dos atributos da APS no cotidiano das práticas de saúde, assim como as dificuldades para alcançar tal concretização, exige estar disposto a assumir a dinamicidade da própria realidade que demanda por atualizações que respondam às necessidades dos usuários. Desse modo, considerar o “campo da saúde como um locus privilegiado para a compreensão das necessidades básicas” (Vasconcellos; Adorno, 2012 p,133), pode gerar ganhos para o aperfeiçoamento das práticas em saúde em contextos interculturais.

Identificar possíveis barreiras de acesso implica necessariamente o diálogo intercultural, a troca de saberes e a escuta atenta das partes envolvidas, superando a tendência da padronização e se interessando pela diversidade como uma forma de reconhecimento e valorização. Os atributos da APS visam garantir o acesso aos serviços de saúde, reduzindo as desigualdades e iniquidades em saúde, permitindo um conceito ampliado de saúde, por tanto “leva os profissionais de saúde a entrar em contato com as condições de vida e saúde das populações, permitindo-lhes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas” (Oliveira; Pereira, 2013 p. 159).

Ao expressarem a necessidades de conhecer e aprofundar mais as especificidades dos povos indígenas adscritos no território da unidade de saúde, os profissionais estão fazendo referência à competência cultural como atributo derivado da APS, o qual favorece “o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico e

cultural” (Oliveira; Pereira, 2013 p. 160). Segundo Vasconcellos e Adorno (2012), os sistemas de saúde carecem de profissionais que possuam experiência em mediação cultural, ou seja, habilidades e competências para lidar com conflitos e tensões advindos de diferenças culturais, situação que provoca posturas rígidas que incentivam a rotular o outro como um problema para a equipe de saúde.

Aproximar das demandas das comunidades indígenas do contexto urbano com os profissionais de saúde, implicou percorrer um longo caminho indo até os aspectos históricos, demográficos, sociais, econômicos, culturais, para enxergar com mais clareza a situação atual dos povos indígenas em seus diferentes contextos. Durante o processo de caminhada se fez necessário tentar desconstruir algumas ideias e preconceitos construídos e reproduzidos historicamente e que permanecem até hoje sobre os povos indígenas. Porém, poder discutir a saúde como um direito de todos, também dos povos indígenas, possibilitou despertar o interesse de que novas discussões sobre o assunto precisam ser feitas.

Combater o preconceito e a discriminação contra os povos indígenas não é uma tarefa fácil, nem se consegue em poucos dias, mas problematizar e questionar as ideias pré-formadas, faz parte da desconstrução. Por tanto, deve ser uma ação permanente e constante, abrindo espaço para os debates e a possibilidade de criar novos caminhos junto com aqueles que sempre ficaram alheios e marginalizados de propor e desenhar seus próprios projetos de vida.

A transformação da realidade só é possível se as pessoas que a compõem estão dispostas a mudar e viver o processo de transformação com suas consequências. Tal processo exige entre outras ferramentas e recursos “reuniões e outras estratégias para questionar os valores atuais e criar condições para que as pessoas enxerguem a necessidade de mudança, o que facilita a implantação de novas ideias e processos” (Alonso *et al.*, 2010 p. 374).

Nesse sentido, considerando a quantidade de profissionais da USF, percebeu-se uma baixa adesão à proposta de intervenção, evidenciando uma falta de motivação para participar, assim como, falta de comprometimento e interesse pela temática proposta. Segundo Alonso *et al.* (2010 p. 373 *apud* Choo, 2006) “ o processo de implantação de mudanças em conceitos, crenças e formas de trabalhar esbarra em resistência, particularmente quando é desacompanhado de processo de divulgação e compartilhamento de informações.

Contudo, a avaliação positiva por parte dos profissionais que participaram da proposta evidencia o impacto positivo e a relevância do projeto para o dia a dia da unidade de saúde. A maioria demonstrou interesse pelas temáticas e atividades, participando ativamente dos

debates e discussões. Ao encerrar a intervenção percebeu-se uma maior compreensão sobre o objetivo do projeto e sobre a importância de considerar as especificidades culturais na assistência, como forma de qualificar e humanizar os cuidados. Sendo assim, a proposta de continuar com os espaços de educação permanente para discutir assuntos dessa natureza, revela a necessidade de criar rotinas de encontros que visem promover a discussão dos processos de trabalho.

Por fim, a intervenção evidenciou que é possível planejar e desenvolver ações para uma assistência pautada na sensibilidade aos aspectos culturais dos povos indígenas que se encontram no contexto urbano. Vale ressaltar que como psicóloga residente do Programa Multiprofissional de Saúde da família, a intervenção representou um desafio marcado por vários fatores, principalmente por ter sido desenvolvida não na unidade de saúde na qual realizei minha residência, o que implicou no estabelecimento de vínculo com os profissionais, na identificação e reconhecimento dos fluxos da unidade, assim como talvez, a falta de apropriação do local e da realidade para acompanhar as propostas e discussões sobre o tema.

6 CONCLUSÕES

A realidade dos indígenas no contexto urbano é uma realidade complexa e tem aumentado significativamente nas últimas décadas. Campo Grande -MS, segundo dados do censo do IBGE do ano 2023 é a cidade do Estado de Mato Grosso do Sul com maior presença de povos indígenas, a maioria no contexto urbano. Nesse cenário, espera-se que essa realidade seja considerada pelos governantes e gestores para a implantação de políticas públicas que atendam as demandas dessa população.

A saúde diferenciada preconizada na PNASPI não contempla as especificidades e as vulnerabilidades dos povos indígenas em contexto urbano, mas, vale ressaltar que para além da PNASPI, a Constituição Cidadão Brasileira de 1988 instituiu a saúde como um direito de todos, e se é direito, ela deve contemplar as particularidades do processo saúde-doença de cada cultura e não padronizar as forma de enxergar os agravos à saúde. Para isso, é de extrema importância a formação dos profissionais de saúde de modo geral, mas especialmente, daqueles que atuam em contextos interculturais.

O projeto de intervenção visou aproximar os profissionais de saúde, das demandas de saúde das aldeias urbanas presentes no território da USF Vida Nova, para isso foi necessário aprofundar vários aspectos sobre esta realidade através das oficinas. A intervenção provocou nos participantes várias reações positivas como a empatia, compreensão da situação atual, comprometimento para aprofundar os conhecimentos adquiridos, e também posturas negativas como indiferença, manutenção e fortalecimento do preconceito e resistência para enxergar a realidade de forma diferentes.

Envolver os indígenas nas diferentes etapas do processo foi construtivo, pois, eles são os protagonistas e ouvir suas necessidades e compreender suas reivindicações e suas lutas, representa um ato de solidariedade e reparação pelos anos que ficaram às margens, inclusive, na hora de decidir seus próprios destinos.

Ressalta-se a importância dos espaços de Educação Permanente em Saúde como espaços democráticos e de construção de novos saberes e formas de agir. A transformação social perpassa pela transformação das pessoas que compõem o cotidiano. Incentivar o encontro dos diferentes saberes e do diálogo intercultural é um caminho que traz muitos benefícios para todos os que se propõem transformar as práticas em saúde, superando os modelos rígidos que não admitem a diversidade.

O presente trabalho encontra-se longe de esgotar a temática, ao contrário, muitas oportunidades podem surgir a partir das reflexões e resultados da intervenção. Espera-se que

os resultados e impactos do presente projeto possam incentivar e promover novas pesquisas e debates, assim como auxiliar na construção e implementação de ações estratégicas visando uma assistência culturalmente adaptada na APS para os povos indígenas em contexto urbano.

REFERÊNCIAS

- ALONSO, L. B. N.; CASTILHO, S. B.; HEDLER, H. C. Sistema Único de Saúde: a busca do entendimento de seus princípios e sistemas de valores para profissionais do serviço público. **Revista do Serviço Público**, [S. l.], v. 61, n. 4, p. p. 371-386, 2014. DOI: 10.21874/rsp.v61i4.56. Disponível em: <https://revista.ena.gov.br/index.php/RSP/article/view/56>. Acesso em: 11 jan. 2024.
- AROUCA, C; LIMA, N. T. **Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas**. / organizado por Carla Costa Teixeira e Luiza Garnelo. / — Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, 262 p. : il. ; tab. (Coleção Saúde dos Povos Indígenas).
- ARRUDA, R. S. V. **Diálogos Interculturais: Reflexões Interdisciplinares e Intervenções Psicossociais**. São Paulo, Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, 2012.
- BERBEL, N. A. N. **Metodologia da problematização: experiências com questões de ensino superior**. Londrina: EDUEL, 1998 a
- BORDENAVE, J. D; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino aprendizagem**. 4. Ed., Petrópolis: Vozes, 1982
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010
- _____. Ministério da Saúde. 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena : **relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde** – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 305 p.
- _____. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, [2016].
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Orientações para monitoramento e avaliação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

CARVALHO, M. L. B. **Diálogos Interculturais: Reflexões Interdisciplinares e Intervenções Psicossociais**. São Paulo, Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, 2012.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 161-168, set 2005.

CIDADE, F. C; FARIA, I. F. **A saúde indígena nas cidades: redes de atenção, cuidado tradicional e intercultural/** Organizadores: Rodrigo Tobias, Noeli das Neves Toledo, Camila Carlos Bezerra, Raniele Alana Lima Alves e Tais Rangel Cruz Andrade 1.ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA, 2023.

COIMBRA, C; SANTOS, R. V; ESCOBAR, A. L. **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. 260 p. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/bsmtd>>. Acesso em: 18 fev. 2023.

DAMASCENO, R. F; DA SILVA, P. L. N. Competência cultural na atenção primária: algumas considerações. **JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care|** ISSN 2179-6750, v. 9, 2018.

DANTAS, S. D. (org.). **Diálogos Interculturais: Reflexões Interdisciplinares e Intervenções Psicossociais**. São Paulo, Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, 2012.

FIGUEIREDO, G. L. A. *et al.* Direito à cidade, direito à saúde: quais interconexões? **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 22, v. 12, p. 3821-3830, 2017.

GARNELO, L. (Org.). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECADI, 2012. 280 p. il. Color. (Coleção Educação para Todos) ISBN 978-85-7994-063-7. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_uma_introducao_tema.pdf. Acesso em 16 de Fevereiro de 2023.

_____, Luiza. **Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas**. / organizado por Carla Costa Teixeira e Luiza Garnelo. / — Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

GUIMARÃES, B. N. **Entre Demografia e Antropologia: povos indígenas no Brasil**. / organizado por Ricardo Ventura Santos *et al.* – Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2019. 264 p. : il. ; tab. (Coleção Saúde dos Povos Indígenas)

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Os indígenas no Censo Demográfico 2023. Primeiras considerações com base no quesito cor ou raça**. Rio de Janeiro, 2023.

JESUS, F. O. *et al.* **A saúde indígena nas cidades: redes de atenção, cuidado tradicional e intercultural/** Organizadores: Rodrigo Tobias, Noeli das Neves Toledo, Camila Carlos Bezerra, Raniele Alana Lima Alves e Tais Rangel Cruz Andrade 1.ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA, 2023.

KROEF, R. F. S; GAVILLON, P. Q; RAMM, L. V. Diário de Campo e a Relação do(a) Pesquisador(a) com o Campo-Tema na Pesquisa-Intervenção. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 464-480, ago. 2020. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812020000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 03 jan. 2024.

MERHY, E. E. Educação permanente em movimento: uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Revista Saúde em Redes**, Porto Alegre, 1 (1): 7-14, jul. 2015. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/309>. Acesso em 15 jan. 2023

MENDONÇA, S; RODRIGUES, D. **Política indigenista de saúde**. Unidade de Saúde e Meio Ambiente do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP / EPM. 2008.

MITRE, S. M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais [Active teaching-learning methodologies in health education: current debates]. **Cien Saude Colet.** 2008 Dec;13 Suppl 2:2133-44. Portuguese. doi: 10.1590/s1413-81232008000900018. PMID: 19039397 acesso em 13 jan.2023.

MOTA, S. E. C; NUNES, M. Por uma atenção diferenciada e menos desigual: o caso do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia. **Saúde e Sociedade**, v. 27, p. 11-25, 2018.

NOBRE, P. F. *et al.* **A saúde indígena nas cidades: redes de atenção, cuidado tradicional e intercultural**/ Organizadores: Rodrigo Tobias, Noeli das Neves Toledo, Camila Carlos Bezerra, Raniele Alana Lima Alves e Tais Rangel Cruz Andrade 1.ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA, 2023.

NASCIMENTO, A. C.; VIEIRA, C. M. N. (2015). O índio e o espaço urbano: breves considerações sobre o contexto indígena na cidade *The indian and the urban area: brief observations on the indigenous context in the city. **Cordis: Revista Eletrônica De História Social Da Cidade**, (14). Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/cordis/article/view/26141>. Acesso em 15 jan. 2023.

NUNES, T. C. F *et al.* **Brasil Anais do 14º Congresso Internacional de Tecnologia na Educação Brasil** | Recife | Setembro de 2016 ISSN: 1984-6355

OLIVEIRA, M. A. C; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. 2013, v. 66, n. spe [Acessado 13 Janeiro 2023], pp. 158-164. Disponível em: https://www.google.com/url?q=https://www.scielo.br/j/reben/a/5XkBZTcLysW8fTmnXFMjC6z/?lang%3Dpt&sa=D&source=docs&ust=1705376820793197&usg=AOvVaw3Fb_HegE-2PT-ri8QVA3Pu. Acesso em 13 jan. 2023.

PAGLIARO, H; AZEVEDO, M. M; VENTURA, R. **Demografia dos Povos Indígenas no Brasil**/Heloísa Pagliaro, Marta Maria Azevedo e Ricardo Ventura Santos (Orgs.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz e Associação Brasileira de Estudos Populacionais/Abep, 2005.

PONTES, A. L. M. **Políticas Antes da Política de Saúde Indígena** / organizado por Ana Lúcia de Moura Pontes, Felipe Rangel de Souza Machado e Ricardo Ventura Santos. — Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2021.

PONTES, A. L.; STAUFFER, A; GARNELO; L. **Saúde Indígena: uma introdução ao tema.** / Luiza Garnelo; Ana Lúcia Pontes (Org.). - Brasília: MEC-SECADI, 2012. 280 p. il. Color. (Coleção Educação para Todos).

PRADO, M. L. DO . *et al.* Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 1, p. 172–177, mar. 2012.

ROSADO, R. M. **Equidade étnicorracial no SUS : pesquisas, reflexões e ações em saúde da população negra e dos povos indígenas** [recurso eletrônico] / organizadores: Daniel Canavese ... [et al.] – 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. 209 p. : il. – (Série Atenção Básica e Educação na Saúde, v. 15).

SANTOS, A. G. *et al.* **Aplicação do Arco de Maguerez na atenção à saúde da criança hospitalizada.** Blending active learning technology, and social justice. Santa Clara. California. USA. 2018.

SANTOS, M. A. S.*et al.* **A saúde indígena nas cidades: redes de atenção, cuidado tradicional e intercultural/** Organizadores: Rodrigo Tobias, Noeli das Neves Toledo, Camila Carlos Bezerra, Raniele Alana Lima Alves e Tais Rangel Cruz Andrade 1.ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA, 2023.

SILVA, L. A. R. *et al.* O arco de Maguerez como metodologia ativa na formação continuada em saúde. **Interfaces Científicas - Educação**, 8(3), 41–54.
<https://doi.org/10.17564/2316-3828.2020v8n3p41-54> Acesso em 13 jan. 2023.

SCHAPER, M. *et al.* **Atenção básica na saúde indígena: mudando para reconstruir.** Curso de Especialização em Saúde Indígena da UAB – Universidade Aberta do Brasil, 2009.

SILVA, S. O. **A ação do serviço de apoio à atenção da população indígena nas CASAI s e DSEIs: um olhar da psicologia da saúde.** 2017. 89 f. + anexos. Disponível em: Anexo.cdr (ucdb.br) Acesso em 10 jan. 2023.

SOUZA F. C. F. M. de. A saúde como cultura, a cultura como direito . **Revista de Direito Sanitário, [S. l.]**, v. 9, n. 3, p. 109-114, 2008. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v9i3p109-114. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13132>. Acesso em: 6 jan. 2024.

SOUZA, V; DE MOURA, M. B; MAI, L. D. Saúde indígena urbana: interface entre ações estatais e não estatais. **Iniciação Científica CESUMAR**, v. 14, n. 1, 2012.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

TOBIAS, R. *et al.* **A saúde indígena nas cidades: redes de atenção, cuidado tradicional e intercultural/** Organizadores: Rodrigo Tobias, Noeli das Neves Toledo, Camila Carlos

Bezerra, Raniele Alana Lima Alves e Tais Rangel Cruz Andrade 1.ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA, 2023.

VASCONCELLOS, M. P; ADORNO, R. C. F. **Diálogos Interculturais: Reflexões Interdisciplinares e Intervenções Psicossociais**. São Paulo, Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, 2012.

VILLARDI, M. L; CYRINO, E. G; BERBEL, N. A. **A metodologia da problematização no ensino em saúde: suas etapas e possibilidades**. In: **A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos [online]**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica. 2015, pp. 45-52. ISBN 978-85-7983-662-6. Disponível em: <https://www.google.com/url?q=https://books.scielo.org/id/dgjm7/pdf/villardi-9788579836626-05.pdf&sa=D&source=docs&ust=1705377023490327&usg=AOvVaw3FsmNxBzOdMjuPvQfLjTQP>. Acesso em 15 jan. 2023.

ZAIA, M. C. **Diálogos Interculturais: Reflexões Interdisciplinares e Intervenções Psicossociais**. São Paulo, Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, 2012.

ANEXO A - QUESTIONÁRIO PRÉ OFICINA



QUESTIONÁRIO PRÉ- OFICINAS

USF Vida Nova

Nome (iniciais): _____ Sexo: _____

Categoria profissional: _____

Tempo de trabalho na APS (em anos): _____

Tempo de trabalho na assistência à população indígena (em anos): _____

Você é indígena? () Sim () Não

1. Tem conhecimento de quantas famílias indígenas residem no território da Unidade de saúde?

- () Sim
- () Não
- () Talvez aproximadamente

2. Sabe a quais povos (etnias) pertencem essa população?

- () Sim
- () Não

3. Já visitou alguma família indígena do território?

- () Sim
- () Não

4. Se a resposta for sim à questão anterior, percebeu alguma (s) particularidade (s) durante a visita? Se sim, qual (is)?

- () Sim _____

- () Não

5. A unidade já organizou ou realiza ações específicas voltada para a população indígena do seu território? Se sim, qual (is)?

- () Sim _____

- () Não



6. Tem algum conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI)? Se sim, qual (is)?

() Sim _____

() Não

7. Você conhece algumas práticas culturais de cuidado ou tratamento de saúde, da população indígena assistida pela unidade de saúde? Se sim, qual (is)?

() Sim _____

() Não

8. Acha relevante conhecer as especificidades desses povos para seu trabalho como profissional de saúde? Se sim, por quê?

() Sim _____

() Não

9. Quais desafios e dificuldades encontram na assistência aos indígenas no contexto urbano?

() Dificuldades com a língua materna indígena.

() Dificuldades em saber se o usuário indígena realmente compreendeu as informações e orientações transmitidas e se a comunicação foi clara o suficiente.

() Dificuldades na adesão ao tratamento e demais orientações.

() Dificuldades quanto à abertura e ao acesso ao usuário indígena.

() Desafios quanto à associação/adoção das práticas culturais de saúde por parte dos usuários indígenas.

() Desafios quanto a pouca informação que se tem sobre os aspectos culturais e demais especificidades dos povos indígenas que impactam em sua saúde de forma geral (concepções de saúde/doença, práticas de prevenção, de tratamento e outras).

() Outros.

Quais? _____

ANEXO B - QUESTIONÁRIO PÓS-OFFICINA



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO PÓS-OFFICINAS

USF Vida Nova

Nome (iniciais): _____ Sexo: _____

Categoria profissional: _____

Tempo de trabalho na APS (em anos): _____

Tempo de trabalho na assistência à população indígena (em anos): _____

Você é indígena? () SIM () NÃO

A partir do quadro abaixo, informe qual a sua avaliação frente aos temas e atividades abordados nas oficinas.

TEMA	ÓTIMO	BOM	RAZOÁVEL
1. História dos Povos Indígenas e História da Saúde Indígena.			
2. Aspectos socioeconômicos, demográficos e epidemiológicos dos povos indígenas vivendo em territórios tradicionais em Mato Grosso do Sul e em contexto urbano em Campo Grande.			
3. APS aos povos indígenas no contexto urbano de Campo Grande. Atributos da APS. A prática da Competência Cultural.			
4. Especificidades socioculturais dos povos indígenas; O saber científico e as práticas tradicionais e saúde.			
5. Desafios e Perspectivas do Cuidado intercultural na APS: atendimento culturalmente adaptado.			



6. Roda de contribuições e troca de saberes com profissionais indígenas de saúde e cuidadores tradicionais das etnias locais.			
7. Construção de estratégias de atendimento diferenciado à saúde de indígenas em contexto urbano.			
8. Metodologia utilizada nas oficinas.			
9. Contribuição dos temas abordados para sua prática profissional.			

Espaço destinado a contribuições, sugestões, críticas e demais apontamentos relacionados às temáticas desenvolvidas.

ANEXO C - MATRIZ DE INTERVENÇÃO

ESTRATÉGIAS PARA UMA ASSISTÊNCIA CULTURALMENTE ADAPTADA NA APS

Unidade de saúde: USF Vida Nova

A partir do conteúdo das oficinas, da sua atuação na APS e considerando as especificidades da unidade de saúde, elabore propostas/estratégias para aprimorar a assistência à população indígena adscrita no território de abrangência da unidade de saúde. Em seguida, elabore a matriz de intervenção para o atributo indicado (Acesso e Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade, Coordenação do Cuidado, Orientação Familiar e Comunitária e Competência Cultural).

Estratégias para alcançar os objetivos/metás	Atividades a serem desenvolvidas	Resultados esperados	Responsáveis	Prazo	Como será realizada a avaliação e monitoramento dos indicadores

ANEXO D - REGISTRO DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A POPULAÇÃO INDÍGENA

REGISTRO DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado participante, você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada **"Indígenas no contexto urbano: estratégias para uma assistência culturalmente adaptada na Atenção Primária à Saúde (APS)"**, desenvolvida pela pesquisadora **Marbelis Yulimar Monroy Rivas**, Psicóloga residente do programa "Residência Multiprofissional de Saúde da Família SESAUFIOCRUZ". O objetivo central do estudo é aproximar as demandas em saúde de duas comunidades indígenas em contexto urbano da Cidade de Campo Grande – MS, com os profissionais e serviços de saúde de uma Unidade de Saúde da Família do mesmo município, responsável pelo atendimento da população indígena, com o intuito de construir estratégias para uma assistência em saúde culturalmente adaptada na Atenção Primária à Saúde.

O convite para a sua participação ocorre por ser morador e pertencer à Aldeia urbana Água Bonita ou Tarsila do Amaral. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não terá prejuízo algum caso decida não participar, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Sua participação se dará por meio de sua presença e colaboração nas rodas de conversas sobre a assistência em saúde à população indígena no contexto urbano. Vale destacar que serão realizadas quatro (4) rodas de conversas em cada comunidade indígena, com temas e objetivos diferentes, com duração máxima de uma (1) hora cada uma, em local e horário previamente definidos junto com as lideranças das respectivas aldeias urbanas. Cada um dos participantes poderá participar das rodas de conversas na sua respectiva aldeia.

Se o/a Sr (a) aceitar participar, as respostas obtidas por esta pesquisa poderão contribuir para construção de novas formas de uma assistência em saúde diferenciada aos indígenas no contexto urbano, a partir do diálogo com os diferentes saberes e o conhecimento de aspectos históricos e culturais. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, sob guarda e responsabilidade da pesquisadora responsável, por pelo menos cinco (5) anos, conforme Resolução CNS no 466/2012.

Segundo a Resolução CNS nº 466/12 as pesquisas devem proporcionar benefícios atuais e potenciais, tanto individuais como coletivos que possam ser aproveitados direta ou indiretamente pelos participantes, visando à promoção do bem estar e a qualidade de vida, promovendo a preservação do meio ambiente. Assim sendo, a presente pesquisa busca contribuir na construção de

novas formas de uma assistência em saúde diferenciada aos indígenas no contexto urbano, a partir do diálogo intercultural com os diferentes saberes e o conhecimento de aspectos históricos e culturais. A expectativa é que as ações planejadas ampliem a discussão, tanto nas comunidades indígenas quanto com os profissionais da Atenção Primária à Saúde, sobre a Política Nacional de Atendimento à Saúde Indígena (PNASPI).

De acordo com a Resolução CNS nº 466/12, toda pesquisa envolvendo seres humanos inclui a possibilidade de riscos de diferentes tipos e gradações, sendo assim, dependendo da intensidade e da maior probabilidade dos riscos acontecerem, maiores devem ser os cuidados para reduzi-los. Assim para o desenvolvimento do presente projeto será necessária a participação de seres humanos, o que levou à análise dos possíveis danos e riscos imediatos e posteriores aos participantes envolvidos. Os possíveis riscos estão relacionados à população indígena a ser estudada e aos profissionais de saúde, no que dizem respeito à apresentação de comportamentos de incomodo, vergonha, estresse, cansaço e constrangimento ao relatar situações sobre vivências pessoais, discriminação, comprometimento ao trabalho das equipes e fortalecimento do preconceito contra a população indígena.

Como medida para minimizar tais riscos será propiciado um ambiente acolhedor para as rodas de conversas, as perguntas serão objetivas, a atenção da pesquisadora enquanto psicóloga estará também voltada para a identificação de sinais verbais e não verbais de desconforto, garantindo o sigilo das informações e anonimato dos participantes.

Em caso de gastos decorrentes de sua participação na pesquisa, você (e seu acompanhante, se houver) será ressarcido. Havendo algum dano decorrente da pesquisa, o participante terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais ou extrajudiciais (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19). Os resultados desta pesquisa serão divulgados em rodas de conversas nas comunidades indígenas participantes do estudo, no próprio Trabalho de Conclusão da Residência e posterior publicação de artigo científico.

Para a realização da presente pesquisa obteve-se a autorização das lideranças indígenas locais da aldeia urbana, ou seja, dos caciques, os quais foram informados sobre os objetivos, riscos e benefícios da mesma, assim como, a anuência da SESAU devido à pesquisa ocorrer também em uma Unidade de Saúde da Família, assim como do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI). Vale destacar que, mesmo sendo constatado junto às lideranças locais que a população indígena domina e fala fluentemente a língua portuguesa, caso seja necessário a pesquisa será mediada por um intérprete da própria comunidade indígena, como previamente acordado também junto às lideranças locais.

Conforme Resolução CNS nº 510 de 2016, Art. 17, inciso IX, é de extrema importância incluir uma breve explicação sobre o que é o CEP, bem como endereço, e-mail e contato telefônico do CEP local e, quando for o caso, da CONEP. Em vista disso, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) está diretamente ligada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS). A composição

multi e transdisciplinar reúne representantes de diferentes áreas do conhecimento para cumprir sua principal atribuição, que é a avaliação dos aspectos éticos das pesquisas que envolvem seres humanos no Brasil. Em cumprimento à sua missão, a Comissão elabora e atualiza as diretrizes e normas para a proteção dos participantes de pesquisa e coordena o Sistema CEP/CONEP.

A CONEP possui autonomia para a análise ética de protocolos de pesquisa de alta complexidade (e de áreas temáticas especiais, como genética humana, reprodução humana, populações indígenas e pesquisas de cooperação internacional) e em projetos de pesquisa propostos pelo Ministério da Saúde. Caso de dúvidas quanto à presente pesquisa pode entrar em contato com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) localizado em SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte CEP: 70719-040, Brasília-DF, pelo telefone (61) 3315-5877 ou pelo email conep@saude.gov.br . Horário de atendimento: 09h às 18h.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma do participante da pesquisa e outra do pesquisador. Em caso de dúvidas quanto à sua participação, você pode entrar em contato com o pesquisador responsável através do email marbellismonroy@yahoo.es, do telefone "(67)99244-5025", ou por meio do endereço Rua Rogério Casal Caminha 600. Campo Grande -MS, CEP: 79011-170, Bairro Monte Castelo.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS (CEP/UFMS), localizado no Campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, prédio das Pró-Reitorias 'Hércules Maymone' – 1º andar, CEP: 79070900. Campo Grande – MS; e-mail: cepconep.propp@ufms.br; telefone: 67-3345-7187; atendimento ao público: 07:30-11:30 no período matutino e das 13:30 às 17:30 no período vespertino. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

As rodas de conversa não serão filmadas nem gravadas, serão feitos apenas registros fotográficos com prévia autorização dos participantes e o uso de suas imagens e/ou som respeitará também a Portaria nº 177/PRES/2006, Artigo 6º, da FUNAI e demais legislações pertinentes. Sendo assim, o senhor/a aceita participar dos registros fotográficos durante sua participação nas rodas de conversa e autoriza a posterior divulgação das imagens?

Sim, aceito participar do registro de imagens e a divulgação das mesmas.

Sim, aceito participar do registro de imagens, mas não a divulgação das mesmas.

Não, não aceito participar dos registro de imagens, nem autorizo a divulgação das mesmas.

Nome e assinatura do pesquisador

_____, _____ de _____ de

_____ Local e data

Nome e assinatura do participante da pesquisa

_____, _____ de _____ de

_____ Local e data

ANEXO E - REGISTRO DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

REGISTRO DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado participante, você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada "**Indígenas no contexto urbano: estratégias para uma assistência culturalmente adaptada na atenção primária à saúde**", desenvolvida pela pesquisadora **Marbelis Yulimar Monroy Rivas**, Psicóloga residente do programa "Residência Multiprofissional de Saúde da Família SESAUFIOCRUZ". O objetivo central do estudo é aproximar as demandas em saúde de duas comunidades indígenas em contexto urbano da Cidade de Campo Grande – MS, com os profissionais e serviços de saúde de uma Unidade de Saúde da Família do mesmo município, responsável pelo atendimento da população indígena, com o intuito de construir estratégias para uma assistência em saúde culturalmente adaptada na Atenção Primária à Saúde.

O convite para a sua participação ocorre por ser profissional da saúde da Unidade de Saúde da Família Vida Nova. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não terá prejuízo algum caso decida não participar, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Sua participação se dará com sua presença e colaboração nas oficinas de qualificação sobre realidade dos povos indígenas, as quais acontecerão na USF Vida Nova e no total serão quatro (4) oficinas, com duração máxima de uma hora e meia cada oficina, com temas e objetivos diferentes abordando a realidade dos Povos Indígenas do Brasil. Vale informar que no início das oficinas será disponibilizado um formulário impresso intitulado "Questionário pré-oficinas" com o intuito de coletar informações sobre seus conhecimentos sobre os Povos Indígenas do território da USF Vida Nova. Na sequência, na última oficina, será distribuído outro formulário impresso, identificado como "Questionário pós-oficinas", com a finalidade de avaliar o projeto de intervenção.

Se o/a Sr (a) aceitar participar, as respostas obtidas por esta pesquisa poderão contribuir para construção de novas formas de uma assistência em saúde diferenciada aos indígenas no contexto urbano, a partir do diálogo com os diferentes saberes e o conhecimento de aspectos históricos e culturais. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, sob guarda e responsabilidade do pesquisador responsável, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução CNS no 466/2012.

Segundo a Resolução CNS nº 466/12 as pesquisas devem proporcionar benefícios atuais e potenciais, tanto individuais como coletivos que possam ser aproveitados direta ou indiretamente pelos participantes, visando à promoção

do bem estar e a qualidade de vida, promovendo a preservação do meio ambiente. Assim sendo, a presente pesquisa busca contribuir na construção de novas formas de uma assistência em saúde diferenciada aos indígenas no contexto urbano, a partir do diálogo intercultural com os diferentes saberes e o conhecimento de aspectos históricos e culturais. A expectativa é que as ações planejadas ampliem a discussão, tanto nas comunidades indígenas quanto com os profissionais da Atenção Primária à Saúde, sobre a Política Nacional de Atendimento à Saúde Indígena (PNASPI).

De acordo com a Resolução CNS nº 466/12, toda pesquisa envolvendo seres humanos inclui a possibilidade de riscos de diferentes tipos e gradações, sendo assim, dependendo da intensidade e da maior probabilidade dos riscos acontecerem, maiores devem ser os cuidados para reduzi-los. Assim para o desenvolvimento do presente projeto será necessária a participação de seres humanos, o que levou à análise dos possíveis danos e riscos imediatos e posteriores aos participantes envolvidos. Os possíveis riscos estão relacionados à população indígena a ser estudada e aos profissionais de saúde, no que dizem respeito à apresentação de comportamentos de incomodo, vergonha, estresse, cansaço e constrangimento ao relatar situações sobre vivências pessoais, discriminação, comprometimento ao trabalho das equipes e fortalecimento do preconceito contra a população indígena.

Como medida para minimizar tais riscos será propiciado um ambiente acolhedor para as oficinas e para as rodas de conversas, as perguntas serão objetivas, a atenção da pesquisadora enquanto psicóloga estará também voltada para a identificação de sinais verbais e não verbais de desconforto, garantindo o sigilo das informações e anonimato dos participantes.

Em caso de gastos decorrentes de sua participação na pesquisa, você (e seu acompanhante, se houver) será ressarcido. Havendo algum dano decorrente da pesquisa, o participante terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais ou extrajudiciais (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19). Os resultados desta pesquisa serão divulgados em rodas de conversas nas comunidades indígenas participantes do estudo, no próprio Trabalho de Conclusão da Residência e posterior publicação de artigo científico.

Para a realização da presente pesquisa obteve-se a autorização das lideranças indígenas locais da aldeia urbana, ou seja, dos caciques, os quais foram informados sobre os objetivos, riscos e benefícios da mesma, assim como, a anuência da SESAU devido à pesquisa ocorrer também em uma Unidade de Saúde da Família, assim como, do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI). Vale destacar que, mesmo sendo constatado junto às lideranças locais que a população indígena domina e fala fluentemente a língua portuguesa, caso seja necessário a pesquisa será mediada por um intérprete da própria comunidade indígena, como previamente acordado também junto às lideranças locais.

Conforme Resolução CNS nº 510 de 2016, Art. 17, inciso IX, é de extrema importância inclui uma breve explicação sobre o que é o CEP, bem como endereço, e-mail e contato telefônico do CEP local e, quando for o caso, da CONEP. Em vista disso, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)

está diretamente ligada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS). A composição multi e transdisciplinar reúne representantes de diferentes áreas do conhecimento para cumprir sua principal atribuição, que é a avaliação dos aspectos éticos das pesquisas que envolvem seres humanos no Brasil. Em cumprimento à sua missão, a Comissão elabora e atualiza as diretrizes e normas para a proteção dos participantes de pesquisa e coordena o Sistema CEP/CONEP.

A CONEP possui autonomia para a análise ética de protocolos de pesquisa de alta complexidade (e de áreas temáticas especiais, como genética humana, reprodução humana, populações indígenas e pesquisas de cooperação internacional) e em projetos de pesquisa propostos pelo Ministério da Saúde. Caso tenha dúvidas quanto à presente pesquisa pode entrar em contato com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) localizado em SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte. CEP: 70719-040, Brasília-DF, pelo telefone (61) 3315-5877 ou pelo email conep@saude.gov.br. Horário de atendimento: 09h às 18h.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma do participante da pesquisa e outra do pesquisador. Em caso de dúvidas quanto à sua participação, você pode entrar em contato com o pesquisador responsável através do email marbelismonroy@yahoo.es, do telefone "(67)99244-5025", ou por meio do endereço Rua Rogério Casal Caminha 600. Campo Grande -MS, CEP: 79011-170, Bairro Monte Castelo.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS (CEP/UFMS), localizado no Campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, prédio das Pró-Reitorias 'Hércules Maymone' – 1º andar, CEP: 79070900. Campo Grande – MS; e-mail: cepconep.propp@ufms.br; telefone: 67-3345-7187; atendimento ao público: 07:30-11:30 no período matutino e das 13:30 às 17:30 no período vespertino. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

As oficinas não serão filmadas nem gravadas, será feito apenas registros fotográficos com prévia autorização dos participantes. Sendo assim, o senhor/a aceita participar dos registros fotográficos durante sua participação nas oficinas a posterior divulgação da sua imagem?

Sim, aceito participar do registro de imagens e a divulgação das mesmas.

Sim, aceito participar do registro de imagens, mas não autorizo a divulgação das mesmas.

Não, não aceito participar dos registros de imagens, nem autorizo a divulgação das mesmas.

Nome e assinatura do pesquisador

_____, _____ de _____ de

_____ Local e data

Nome e assinatura do participante da pesquisa

_____, _____ de _____ de

_____ Local e data



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE

ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande MS - SESAU, autoriza a realização da pesquisa proposta pelo (a) pesquisador (a), Marbelis Yulimar Monroy Rivas; e, inscrito (a) no CPF/MF sob n.º 700.462.331-99; portador (a) do documento de Identidade sob n.º RNE V660276-3, residente e domiciliado (a) à Rua Rogério Casal Caminha, Nº 600, Bairro: Monte Castelo, nesta Capital, telefone nº. 67 992445025, pesquisador (a) do Curso de Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Instituição SESAU/FIOCRUZ, com o título do Projeto de Pesquisa: "Indígenas no Contexto Urbano: Estratégias para uma Assistência Culturalmente Adaptada na Atenção Primária à Saúde", orientado (a) pela Professor (a) Fabiane de Oliveira Vick, inscrito (a) no CPF/MF sob n.º 895.525.391-53, portador (a) do documento de Identidade sob n.º 001047573, residente e domiciliado (a) à Rua Matutina, Nº. 303, Bairro: Vilas Boas, nesta cidade, telefone nº. 67 99694-9804, professor (a) e pesquisador (a) do Curso de: Programa de Residência Multiprofissional, da Instituição SESAU/FIOCRUZ.

O Pesquisador (a), firma o compromisso de manter o sigilo das informações obtidas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados na SESAU.

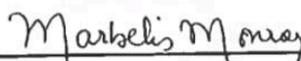
Fica advertido (a) de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gestão da unidade de saúde, sobre quaisquer referências aos dados analisados.

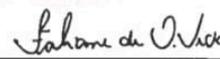
A pesquisas científicas envolvendo seres humanos, só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com resolução n. 466/202 (Conselho Nacional de Saúde).

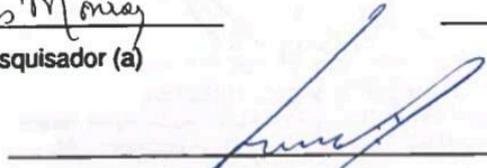
Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação e entrevistas não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o pesquisador deverá entregar uma cópia para esta Secretaria.

Campo Grande - MS, 03 de Abril de 2023.


Pesquisador (a)


Orientador(a)


Manoel Roberto dos Santos
Gerente de Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação em Saúde
Coordenadoria-Geral de Educação em Saúde/SESAU



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE

ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE PARCERIA PARA PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Considerando a importância da pesquisa na área da saúde;

Considerando a necessidade de elaborar protocolos para assegurar a qualidade dos trabalhos realizados;

Considerando resguardar questões éticas e preservar sigilo das informações constantes nas fichas/prontuários/laudos de pacientes atendidos na rede municipal de saúde;

O presente termo estabelece responsabilidades entre o pesquisador (a) e a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande MS.

COMPETÊNCIAS:

PESQUISADOR:

- 1) Para que a execução da pesquisa aconteça deverá entregar a esta secretaria uma cópia do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o número de protocolo.
- 2) Em função da rotina de trabalho da SESAU de cada unidade e ou serviço de saúde, favor agendar previamente com a área envolvida;
- 3) Garantir a citação da SESAU como fonte de pesquisa;
- 4) Disponibilizar cópia para a SESAU e quando necessário para equipe de saúde
- 5) Ao comparecer em nossas unidades ou serviços de saúde autorizados para realização da pesquisa, apresentar-se ao gestor responsável, com vestimentas adequadas, com a utilização de equipamentos de proteção individual –EPI, bem como correta identificação através de crachás.

SESAU:

- 1) Fornecerá as informações para pesquisa, preservando-se a identidade e endereço do paciente;
- 2) As pessoas serão atendidas pelos técnicos de acordo com a necessidade/objetivo da pesquisa;
- 3) Receber o resultado final e encaminhar para o devido retorno.

Campo Grande - MS, 03 de Abril de 2023.

Marcelis M. May
Pesquisador (a)

Fabiane de A. Nick
Orientador(a)

Manoel Roberto dos Santos
Gerente de Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação em Saúde
Coordenadoria-Geral de Educação em Saúde/SESAU

ANEXO G - PARECER DO CEP/CONEP

1

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INDÍGENAS NO CONTEXTO URBANO: ESTRATÉGIAS PARA UMA ASSISTÊNCIA CULTURALMENTE ADAPTADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: MARBELIS YULIMAR MONROY RIVAS

Área Temática: Estudos com populações indígenas;

Versão: 4

CAAE: 69645123.0.0000.0021

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.337.128

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa ("PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2128086.pdf" de 19/09/2023) e do Projeto Detalhado ("PROJETO_ATUALIZADO_PDF.PDF" de 17/09/2023).

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 6.337.128

Outros	CARTARESPOSTA.pdf	26/06/2023 16:06:44	MARBELIS YULIMAR MONROY	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostomodificada.pdf	26/06/2023 16:02:50	MARBELIS YULIMAR MONROY	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	concordancia.pdf	27/04/2023 10:54:33	MARBELIS YULIMAR MONROY RIVAS	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	26/04/2023 18:34:30	MARBELIS YULIMAR MONROY	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	26/04/2023 18:30:08	MARBELIS YULIMAR MONROY	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETO.pdf	26/04/2023 18:29:49	MARBELIS YULIMAR MONROY	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

BRASILIA, 03 de Outubro de 2023

Assinado por:
Lais Alves de Souza Bonilha
(Coordenador(a))

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040
UF: DF Município: BRASILIA E-mail: conep@saude.gov.br
Telefone: (61)3315-5877