


Desafios para a Educação Permanente em Saúde Indígena: adequando o atendimento do Sistema Único de Saúde no sul do Brasil

Challenges for Continuing Education in Indigenous Health: adapting the assistance of the Brazilian National Health System in the south of Brazil


(abstract: p. 10)

Desafíos para la Educación Permanente en la Salud Indígena: cómo adecuar la atención del Sistema Brasileño de Salud en el sur de Brasil (resumen: p. 10)


Julia Landgraf^(a)

<ferneda.julia@gmail.com> 

Nayara Emy Imazu^(b)

<nayaraimazzu@gmail.com> 

Rosa Maris Rosado^(c)

<rmrosado@sms.prefpoa.com.br> 

^(a) Graduanda da Faculdade de Psicologia, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Rua Sarmiento Leite, 245, Centro Histórico. Porto Alegre, RS, Brasil. 90050-170.

^(b) Biomédica. Porto Alegre, RS, Brasil.

^(c) Bióloga. Porto Alegre, RS, Brasil.

Este relato de experiência visa qualificar a realização de atividades de Educação Permanente em saúde indígena no Sistema Único de Saúde (SUS) em prol da consolidação de direitos. Atividades de Educação Permanente foram realizadas em serviços do SUS. Os principais resultados deste artigo demonstram o desconhecimento a respeito dos povos indígenas na região e das especificidades da saúde indígena. Aspectos burocráticos e organizativos dos serviços são colocados como dificultadores, ainda que a equidade seja um princípio constitutivo do mesmo sistema. A presença de indígenas nas capacitações abriu espaço para uma construção conjunta com o público atendido. A atenção diferenciada é vista por muitos trabalhadores da saúde como um privilégio, sendo necessário que desigualdades étnico-raciais e diferenças culturais sejam compreendidas pelos profissionais em busca da efetivação da universalidade e equidade previstas no SUS e do fortalecimento da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI).

Palavras-chave: Saúde de populações indígenas. Educação permanente. Saúde pública.

Introdução

A Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002 da Fundação Nacional da Saúde¹, vincula-se ao subsistema referente à saúde dos povos indígenas no SUS² e busca garantir aos indígenas o exercício de sua cidadania ao promover um modelo de saúde diferenciado respeitando especificidades culturais dos povos atendidos. Dessa maneira, seriam superados os fatores de vulnerabilidade dessas populações, integrando suas próprias formas e concepções de saúde tradicionais e o direito à reafirmação de suas culturas.

Os povos indígenas enfrentam dificuldades na efetivação do acesso aos direitos estabelecidos pela Constituição de 1988³, que garantiu seus direitos específicos, tendo reconhecidas suas formas próprias de organização social, costumes, línguas, crenças e tradições. Diante desse recente reconhecimento dos povos indígenas pelo Estado brasileiro, a saúde indígena ainda apresenta muitos entraves para inserir-se na pauta das discussões e projeções das necessidades da saúde pública no Brasil e tem sido marcada por uma atenção fragmentada e descontinuada pelos diversos órgãos federais responsáveis por essa tarefa. Somado aos preconceitos advindos da dominação cultural e considerando os processos de saúde e enfermidade como resultantes de desigualdades sociais ou discriminação étnico-racial (tratando-se de populações indígenas), de acordo com Coimbra e Santos⁴, os povos indígenas apresentam sérias dificuldades com relação ao acolhimento e à continuidade do vínculo com a rede de saúde, o que evidencia ser essa uma discussão necessária no SUS.

Uma das diretrizes da PNASPI¹ é a “preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural”, focando especialmente a formação dos agentes indígenas de saúde (AIS) e agentes indígenas de saneamento (AISAN). Para além desse segmento, essa preparação visa adequar as ações dos profissionais e serviços às especificidades culturais dos povos indígenas por meio de cursos de aperfeiçoamento, para que os serviços de saúde sejam permeáveis às práticas e saberes tradicionais indígenas na construção de projetos terapêuticos, garantindo dessa forma uma escuta qualificada ao possibilitar acesso à informação – desde as diretrizes da PNASPI¹ –, aos aspectos das cosmovisões indígenas e à legislação indigenista, como aponta Rosado⁵. A PNASPI refere que “o órgão responsável pela execução desta política organizará um processo de educação continuada para todos os servidores que atuam na área de saúde indígena”¹ (p. 16).

Como parte da complementaridade dos serviços também preconizada na mesma política, bem como o aperfeiçoamento dos profissionais da rede, a Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre realizou ao longo de 2018 atividades de Educação Permanente nas Unidades de Saúde (US) com indígenas em seus territórios. O objetivo principal deste trabalho é compartilhar a experiência para aprimorar cursos e capacitações na área da saúde indígena.

O SUS possui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que tem como um dos objetivos qualificar a atenção e gestão na saúde individual e coletiva, estabelecendo negociações interinstitucionais e intersetoriais e articulando práticas de saúde e educação no SUS⁶. De acordo com o Ministério da Saúde, a



Educação Permanente em Saúde⁷ concebe o trabalho no SUS como um processo de aprendizagem comprometido com os coletivos, escutando a diversidade do Brasil e transformando processos, relações e pessoas envolvidas nos serviços de saúde.

A Educação Permanente em Saúde coloca em análise o cotidiano dos espaços de trabalho e formação dos profissionais da área, possibilitando um espaço de reflexão para a prática que é conjuntamente construída, gerando entre seus efeitos a implicação, a mudança institucional e a experimentação⁷. Para que esses espaços formativos sejam devidamente ocupados, Ceccim⁸ afirma que os sujeitos precisam colocar-se ativos, possibilitando esse processo de subjetivação, abrindo fronteiras, desterritorializando comportamentos e gestão a partir da possibilidade de novas formas de ser (profissional da saúde, estudante, gestor ou paciente) e produzir saúde.

As reuniões de equipe de saúde são espaços essenciais para comprometimento coletivo dos profissionais com os objetivos e diretrizes do SUS. Esses espaços visam reorganizar as práticas de saúde a partir da articulação entre profissionais com práticas distintas, integração por meio da interprofissionalidade, flexibilização das fronteiras presentes entre tais práticas e reflexão sobre estas para possibilitar o atendimento adequado ao contexto das comunidades^{9,10}. Dessa forma, são espaços propícios e abertos à realização de atividades como a Educação Permanente.

Considerando demandas como a possibilidade de qualificação e aumento da resolutividade dos serviços, a Educação Permanente em Saúde Indígena representa a articulação de duas políticas públicas para sua execução: a PNASPI¹ e a PNEPS⁶. Merhy¹¹ aponta que seus efeitos implicam na construção da competência dos trabalhadores, que se expressa por meio da produção de cuidado e impacta assim nas formas de viver do outro no processo de subjetivação de tais sujeitos ético-políticos.

O ponto-chave das atividades de Educação Permanente para que de fato dialogassem com a realidade cotidiana das US, bem como estivessem a serviço da consolidação de uma atenção diferenciada para os povos indígenas, é o pensar a diferença. Para o reconhecimento das limitações do modelo biomédico imperante, no falar sobre saúde indígena são necessários conhecimentos mais específicos e culturais sobre os povos com quem se trabalha, sendo necessário então repensar essas atuações, como apontam Diehl e Pellegrini¹². A partir do reconhecimento da existência de distintos paradigmas sobre processos de saúde e adoecimento, para além da imperante no meio biomédico, contextos culturais diferenciados passam a ser considerados, buscando que não haja uma valoração sobre um sistema que seria melhor que outro, mas sim uma percepção de que os sistemas de conhecimento são múltiplos e, de acordo com Langdon e Wiik¹³, o paradigma biomédico também é parte de uma cultura com sua própria construção. Dessa maneira, a interlocução; o diálogo entre usuários indígenas e trabalhadores do SUS; e atividades de Educação Permanente que considerem saberes etnológicos a partir da saúde representam um caminho para a efetivação das políticas públicas envolvidas.

Método

Este trabalho é um relato de experiência da Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS), alocada

no Núcleo de Equidades em Saúde (NES) da Direção Geral de Atenção Primária em Saúde (DGAPS) da SMS. A SMS tem função de complementar a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), assessorando uma Equipe de Saúde Indígena (ESI) do município que realiza atendimentos de forma itinerante entre cinco aldeias de Porto Alegre, sendo quatro delas da etnia Kaingang e uma da Charrua. Além dos atendimentos realizados por essa equipe, existem dez outras US do município que atendem os indígenas não aldeados designados em seus territórios, bem como indígenas aldeados que eventualmente busquem atendimento em momentos que a ESI não esteja presente nas comunidades. Dessa maneira, é importante a realização de atividades de Educação Permanente com os profissionais destas US que os indígenas acessam e que, na maior parte das vezes, não tiveram contato com saúde indígena ao longo de sua formação como profissionais da saúde.

Seis serviços de saúde participaram dessas formações ao longo do segundo semestre de 2018, sendo cinco US e um hospital. As formações tiveram duração entre uma e três horas, de acordo com o número de equipes participantes em cada encontro. Ainda, no mês de novembro foi realizado um seminário sobre a temática da saúde dos povos indígenas, com duração total de oito horas.

As formações foram realizadas pela assessora da Área Técnica, juntamente com uma biomédica residente em Saúde Coletiva e uma estagiária de Psicologia e eventual presença de um agente de saúde indígena Kaingang ou estudante Kaingang. Foi utilizada uma apresentação de *slides* com explicação sobre a complementaridade dos serviços de saúde na saúde indígena, o preenchimento do quesito raça/cor no cadastro do SUS e o panorama geral dos povos indígenas no Brasil, bem como caracterização das diferentes etnias Charrua, Kaingang e Mbyá-Guarani presentes no município de Porto Alegre, juntamente com seus aspectos culturais específicos a partir de fontes da Antropologia. Como destacam Diehl e Pellegrini¹², a etnologia indígena utilizada na Educação Permanente nos aproxima de uma formação sensível à diferença que busque um diálogo simétrico entre profissionais da saúde e usuários indígenas.

As atividades de Educação Permanente em US foram realizadas no momento das reuniões de equipe, que costumam ter duração entre uma e três horas e contam com a participação de todos os profissionais e trabalhadores. A partir da interlocução com os coordenadores, foram marcadas as atividades, realizando papel importante na abertura da equipe à formação e visando aproveitar o espaço de reunião e a maior participação possível dos profissionais da saúde. Foram convidados para participar das formações todos os trabalhadores envolvidos nas unidades. No hospital, a maior parte dos profissionais era composta pelas residentes em serviço, bem como profissionais da assistência social, psicólogas e enfermeiras.

Uma equipe simples de US é composta por um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, um cirurgião-dentista, um auxiliar em saúde bucal, quatro agentes comunitários de saúde, uma auxiliar de limpeza e um porteiro. Algumas US contam com residentes, estagiários de Medicina, Odontologia e Enfermagem e agentes de combate às endemias. Consta-se que algumas unidades são incompletas e/ou formadas por uma ou mais equipes, sendo o número de profissionais diversificado em cada ação. Contudo, o público-alvo foram todos os profissionais da equipe, independentemente da quantidade e função profissional atuante. Todos os presentes passaram pela formação, por compreender que todas as áreas de atendimento estariam

em contato com usuários indígenas, o número máximo de participantes nas atividades foi de 23 pessoas (duas equipes) e o número mínimo, 13.

O conteúdo programático abordado nas capacitações era apresentado a partir da apresentação de *slides*, quando era possível a utilização de projetor ou computador, ou oralmente, na falta dos recursos citados. Inicialmente, era contextualizada a presença dos povos indígenas na cidade de Porto Alegre e o comum equívoco da “novidade” da presença indígena na cidade. Eram introduzidos os direitos fundamentais dos povos indígenas e a dificuldade de acesso a tais direitos, incluindo aqui o acesso à saúde. A PNASPI era apresentada em termos gerais para discutir a diferença entre a gestão do SUS no município e a gestão da saúde indígena, que ocorre no nível federal. Em seguida, eram trabalhados os equívocos mais comuns a respeito da questão indígena e das diferentes culturas existentes no Brasil, bem como trazidos dados a respeito da diversidade numérica de etnias e línguas indígenas no país. A partir desse contexto geral, aprofundava-se o panorama da saúde indígena em Porto Alegre, apresentando as etnias presentes na cidade e trazendo elementos da cultura de cada uma delas, diferenciando-as. O quesito raça/cor/etnia no SUS e os critérios jurídicos para a categoria de ser indígena eram apresentados, o que possibilita o acesso aos direitos específicos preconizados na PNASPI. Por fim, era introduzido o conceito de “atenção diferenciada” a partir da mesma política, bem como pontos-chave para pensar o acolhimento, a comunicação e a integração de saberes com esses pacientes indígenas, respeitando suas especificidades culturais e diferenciando a forma de pensar saúde por meio do saber biomédico dos saberes tradicionais indígenas, dois paradigmas culturais distintos e que devem ser reconhecidos como tal para a consolidação da atenção diferenciada.

Ainda que os conteúdos apresentados nas atividades de Educação Permanente sempre contemplassem a relação aqui citada, a forma de sistematização desta apresentação dependia do tempo disponibilizado pelos coordenadores das equipes. O espaço para essas atividades era o das reuniões de equipe, que algumas vezes era integralmente disponibilizado para a capacitação, enquanto com outras equipes a formação precisava dividir espaço com as suas pautas cotidianas. Dessa forma, a distribuição da carga horária foi condicionada pela possibilidade de abertura das equipes para esse momento, variando entre uma hora e três horas, o que impactava também no espaço possível para diálogo, perguntas e respostas. As atividades que reuniram mais de uma equipe (uma formação unindo duas US da mesma região, por exemplo), pelo número elevado de participantes, foram as que disponibilizaram maior tempo para a Educação Permanente, juntamente com o hospital que recebeu a formação; quando realizada com apenas uma unidade, a reunião de equipe foi dividida, sendo uma hora destinada à atividade e o restante, às pautas internas da equipe.

Por fim, o Seminário Povos Indígenas e Saúde foi organizado pela Área Técnica e ocorreu em sua terceira edição em uma universidade federal em Porto Alegre, tendo sido convidados os profissionais de toda a rede de saúde do município, ratificando o convite para os trabalhadores das US e hospitais-referência para indígenas, sendo também aberto para a participação de estudantes da área da saúde e afins. A programação contou com três mesas temáticas: a primeira foi intitulada “Mulheres indígenas e o bem viver”, com palestrantes Kaingang e Charrua, seguida pela mesa “Panorama da política pública de saúde Indígena em Porto Alegre”, com gestoras do

âmbito municipal e estadual da saúde indígena, e, por último, “Atuação intercultural na saúde indígena”, com profissionais da saúde indígena e agentes indígenas de saúde. Após as mesas, houve espaço para debate e perguntas por parte dos profissionais e estudantes presentes na plateia.

Resultados

Iniciamos os encontros de Educação Permanente perguntando aos profissionais presentes como eles acreditavam que deveria ser o atendimento de pacientes indígenas, para que fosse possível dialogar em grupo e, a partir do conhecimento dos presentes, construir as informações que seriam compartilhadas em seguida. A principal resposta proveniente dos trabalhadores era que “tratamos igual a todo mundo”, “sem privilégios, senão eles ficam abusados, querem que estendam o tapete vermelho”. Ainda apontavam que às vezes não sabem quem são os indígenas, por serem “todos muito parecidos” ou por “não vê-los como indígenas, pois já estão socializados” (neste caso, os indígenas atendidos pela US vivem na periferia, não havendo aldeia indígena na região). Também foram trazidos apontamentos como “entender o contexto para atender a necessidade da pessoa” e “conversar para chegar em um entendimento”, demonstrando a disparidade no ponto do qual parte o entendimento de cada trabalhador, o que é consequência da forma como a temática indígena é abordada ao longo da nossa educação primária – para os que alcançam o ensino superior, não há qualquer debate ou intersecção a respeito do tema.

Por tratar-se de um grande centro urbano, alguns equívocos históricos são frequentemente trazidos à tona, como a “novidade” da presença do indígena na cidade (como se não fosse a cidade que se sobrepôs a um território indígena) e a dificuldade de diferenciar o indígena que não possui marcadores nítidos desta “indianidade”, como adornos corporais, e/ou utilizam tecnologias como o celular. Nesse contexto, de acordo com Diehl e Pellegrini¹², é ainda mais comum que sejam mantidas as práticas biomédicas indiferenciadas, pensando no indígena como desapropriado de uma cultura distinta ou já “assimilado” pela cultura do não indígena. Esse fato demonstra a necessidade de especial atenção quanto a atividades de sensibilização e compartilhamento da PNASPI, para que este direito seja assimilado e os profissionais estejam mais preparados para atender os povos indígenas de seus territórios, reconhecendo dificuldades presentes como parte do encontro entre essas alteridades.

A partir desses espaços em que a Educação Permanente com a temática da saúde indígena circulou, percebemos que o resultado foi muito diverso de acordo com os próprios profissionais da saúde com os quais a oficina era trabalhada. Alguns trabalhadores se mostravam interessados em pensar e propor maneiras de realizar realmente um atendimento diferenciado nesse meio, enquanto outros permaneciam presos a um discurso burocrático e inflexível. Aqui, podemos questionar o quanto esses argumentos relacionados à inflexibilidade do serviço realmente são limitações do próprio SUS ou barreiras instituídas pelos profissionais que se deparam com seus próprios preconceitos diante do desafio que é pensar fluxos diferenciados de atenção à saúde dos povos indígenas. O enfoque colocado nos sistemas e burocracias não permitia um avanço sobre outras temáticas práticas de atendimento e acolhimento,

além do frequente comentário de que “se eles vêm até o serviço, eles que se adaptem”. A equidade é um princípio diretivo do SUS; Paim e Silva apontam para a falta de precisão do conceito na política¹⁴, enquanto Campos aponta que, em seu sentido mais específico, é a “capacidade de estabelecer julgamento e tratamento conforme a singularidade de cada situação”¹⁵. Dessa forma, os serviços devem estabelecer-se a partir de tais princípios, possibilitando a atenção completa a tais princípios éticos; quando, para que tais princípios possam ser cumpridos, flexibilizações devem ocorrer, sendo que não deveria ser uma problemática colocar em prática este espaço para repensar, recriar e manter o serviço coerente com o que é preconizado legalmente.

O tempo limitado que era destinado à Educação Permanente, por vezes de apenas uma hora, era o que podia ser disponibilizado do horário das reuniões de equipe, porém, não se mostrava suficiente para este grande recorrido histórico e cultural que era apresentado aos trabalhadores: em algumas experiências, os questionamentos se baseavam em antigos preconceitos ou práticas indígenas consideradas “exóticas” ou negativas, sendo difícil avançar sobre a construção de possibilidades práticas de atenção diferenciada nos meios em que estavam inseridos. Dessa maneira, um modelo de Educação Permanente com mais encontros possibilitaria o aprofundamento destas questões e maior aproveitamento por parte dos trabalhadores.

A presença de indígenas nas atividades de Educação Permanente, como esperado, sempre potencializou esses encontros, sendo assim possível que os trabalhadores conversassem diretamente com as pessoas que estariam em posição de serem atendidas e para quem a PNASPI está voltada. Dessa maneira, as dúvidas surgiam e eram respondidas pelos indígenas em formato de conversa e possibilitando uma construção conjunta. Nesses encontros, o material didático anteriormente preparado para projeção foi muitas vezes deixado de lado para priorizar essa forma de diálogo, também mais condizente com as maneiras tradicionais indígenas de transmissão de conhecimento. Ainda, percebeu-se que preconceitos que inevitavelmente surgiam quando os indígenas não estavam presentes eram velados na presença deles, impossibilitando que essas questões fossem trabalhadas no grupo.

O seminário também potencializou as atividades realizadas. Além da presença de profissionais da saúde que já haviam passado pela Educação Permanente inicial, outros serviços também se fizeram presentes e demandaram a realização de uma capacitação no local, como foi o caso de um serviço de pronto atendimento que frequentemente recebe indígenas – por serem locais comumente de mais difícil acesso, tal situação é tida como um desdobramento positivo das atividades. Como as mesas e palestras foram conduzidas principalmente por indígenas e outros profissionais de saúde atuantes na PNASPI, foi um espaço rico de diálogos e busca pela construção de caminhos possíveis na consolidação da atenção diferenciada.

Considerações finais

A PNASPI e a ideia de uma atenção diferenciada ainda são vistas por muitos como um privilégio, sendo este um grande empecilho na consolidação da política: se os profissionais da saúde não conseguem entendê-la, quem poderá executá-la? Propiciar o diálogo, a apresentação da política e estudos antropológicos a respeito dos povos



com os quais os trabalhadores travam contato se faz essencial para viabilizar essa compreensão.

Sabemos que as culturas não existem isoladas: elas convergem e interseccionam umas com as outras, ainda que à primeira vista possa ser difícil reconhecer essas diferenças quando elas não se apresentam visualmente. Porém, essas são as diferenças que tornam uma universalização do cuidado em saúde incongruente com os próprios princípios da PNASPI e do SUS, por conceber uma única visão de mundo (eurocentrada a partir da colonialidade do nosso saber) e um único usuário deste serviço de saúde, desconsiderando as distintas alteridades que circulam por diferentes meios. Essa tentativa de homogeneização do cuidado sufoca as alteridades que compõem as distintas realidades brasileiras, além de encontrar como ponto de escape o suposto “indígena aculturado”, que estaria descolado de sua coletividade simplesmente por não reproduzir estereótipos de indianidade¹⁰.

O princípio da equidade no SUS somente pode ser atendido de fato quando ocorre a compreensão das diferenças e a superação das desigualdades étnico-raciais presentes nos indicadores de saúde, alcançando conseqüentemente o princípio da universalidade¹². Fagundes¹⁶ aponta que a escuta atenta e tecnicamente qualificada é imprescindível, sendo a abertura ao outro fundamento para o entendimento de coletivos socioculturais diferenciados, portanto necessária para a consolidação de tais princípios ao reconhecer a diferença como fator positivo e potencializador. Ainda, a Educação Permanente em saúde indígena precisa ser uma atividade continuada, devido à grande rotatividade de profissionais nos serviços, permitindo assim que mais pessoas e equipes de saúde possam refletir e modificar práticas.

Percebemos as atividades de Educação Permanente como um espaço para a arte do encontro, além de propiciarem a abertura ao reconhecimento e respeito da diferença; a disposição para a adequação dos processos de trabalho, dos fluxos de atendimentos e dos encaminhamentos por meio e construções; e uma interculturalidade do fazer-saúde. A Educação Permanente demonstra a necessidade de retornar a aspectos muito anteriores à prática do atendimento em saúde, para que aspectos étnicos e culturais possam ser compreendidos, bem como outras concepções de saúde que transcendem espiritualmente a visão cartesiana de corpo-mente imperante na visão biomédica de cuidado. A partir da possibilidade de encontro com esses conhecimentos interdisciplinares, bem como o encontro efetivo com os povos indígenas e seus representantes que possibilitam essa interlocução e se colocam à disposição da criação e desenvolvimento de um trabalho conjunto na saúde, são dados passos importantes na consolidação de uma política pública de reconhecimento e respeito à diferença, bem como do próprio princípio de equidade do SUS.

Contribuições dos autores

Todas as autoras participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Agradecimentos

Agradecemos a Eli Fidélis e Rejane Kaingang pela presença fundamental nos espaços de Educação Permanente em Saúde Indígena.

Direitos autorais

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



Referências

1. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2a ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2002.
2. Brasil. Presidência da República. Lei nº 9.836, de 23 de Setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Diário Oficial da União. 24 Set 1999.
3. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
4. Coimbra Júnior CEA, Santos RV. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. Cienc Saude Colet. 2000; 5(1):125-32.
5. Rosado RM. Panorama da Saúde dos Povos Indígenas no país e o contexto de Porto Alegre: desafios e conquistas. In: Cavanese D, Soares EO, Bairros F, Polidoro M, Rosado RM, organizadores. Equidade Étnicorracial no SUS: pesquisas, reflexões e ações em saúde da população negra e dos povos indígenas. Porto Alegre: Rede Unida; 2018. p. 23-34.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de Agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 22 Ago 2007.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Educação Permanente em Saúde: reconhecer a produção local de cotidianos de saúde e ativar práticas colaborativas de aprendizagem e de entrelaçamento de saberes. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.
8. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface (Botucatu). 2005; 9(16):161-77.
9. Costa RKS, Enders BC, Menezes RMP. Trabalho em equipe de saúde: uma análise contextual. Cienc Cuid Saude. 2008; 7(4):530-6.
10. Ciampone MHT, Peduzzi M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. Rev Bras Enferm. 2000; 53 Spe:143-7.



11. Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface (Botucatu)*. 2005; 9(16):172-4.
12. Dieh EE, Pellegrini MA. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. *Cad Saude Publica*. 2014; 30(4):867-74.
13. Langdon EJ, Wiik FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010; 18(3):174-81.
14. Paim JS, Silva LMV. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *Bol Inst Saude*. 2010; 12(2):109-14.
15. Campos GWDS. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. *Saude Soc*. 2006; 15(2):23-33.
16. Fagundes LFC, Farias JM, organizadores. *Objetos-sujeitos: a arte kaingang como materialização das relações*. Porto Alegre: Editora Deriva; 2011. Abertura ao outro: o fundamento para o entendimento; p. 3-9.

This article is an experience report that aims to discuss the performance of Continuing Education activities about indigenous health in the Brazilian National Health System (SUS) in favor of the consolidation of rights. Continuing Education activities were carried out in SUS services. The main results show lack of knowledge about indigenous peoples in the region and about the specificities of indigenous health. Bureaucratic and organizational aspects of the services are viewed as hindrances, although equity is a constitutive principle of SUS. The presence of indigenous individuals in the activities opened space for a joint construction with the assisted population. Care provided according to different needs is seen by many health workers as a privilege; therefore, it is necessary that ethnic-racial inequalities and cultural differences are understood by professionals so that the SUS principles of universality and equity are brought into effect and the National Healthcare Policy for Indigenous Peoples (PNASPI) is strengthened.

Keywords: Indigenous people's health. Continuing education. Public health.

Este artículo es un relato de experiencia cuyo objetivo es calificar la realización de actividades de Educación Permanente sobre Salud Indígena en el Sistema Brasileño de Salud (SUS) en pro de la consolidación de derechos. Se realizaron actividades de Educación Permanente en servicios del SUS. Los principales resultados de este artículo demuestran el desconocimiento con relación a los pueblos indígenas en la región y los aspectos específicos de la salud indígena. Aspectos burocráticos y organizativos de los servicios se plantean como dificultadores, aunque la equidad sea un principio constitutivo del mismo sistema. La presencia de indígenas en las capacitaciones abrió espacio para una construcción conjunta con el público atendido. La atención diferenciada es vista por muchos trabajadores de la salud como un privilegio, siendo necesario que los profesionales comprendan las desigualdades étnico-raciales y las diferencias culturales para que busquen hacer efectiva la universalidad y la equidad previstas en el SUS y el fortalecimiento de la PNASPI.

Palabras clave: Salud de poblaciones indígenas. Educación permanente. Salud pública.

Submetido em 31/03/19.

Aprovado em 03/08/19.