ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO – ESPPE
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

LÍLIAN SILVA SAMPAIO DE BARROS

ABORDAGEM DA TEMÁTICA ÉTNICO-RACIAL NA FORMAÇÃO DAS/OS PROFISSIONAIS RESIDENTES DO HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA, GARANHUNS - PE

GARANHUNS
2017

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Nelson Chaves (ESPPE), com os dados fornecidos pelo autor.

B277i Barros, Lílian Silva Sampaio.

Abordagem da temática étnico-racial na formação das/os profissionais residentes do Hospital Regional Dom Moura, Garanhuns-PE. Garanhuns-PE, 2017.
48f.:il.

Orientador (a): Ângela Maria Pereira.
Coorientador: Sebastião André Barbosa Junior.
Monografia (Curso de Especialização em Saúde Pública) – Escola de Saúde Pública de Pernambuco – ESPPE.

1. Residência 2. Populações Tradicionais 3. Especificidades 4. Cuidados. I. Título.

ESPPE / BNC CDU –376.74:377.3:614(813.42)

Bibliotecária Responsável: Anefátima Figueiredo – CRB-4/P-1488

LÍLIAN SILVA SAMPAIO DE BARROS

Abordagem da temática Étnico-Racial na formação das/os Profissionais Residentes do Hospital Regional Dom Moura, Garanhuns - PE

Aprovado em: ____/_____/_____

BANCA EXAMINADORA

Drª Rosa Maria Pinheiro Souza
Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo CRUZ – FIOCRUZ
Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública - REDESCOLA

_____

Msc. Ângela Maria Pereira
Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco

_____

Dedico esse trabalho a todos as pessoas indígenas e quilombolas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por tudo que me concedeu até hoje, a meu marido Paulo Barros, a Ícaro Barros, a meus pais Carlos Sampaio (in memoriam) e Eliete Sampaio e meu irmão Thebio Sampaio que estiveram presentes na minha caminhada.

Agradeço à Escola de Governo em Saúde Pública pela oportunidade de cursar a Especialização em Saúde Pública, a Drª Catarina Tenório pelo apoio e a meus queridos orientadores Profª Ângela e Prof. Sebastião (Tião).

RESUMO

A existência de populações tradicionais no território brasileiro induziram a adequação da Constituição Brasileira e variados dispositivos legais como o Sistema Único de Saúde (SUS) para o atendimento as suas especificidades. É necessário que a formação dos estudantes e os profissionais de saúde tenham aproximação com as temáticas étnico-raciais minimizando as barreiras culturais do cuidado aos usuários, em especial da população indígena e quilombola. O objetivo geral do projeto de intervenção (PI) é fomentar a inserção Abordagem da temática das relações étnico-raciais e atenção à saúde das populações tradicionais junto aos profissionais residentes do Hospital Regional Dom Moura (HRDM). Os objetivos específicos são: realizar articulação com as lideranças da etnia Funi-ô e da comunidade de Castainho e apresentação do PI; fazer oficina sobre a temática étnico-racial com os profissionais residentes; realizar oficina sobre a temática étnico-racial com os profissionais residentes; promover vivência de campo nos territórios indígenas e quilombolas; e elaborar material didático orientador para os profissionais residentes dos anos subsequentes. O PI acontecerá em cinco etapas sendo a 1ª etapa de articulação, apresentação do projeto e planejamento, a 2ª etapa a realização uma oficina, a 3ª etapa serão realizadas duas vivências, a 4ª etapa uma avaliação coletiva e a 5ª etapa consistirá da elaboração de material informativo pelos Profissionais Residentes. Espera-se aproximar os Profissionais Residentes do HRDM das populações indígenas e das populações quilombolas, através de oficinas e de vivência em seus territórios, fomentando a construção de um cuidado que respeite a diversidade dos povos tradicionais.

Palavras Chave: Residência, Populações Tradicionais, Especificidades, Cuidado**.**

ABSTRACT

The existence of traditional populations in Brazilian territory led to the adaptation of the Brazilian Constitution and various legal provisions such as the Unified Health System (SUS) to meet their specific needs. It is necessary for the training of students and health professionals to approach ethnic-racial issues by minimizing cultural barriers to care for users, especially the indigenous and quilombola population. The general objective of the intervention project is to foster the insertion of the issue of ethnic-racial relations and attention to the health of the traditional populations with the resident professionals of the Dom Moura Regional Hospital (HRDM). The specific objectives are: to articulate with the leaders of the Funi-ô ethnic group and of the community of Castainho and presentation of the IP; workshop on ethnic-racial issues with resident professionals; conduct workshop on ethnic-racial issues with resident professionals; promote field experience in indigenous and quilombola territories; and to develop didactic material for the resident professionals of subsequent years. The PI will take place in five stages, the first stage of articulation, presentation of the project and planning, the second stage will be a workshop, the third stage will be two experiences, the fourth stage a collective evaluation and the fifth stage will consist of the preparation of material information by Resident Professionals. HRDM Resident Professionals are expected to approach indigenous populations and quilombola populations through workshops and living in their territories, encouraging the construction of care that respects the diversity of traditional peoples.

Keywords: Residence, Traditional Populations, Specificities, Care**.**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO **8**

2 JUSTIFICATIVA **11**

3 OBJETIVOS **13**

3.1 Geral 13

3.2 Específicos 13

4 REFERENCIAL TEÓRICO **14**

4.1 Populações Indígenas e Quilombolas: rápido histórico 14

4.2 A Atenção à Saúde das Populações Indígenas e Quilombolas 15

4.3 Populações Indígenas e Quilombolas: algumas de suas especificidades 17

4.4 A formação dos profissionais de saúde para o cuidado das populações tradicionais 20

4.5 Ensino em serviço e os programas de Residência do Hospital Regional Dom Moura – V Região de Saúde 24

5 METODOLOGIA **27**

5.1 Desenho do Estudo 27

5.2 Local do Estudo 28

5.3 Período do Estudo 28

5.4 População 29

5.5 Procedimentos de Intervenção 29

5.6 Análise de Dados 30

5.7 Aspectos Éticos 31

5.8 Metas e Ações 32

6 RESULTADOS ESPERADOS **36**

7 VIABILIDADE **36**

8 CRONOGRAMA **37**

9 ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO **38**

10 REFERÊNCIAS **39**

APÊNDICES 45

Apêndice A - Carta de Anuência 45

Apêndice B – Etapas de articulação, apresentação e planejamento do PI 46

Apêndice C - Questionário de Avaliação da Oficina 47

Apêndice D - Questionário de Visita 48

Apêndice E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 49

ANEXO 50

Anexo A - Mapa das comunidades Indígenas e Quilombolas de Pernambuco 50

1 INTRODUÇÃO

Na pesquisa censitária de 2010, a população brasileira somava 190.755.799 milhões de habitantes e destes, 15 milhões se autodeclararam pretos, 82 milhões pardos e mais 817 mil indígenas (BRASIL, 2017).

Para atender a essa diversidade populacional, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi planejado para dar assistência a seus usuários de forma universal e equânime na rede de atenção, mediante suas necessidades, independente de raça ou etnia, e preferencialmente o mais próximo da localidade onde moram esses usuários (BRASIL, 1990; BRASIL, 2011).

Considerando tais princípios, manter uma rede de saúde estruturada e preparada para atender as demandas é a premissa para conformação da Região de Saúde assim como a compreensão pelos profissionais de saúde dos fatores do processo de doença e cura são essenciais para o trabalho junto com a comunidade (MENDÉNEZ, 2003; CAVALHEIRO E GUIMARÃES, 2011; BRASIL, 2011; SILVA, 2013).

Aos profissionais do SUS compete à atenção ao usuário de diferenciadas culturas como as populações indígenas e quilombolas e lidar com os seus modos de encarar a doença, o tratamento, os seus cuidadores como seus familiares, encantados, xamãs, benzedeiras, as sabedorias de seus antepassados e sua relação com a natureza, totalmente diferente do que a civilização ocidental trouxe para os demais brasileiros. O conhecimento e reconhecimento da população o qual desenvolve sua atividade contribuem para o sucesso do profissional, minimizando a interposição de barreiras culturais no cuidado (LUCIANO, 2006; BANIWA, 2012; MURA E SILVA, 2012; MATA et al, 2012).

Deste modo, a população negra teve suas especificidades de saúde visibilizadas através da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) que além de apontar certas diferenças no cuidado de saúde, galga minimizar o racismo no atendimento dos usuários do SUS. Por sua vez, para a população indígena foram criados os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), responsáveis pela necessidade de atenção primária a fim de organizar as demandas e necessidades locais desta população. Além disso, existem as unidades de pronto-atendimentos e hospitais gerais são responsáveis pelo atendimento de urgência e hospitalar para essa população (BRASIL, 2009; BRASIL, 2017).

Considerando que o Estado tem o dever de ofertar a população indígena uma atenção diferenciada no que tange a suas necessidades em destaque na saúde, adotando “medidas para eliminar tratamentos discriminatórios ou outros impedimentos que privam membros de

grupos indígenas de serviços de bem-estar social usufruídos pelos setores dominantes da população" como apontado por Anaya (2006, p.192), é necessário o ajuste na formação dos profissionais de saúde com vistas ao atendimento nos serviços do SUS na perspectiva de acolher as especificidades da população (BRASIL, 2002; MENDÉNEZ, 2003; ANAYA, 2006; GARNELO et al, 2012).

Nesse sentido, garantir o acolhimento, a atenção às necessidades e o cuidado diferenciado dispensado pelos profissionais da saúde é o caminho para sucesso no atendimento a essa população e Cavalheiro e Guimarães enfatizam que para isso os profissionais precisam estar:

> capacitados, orientados para enfrentar culturas, crenças e hábitos indígenas, muitas vezes, tão distintos dos seus. Buscando desconstruir o profissional somente técnico-científico da academia e absorver ou pelo menos, respeitar a individualidade e particularidades desses povos (CAVALHEIRO E GUIMARÃES, 2011, p. 61).

Adequar o atendimento na saúde advém também da aproximação dos profissionais com as singularidades dos povos indígenas (por exemplo), e, como questões iniciais para esse reconhecimento, Guarany (2006, p.163) norteia que minimamente as populações devem ser identificadas como "quem são, onde vivem, quais os seus valores, seus direitos e obrigações" isso para a formação dos brasileiros em geral. Portanto, a educação das populações tradicionais e o enfoque étnico-racial é fundamental para o campo da saúde (GUARANY, 2006).

Desde 2003, através da Lei Nº 10.639 e da Resolução do Conselho Nacional de Educação Nº. 001/2004, incluiu-se nas Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Infantil, Nível Fundamental, Médio e Superior, a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana (CAVALLEIRO, 2006).

A concretização de um currículo antirracista e a desconstrução das hierarquias culturais é que foi galgado com tais medidas, contudo, esses objetivos estão longe de serem alcançados, sobretudo nos currículos do nível superior. A exceção são os cursos das licenciaturas que contam com orientação de adaptação de abordagem transversal das relações étnico-raciais. Combater a discriminação a partir de um projeto institucional, dos planos pedagógicos e dos planos de ensino requer aproximação com a temática étnico racial (MONTEIRO, 2006; SOUZA, 2006; ROCHA E TRINDADE, 2006).

Nos programas de pós-graduação não há legislação específica para a inclusão de temas ligados a etnia e raça. Quando considerada a pós-graduação *latu sensu* na modalidade de residência, regulamentada através da Lei Nº 11.129 de 2005 no Art. 13, também não há direcionamento para essa abordagem (BRASIL, 2005).

A maior parte dos programas de residência em Pernambuco é oferecida pela Secretaria Estadual de Saúde, financiados pelo governo Estadual e pelo Ministério da Saúde (MS) e as variadas unidades formadoras permitiram a realização de dezenas de programas de residência nas várias áreas da saúde como ocorre com os programas de residência em Gestão do Cuidado (RGC) e de Enfermagem Obstétrica (REO) que tem como campo de ensino o Hospital Regional Dom Moura (HRDM) em Garanhuns (apenas o REO acontece em outras Regiões de Saúde) (PERNAMBUCO, 2017).

O HRDM é um hospital geral, localizado no município de Garanhuns, gerido pela Secretaria Estadual de Saúde e consiste numa referência importante para usuários do SUS da V Região de Saúde, composta por aproximadamente 300 mil habitantes. Dentre as populações da região assistidas pelo HDRM há uma comunidade indígena da etnia Funi-ô residente em Águas Belas e Itaíba com cerca de 3.903 mil habitantes e 20 comunidades remanescentes quilombolas dos municípios de Garanhuns (10), Capoeiras (3) e Bom conselho (3). A unidade rotineiramente presta atendimento a população indígena e quilombola (PERNAMBUCO, 2013; PERNAMBUCO, 2017; PERNAMBUCO, 2017, PERNAMBUCO, 2017).

Silva (2013, p.22) chama a atenção que é "natural e inevitável o choque no encontro de culturas" no atendimento prestado pelos profissionais de saúde junto às populações tradicionais (indígena e quilombola) e Boehs (2007, p.307) afirma que os profissionais "estão 'sendo obrigados' a conviverem e se aproximarem de outros modelos ou sistemas de cuidado, entre eles, o familiar e o popular*"* (BOEHS, 2007; SILVA, 2013).

Parte do perfil do profissional de saúde que é formado através dos programas de residência se deve a vivência durante sua formação e essa articulação eficiente é um contínuo desafio aos programas (ALBUQUERQUE et al, 2007; BATISTA, 2011).

Nesse sentido indaga-se quais os fatores que condicionam a não inserção da temática étnico-racial nos programa de residência do HRDM e as lacunas decorrentes da não inserção e se existe vantagem na abordagem das questões étnico-raciais no currículo das Residências do Hospital Regional Dom Moura, considerando que este é referência para comunidades indígenas e quilombolas da região.

2. JUSTIFICATIVA

A Residência em Enfermagem Obstétrica (REO) pela Escola de Governo em Saúde Pública (ESPPE) foi iniciada no primeiro semestre de 2016 onde tenho sido tutora, preceptora e docente de módulos teóricos no Hospital Regional Dom Moura. Já a residência Multiprofissional em Gestão do Cuidado (GC) que também é sediada na mesma unidade de saúde, atuo como docente de módulo teórico e como tutora. As experiências com esses profissionais residentes me permitiram observar que nos planos políticos pedagógicos não há a abordagem das temáticas étnico-raciais no que se refere às cargas horárias teórico-práticas e/ou teóricas.

A ESPPE possui outro programa que tem polo de ensino a região de Garanhuns, a Residência Multiprofissional em Saúde Pública com Ênfase em Redes de Atenção à Saúde que, ao se aproximarem da população da V Região de Saúde, identificaram a presença de populações quilombolas resultando em um estudo coletivo sobre especificidades das comunidades da V Região.

A V Região de Saúde também conta com um programa de residência que tem como foco a atenção a população do campo que é o programa de residência Multiprofissional em Saúde da Família com Ênfase em Saúde da População do Campo da Universidade de Pernambuco (UPE).

Os programas de residência EO e GC possuem como campo de prática o HRDM, porém, o olhar específico para os usuários do SUS que residentes de comunidades indígenas e quilombolas atualmente não é despertados nesses programas. Portanto, observa-se a pouca aproximação dos residentes para as temáticas étnico-raciais e consequente dificuldade de acolherem, entenderem e atender as particularidades dessa população.

Na possibilidade de atendimento junto a populações indígenas e quilombolas pela miscigenação da população brasileira, Guarany (2006, p.163) destaca a importância da abordagem no ensino de forma ampla “deve haver, em toda a rede de ensino, do maternal à pós-graduação, disciplinas obrigatórias e específicas sobre pluralismo e diversidade em nosso país” e minimizar a discriminação étnico-racial e a interação entre o usuário do SUS e o profissional (GUARANY, 2006; ALBUQUERQUE et al, 2007; CAVALHEIRO E GUIMARÃES, 2011).

Na prática e nos planos pedagógicos, as residências em saúde no estado de Pernambuco as temáticas étnico-raciais não são visibilizadas, como consequência, a ausência do olhar sensível sobre as especificidades indígenas e quilombolas e o desconhecimento de peculiaridades no momento do atendimento e nas internações hospitalares. Trazer os estudantes da área da saúde para a vivência da realidade, inclusive no âmbito social, lhe proporciona qualificação na formação, o entendimento da diferentes demandas, possibilidade de articular o cuidado e o respeito às diferentes culturas (ALBUQUERQUE et al, 2007; CAVALHEIRO E GUIMARÃES, 2011).

A Política Nacional de Saúde Indígena, Política de Saúde da População Negra e de Educação Permanente orientam a adequação dos currículos para proporcionar condições de formação que contemplem a diversidade das populações tradicionais, fundamental para o processo de formação e qualificação dos profissionais.

O processo educativo da Educação em Serviço necessita provocar o aprendizado dos processos de saúde e doença e também o conhecimento e reconhecimento dos pares e das populações culturalmente distintas, induzindo a construção da alteridade, da reflexão do profissional quanto a sua própria cultura e o respeito às demais e ao tratamento não racista (ARUTTI, 2017).

O que é almejado nesse projeto é aproximar os profissionais em formação de pós-graduação na modalidade de residência no campo da saúde das temáticas étnico-raciais, na intenção de abordar as realidades e peculiaridades que os profissionais irão vivenciar no seu campo de trabalho nas unidades de saúde do SUS.

O projeto traz o cumprimento da ESPPE quanto instituição de ensino responsável por fomentar a formação através da residência em saúde com base nas necessidades da população onde esses profissionais irão atuar, à luz das portarias do MS que atendem às populações negras e indígenas e o cumprimento da premissa de uma formação onde os seres humanos são respeitados quanto ser social nas suas individualidades e dentro da coletividade.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Inserir a temática das relações étnico-raciais e atenção à saúde das populações tradicionais junto aos profissionais residentes do Hospital Regional Dom Moura (HRDM).

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar articulação com as lideranças da etnia Funi-ô e da comunidade de Castainho e apresentação do PI;
- Fazer oficina sobre a temática étnico-racial com os profissionais residentes;
- Promover vivência de campo nos territórios indígenas e quilombolas;
- Elaborar material didático orientador para os profissionais residentes dos anos subsequentes de autoria dos residentes participantes da vivência.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 POPULAÇÕES INDÍGENAS E QUILOMBOLAS: RÁPIDO HISTÓRICO.

O Brasil inicialmente era colonizado por mais de 5 mil índios que ocupavam as terras brasileiras e transitavam livremente com seus modos de conhecimento, de suas tecnologias, com seus pares, na terra, com dos animais, com suas crenças e sua medicina indígena popular e tradicional (MENÉNDEZ, 2002; QUIJANO, 2005).

A política de colonização do Brasil objetivava provocar na comunidade indígena nacional a mudança nos seus padrões "primitivos" a partir do apagar de sua cultura, da sua identidade e da sua presença no território brasileiro. O insucesso da intenção não minimizou as mudanças provocadas pelos brancos aos índios (MUNANGA, 1996; GARNELO, 2012).

À medida que a filosofia do europeu de escravidão dos nativos se instalava no Brasil, a migração dos africanos para acrescentarem à mão de obra escrava, aumentava a quantidade populacional no Brasil, este é claro, vinham trazendo suas línguas e culturas provocando uma mistura de povos no território brasileiro (MUNANGA, 1996; QUIJANO, 2005).

Segundo dados do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizado em 2010, a população brasileira somava mais de 190 milhões de pessoas dentre estes 15 milhões se autodeclararam pretos, 82 milhões pardos e mais 817 mil indígenas (BRASIL, 2017; BRASIL, 2017).

Ou seja, dos povos indígenas residentes na descoberta do Brasil hoje restou esse quantitativo, dividido em 305 diferentes etnias, registro de 274 diferentes línguas indígenas. Nas regiões brasileiras, a Norte possui maior contingente de população indígena, seguida da região Nordeste (25,5%), sendo Pernambuco o segundo estado nordestino de maior concentração de indígenas (IBGE, 2017).

Mesmo com esse contingente de população negra e indígena resistente à imigração europeia, o afastamento dos costumes, tradições e rituais aos poucos veem minimizando a permanência das práticas tradicionais provocando a sobressalência dos costumes dos brancos (MUNANGA, 1996; LUCIANO, 2006).

Após o Brasil tornar-se República e promulgar as várias Constituições estabelecidas até a atualidade, na tentativa de organizar os povos indígenas, foram criadas instituições com funções mediadoras como o Serviço de Proteção ao Índio (SPI) em 1910 e a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) a partir de 1967, possuíam a missão de minorar o conflito entre

os brancos e os indígenas no que tangia a ocupação territorial brasileira e respondendo pelas necessidades sociais, de educação e saúde dessa população (ARAÚJO et al, 2006; GARNELO, 2012).

No caso da população negra, que foi mestiçada prevalentemente entre brancos (europeus) e indígena, Santos e Maio (2008, p. 86), afirmavam que na realidade "nas veias dos brancos brasileiros continua a correr sangue com 'profusas marcas' de ancestralidade ameríndia e africana" (MAIO E SANTOS, 2008).

Desde o período da escravidão, ao fugirem e se reunirem afastados da cidade, os negros tinham seu espaço de vivência caracterizados como quilombos. Tido como forma de resistência à dominação, os quilombos atualmente constituem comunidades que socialmente vivem da terra, possuem parentesco entre si e possuem direitos e deveres como todos os brasileiros. A esse espaço de convivência dos negros ditos como remanescentes, são protegidos por legislação específica que lhes garante o território de morada e o modo de vida tradicional (ARRUTI, 2008).

No Brasil as populações tradicionais, que incluem as populações indígenas e quilombolas, são tidas com populações que se caracterizam diferenciadamente pelas várias condições advindas socialmente, da cultura, da religião, o Decreto Presidencial de Nº 4.887/2003 definiu em seu artigo 2º que:

> remanescentes das comunidades dos quilombos, para os fins deste Decreto, os grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto-atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida (BRASIL, 2003).

4.2 A ATENÇÃO À SAÚDE DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS E QUILOMBOLAS

Até a década de 1990, os cuidados de saúde dos povos indígenas eram prestados pela FUNAI. Posteriormente, foram direcionados aos Ministérios, a exemplo da Saúde, que teve a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) como responsável para efetivar a política de saúde dessa população. A partir do Decreto MS N° 7.336/2010, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) foi implantada substituindo a FUNASA (ARAÚJO et al, 2006; GARNELO, 2012).

Atualmente a descentralização da atenção à saúde é implementada através dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) ligados SESAI, que no território são em número de 34, distribuídos em todas as regiões. O DSEI Pernambuco responde por 245

aldeias localizadas em 15 Municípios do Estado, com um total de 49.454 índios de 10 etnias diferentes (ano de referência 2013) (BRASIL, 2002; BRASIL, 2017).

De forma complementar aos DSEIs e, atendendo aos princípios e diretrizes do SUS no sentido de prestar um atendimento universal e regionalizado, a rede municipal e estadual também possuem responsabilidade sob a atenção prestada a população de variadas etnias e raças, quando assim necessitarem (BRASIL, 1990; BRASIL, 1999; BRASIL, 2009; BRASIL, 2011; LUCIANO, 2006; MAIO E MONTEIRO, 2008; GARNELO, 2012).

A implantação dos DSEIs permitiu aproximar a política de saúde para as realidades locais e concretizar uma política específica através de uma rede orientada para recebe os povos indígenas de forma qualificada e possibilitando-os o diálogo e a aproximação com o sistema público de saúde (LUCIANO, 2006; MURA E SILVA, 2012).

Quando se trata de populações quilombolas, as preocupações iniciais a cerca das especificidades se fizeram presentes através do movimento negro e de pesquisadores na década 80 no momento da VIII Conferência de Saúde, que galgava direito universal, e com a Marcha de Zumbi dos Palmares na década de 90 (BRASIL, 2009).

Em 2001, tendo como base a III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata na África do Sul, foi publicado relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Oliveira (2003) descrevendo a situação da Saúde da População Negra no Brasil e propostas estratégicas para melhoria da qualidade da saúde dos negros no Brasil (OLIVEIRA, 2003; BRASIL, 2009).

Esse importante documento apontou que a má qualidade das condições sociais e de vida dos negros no Brasil promovia a elevação da morbidade e da mortalidade da população negra, o que envolve a saúde evidentemente, resultando numa expectativa de vida inferior em 6 (seis) anos em comparação aos demais brasileiros (OLIVEIRA, 2003).

Alguns anos após a publicação desse documento o MS instituído o grupo de trabalho (Port. N.º 1.678/2004) que contribuiu na construção das diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) destinada a promover "saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS" (BRASIL, 2009, p.38).

A discriminação de raça e etnia na saúde cerceia o direito do cidadão, minimizando o cuidado e proporcionando danos a saúde e Paiva e Prestes (2016, p.675), aponta que "um dos princípios da compreensão do processo de saúde-doença com base no quadro da vulnerabi-

lidade é começar pela identificação de situações de discriminação de direitos humanos" (PAIVA E PRESTES, 2016).

A diretriz geral da PNSIPN trouxe orientações de "inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde" (2009, p.37) e sofreu reedição em 2013 com poucas alterações (BRASIL, 2009; BRASIL, 2013).

Mesmo com as diretrizes que norteiam a atenção necessária para minimizar as iniquidades de saúde que a população negra vivenciou e que serviu de base para os relatórios da OMS, da OPAS e do MS, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a prevalência elevada de morte entre negros em todas as faixas etárias ainda persiste como situação de saúde alarmante (OMS, 2001; MARCONDES, 2013; BRASIL, 2013).

Para López (2012) o caminho a ser seguido para a desconstrução do racismo nas instituições é o cumprimento da constituição e implementação de políticas públicas que atinjam todos os segmentos e as especificidades da população brasileira (LOPES, 2012).

4.3 POPULAÇÕES INDÍGENAS E QUILOMBOLAS: ALGUMAS DE SUAS ESPECIFICIDADES.

Para o índio, a saúde e a doença são resultantes de uma conexão da relação com seu ser, com os seus (pares e comunitários) e com a natureza. O adoecimento tem sua gênese provocada pelo desejo de outras pessoas (dado por elas) ou pela natureza, ou seja, não existem na sua sapiência, doenças trazidas de forma hereditária (LUCIANO 2006; BANIWA, 2012).

As doenças podem ser associadas à falta de desobediência aos mais experientes, às feitiçarias, encantamentos, a permanecer em locais desfavoráveis, a susto, a entrada corporal de espíritos malignos, entre outros motivos e fatores que venham a interferir no equilíbrio no próprio espírito (MURA E SILVA, 2012; BANIWA, 2012).

A natureza tem extrema importância para os indígenas, desrespeitá-la é interferir na sua condição material e espiritual que coexistem em todos os seres, animados e inanimados (MURA E SILVA, 2012).

No conceito do branco, a doença corresponde a processos patológicos que causam dano à saúde, para o indígena além da doença propriamente dita, as "tragédias naturais, algum tipo de privação, como redução de caça ou pesca, tragédias naturais, como trovões,

tempestades, secas ou enchentes" aponta Luciano (2006, p. 176), essas também são formas de adoecer para o índio (LUCIANO, 2006).

Na verdade, o que se percebe, é que existe uma graduação de importância para as questões espirituais sob as preocupações dispensadas ao corpo, refletindo nas formas de busca da cura e tratamento do povo indígena (MURA E SILVA, 2012).

Mura e Silva (2012, p.152) trazem relatos de experiências e práticas de cura entre os índios Kaiowá, e apontam que "embora hoje as práticas de medicina ocidental estejam muito presentes entre estes indígenas, alcançando uma grande capilaridade, elas, numa escala de valores construída pelos Kaiowa, ocupam um nível bastante baixo" (MURA E SILVA, 2012).

Por existir diferenciados sistemas de saúde, compreender e respeitar alguns fatores do processo de doença e cura são essenciais, e os profissionais de saúde necessitam, mediante o cuidado junto as comunidades indígenas, trazer a consciência a visão complexa de corpo, espírito e natureza, e a valorização dos saberes tradicionais desses povos (MENDÉNEZ, 2003; CAVALHEIRO E GUIMARÃES, 2011; SILVA, 2013).

Para algumas etnias, os seres naturais e sobrenaturais formam um ser todo e único, acreditam na espiritualidade das plantas denominada "mãe, uma espécie de ancestral protetor [...] na literatura dos mitos, é muito conhecida a denominação mãe d'água" descreve Luciano (2006, p. 173) e para outras etnias, o consumo de carne crua provoca doença, para outros a raiz da doença é consequência da desarmonia com a natureza e inúmeros outros significados que a compreensão transcendem ao típico olhar ocidental (LUCIANO, 2006).

Em outra experiência trazida por pesquisadores dos indígenas Kaiowá, suas crianças nascem com "alma provisória" e eles organizam rituais específicos (cerimônia) de chegada dos bebês. Algumas tribos atribuem a ligação da alma do feto ao momento em que este foi concebido. A escolha de seu nome não é feita com antecedência e sim a partir do nascimento mediante ritual (MURA E SILVA, 2012).

Para os Fulni-ô de Pernambuco, de forma a garantir a permanência de suas tradições como os rituais e a fluência na língua nativa (Ia-tê) são tratados com extrema seriedade. O Ouricuri (ritual) consiste num período recluso os quais não são permitidas a presença de indivíduos que não sejam dessa etnia (nascido de pai ou mãe Fulni-ô) (HERNÁNDEZ-DIAZ, 2013).

Durante a morte, os indígenas também possuem rituais, ora para favorecer o reconhecimento da morte e promover sua partida, ora para que haja a decisão de partir pelo espírito do falecido (MURA E SILVA, 2012).

Diante tamanha diversidade no aspecto religioso, cultural e espiritual, é esperado que para os indígenas, os profissionais de saúde não sejam os únicos prestadores de cuidado. Sua referência geralmente é de um sábio, o pajé, com função de promover curas, desfazer encantamentos, proteger a tribo e a natureza. A cura para os indígenas podem provir de remédios disponibilizados pelos brancos, mas suas curas são geralmente propiciadas através de sopro, reza, de chás, rituais, entre outros (LUCIANO, 2006).

Socialmente, um fator importante para destacar no processo do cuidado e tratamento de doenças é a importância da união e apoio familiar estabelecido pelos indígenas dessa etnia, fornecendo fator de equilíbrio, o que é também proporcionado por sua estabilidade dentro de sua terra de morada. A sabedoria demonstrada pelos mais velhos é primordial e indispensável para o crescimento, desenvolvimento e formação dos mais jovens (LUCIANO, 2006; MURA E SILVA, 2012).

Para a maioria dos povos indígenas a rede social de apoio se faz presente e disposta a colaborar numa conjuntura de doenças, ou de casos graves, nas desordens de forma coletiva e colaborativa (MURA E SILVA, 2012).

Quando se trata das populações quilombolas, elas geralmente estão em territórios mais afastados das cidades e esse fato minimiza a presença nos serviços de saúde. Inúmeros estudos mostram que essas comunidades preferencialmente lançam mão dos saberes tradicionais, utilizando as plantas medicinais para prevenção, tratamento e cura de doenças (PEREIRA et al 2007; MATA et al, 2011; LIMA E SILVA, 2013).

Estudo de Pereira et al (2007) e Lima e Silva (2013) apontam a utilização das plantas medicinais por motivos econômicos, de acesso e pela ancestralidade significando a sobrevivência (PEREIRA et al, 2007; LIMA E SILVA, 2013).

As plantas medicinais são encontradas próximas às casas, cultivadas intencionalmente ou nascidas na natureza e dezena delas foram catalogadas por cientistas botânicos com base nos conhecimentos das populações tradicionais (LIMA E SILVA, 2013).

Em pesquisa realizada com 1.320 pessoas entre profissionais de saúde e população residente na zona interiorana de uma cidade do Sudeste permitiu verificar que 63% dos pesquisados utilizavam plantas medicinais. Esta mesma pesquisa demonstrou a não prescrição e o desconhecimento dos profissionais no que se refere à indicação das plantas, mesmo com a população o qual esses atendem procedem com o uso frequente de plantas para cura de seus males (VEIGA JÚNIOR, 2008).

Tais pesquisam apontam que os profissionais de saúde estão passando por formação e não estão concatenados com a cultura local (MATA et al, 2012).

Prestes e Paiva (2016, p 685) afirmam que é necessária a ampliação da "visão do processo saúde-doença para que se incorpore a contribuição de estudos e ações que pensam o impacto das relações raciais, de gênero, entre outros recortes" (PRESTES E PAIVA, 2016).

A PNISPN veio na intenção de ampliar o conhecimento dos profissionais da saúde e da população geral a cerca das doenças prevalentes na população negra a partir de estudos e objetivando a qualificação dos diagnósticos, tratamentos e cuidados específicos (BRASIL, 2007).

Essas doenças são categorizadas da seguinte forma:

> a) geneticamente determinadas: por. Ex. doença falciforme, deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase, foliculite;
> b) por condições desfavoráveis: desnutrição, anemia ferropriva, doenças do trabalho, DST/HIV/AIDS, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, sofrimento psíquico, estresse, depressão, tuberculose, transtornos mentais (derivados do uso abusivo de álcool e outras drogas);
> c) de evolução agravada ou tratamento dificultado – hipertensão arterial, diabetes melito, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer, miomatoses (Brasil, 2007, p.13).

O conhecimento e reconhecimento da população o qual desenvolverá sua atividade contribuem para o sucesso do profissional em relação à população assistida, minimizando a interposição de barreiras culturais no cuidado (MATA et al, 2012).

4.4 A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA O CUIDADO A POPULAÇÕES TRADICIONAIS.

A população brasileira possui profunda miscelânea de etnias, raças e culturas, e toda a complexidade aparentemente permanece em um convívio harmonioso. Porém para Munanga (2003, p.188), o Brasil vive um eficaz sistema racial porque "mantém uma estrutura racista sem as hostilidades encontradas em outros países" (MUNANGA, 2003).

O racismo é crime previsto pela Lei nº 9.459 de 13 de maio de 1997, constituindo atos discriminatórios ou preconceituosos baseados na raça, cor, etnia, entre outros. Gera danos em grande escala à população que o experimenta, ele pode ser observado numa infinidade de lugares inclusive nas instituições de saúde e nessa perspectiva que dentro das diretrizes da

Política de Saúde da População Negra há a orientação da abordagem desse tema nas ações educacionais e formativas (BRASIL, 1997; BRASIL, 2007; PRESTES E PAIVA, 2016).

Nesse sentido, é necessário o ajuste dos serviços de saúde, a possibilidade de qualificação, aperfeiçoamento e pós-graduação para todos os envolvidos no campo da saúde, sobretudo para os recursos humanos com vistas a acolher as especificidades da população (BRASIL, 2002; MENÉNDEZ, 2003; GARNELO et al, 2012).

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas ratificou a garantia e o reconhecimento e as singularidades dos povos indígenas no que se refere a sua à etnia, cultura, saúde e demais direitos estabelecidos na Constituição Federal (BRASIL 1990; BRASIL, 2002).

Anaya (2006, p.192) aponta que, nessa perspectiva, o Estado tem o dever de ofertar a população indígena uma atenção diferenciada no que tange a suas necessidades em destaque na saúde, adotando "medidas para eliminar tratamentos discriminatórios ou outros impedimentos que privam membros de grupos indígenas de serviços de bem-estar social usufruídos pelos setores dominantes da população*"* (ANAYA, 2006).

Além do entendimento específico do processo saúde doença, o conhecimento e compreensão de como está constituída a sociedade, a produção de bens e de alimentos, fatores estes que influenciam diretamente na saúde, *"*constitui um pré-requisito para uma atuação dialógica por parte de profissionais de saúde entre estas populações" afirma Leite (2006, p.167).

Os aspectos que envolvem o atendimento às especificidades populacionais que, ora podem representar uma barreira, devem ser ultrapassado, principalmente pela possibilidade real de atendimento ao cidadão, independente de sua raça ou etnia, em qualquer unidade de saúde do SUS, por direito (BRASIL, 2002; LUCIANO, 2006; SILVA, 2013).

Silva (2013, p.22) chama a atenção sobre o atendimento prestado pelos profissionais junto a população indígenas e aponta ser "natural e inevitável o choque no encontro de culturas. Os valores conhecidos pelos profissionais conflitam com os diferentes valores e percepções da visão de mundo dos povos com quem eles estão mantendo contato" (SILVA, 2013).

Esse entendimento é fundamental para os sistemas de saúde, a exemplo do Brasil que antes de sua colonização era habitada por índios que já detinham a sabedoria da cura pelas plantas, por isso que a Organização Mundial de Saúde (OMS) valoriza os saberes da medicina

indígena e seus mediadores na comunidade: os pajés, xamãs, benzedeiras, rezadeiras, curandeiras, parteiras (LUCIANO, 2006).

Boehs (2007, p.307) refere que os profissionais "estão 'sendo obrigados' a conviverem e se aproximarem de outros modelos ou sistemas de cuidado, entre eles, o familiar e o popular, com vistas a uma maior aproximação da lógica do cliente/usuário e de uma interface entre o profissional e o cliente" (BOEHS, 2007).

Por orientação da Política Nacional de Saúde Indígena as instituições de formação, ensino e pesquisa devem ajustar seus currículos e proporcionar condições adequadas do profissional que está sendo formado possa trabalhar e intervir nas mais variadas áreas atendendo às especificidades sociais e culturais da comunidade, sujeitos alvo de seu cuidado na formação (BRASIL, 2002; SILVA, 2013).

A realidade da formação que hoje é propiciada está distante dos direcionamentos trazidos na política de Saúde Indígena e Luciano (2006, pág. 173) corrobora trazendo que na prática, o profissional de saúde *tem* "dificuldades para se lidar com os pacientes indígenas, tanto os profissionais da medicina científica, quanto os pajés ou mesmo os familiares indígenas" (LUCIANO, 2006; SILVA, 2013).

Mesmo com a mudança dos currículos busquem proporcionem competências na área da saúde, em estudos por Ristow (2007) que tratavam da avaliação do currículo de estudantes de medicina com vista a visão humanística e da práxis, apontou que a visão dos profissionais formados estava caracterizada no recorte dicotômico entre a saúde e a doença e que a vivência de problemas reais precisavam ser abordados como questões socioeconômicas, educação ambiental, hábitos saudáveis (RISTOW, 2007; NICOLESCU, 1999).

Um currículo que proporcione competências humanísticas e esteja concatenado com as especificidades do humano e da sociedade precisa extravar a rigorosidade das disciplinas, proporcionar o aprendizado das disciplinas, mas também os saberes da natureza, da comunidade, dos indivíduos (STELLA E PUCCINI, 2007).

Outra área que busca conciliar o encontro de culturas é a enfermagem, a partir da teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural instituída por Madeleine Leininger na década de 70 no curso de graduação nos Estados Unidos. No entanto, no Brasil, a teoria que tem como princípio o cuidado transcultural, ainda é apenas utilizada como referencial de discussão e a sua aplicação na prática é aquém (ORIÁ et al, 2005; HENCKEMAIER et al, 2014).

Nicolescu (1999) em sua obra Educação e Transdisplinaridade ressalta a importância de competências a partir dos saberes de transdisciplinares que parte da consideração que, podem existir várias realidades para a abordagem de um mesmo objeto ou problema, e que é necessário pressupor, que existe um terceiro incluído afastando-se da lógica binária (por ex. doença ou saúde) e aproximando-se da complexidade que consiste tudo o que não é abordado nas disciplinaridade e na interdisciplinaridade (NICOLESCU, 1999).

Na prática, o olhar transdisciplinar, para qualquer que seja a área de aplicação, permite ao estudante e ao profissional em formação a tolerância às ideias contrárias, a compreende as religiões, o espiritual, o imaginário, a sensibilidade, o corpo, a natureza (NICOLESCU, 1999).

Daí a importância de vislumbrar o que vai além dos opostos saúde e doença, predominantes na formação profissional. As modificações curriculares precisam transcender o cuidar e o tratar e estar conectados com a vida do próprio ser que está sendo cuidado a exemplo de rituais, estilos de vida, crenças (BOEHS, 2007).

Por exemplo, Mura e Silva (2012, pág. 151) referem que para os Kaiowá, mesmo mediante uma terapêutica prescrita pelo profissional da saúde, por curandeiros ou xamãs, é necessário, por parte do próprio acometido pela doença "uma profunda reflexão sobre fatos ocorridos e comportamentos mantidos [...] a experiência e a experimentação são portanto elementos centrais nestes itinerários terapêuticos, do mesmo modo que a reflexão" ou seja, para ser submetido a tratamento e cura, necessita ter aceitação por parte do indivíduo (MURA E SILVA, 2012).

Cavalheiro e Guimarães (2011, p. 61) concluem que, acolhimento, atenção às necessidades, cuidado diferenciado dispensado pelos profissionais da saúde são o caminho para sucesso no atendimento a população, e para isso precisam estar:

> capacitados, orientados para enfrentar culturas, crenças e hábitos indígenas, muitas vezes, tão distintos dos seus. Buscando desconstruir o profissional somente técnico-científico da academia e absorver ou pelo menos, respeitar a individualidade e particularidades desses povos (CAVALHEIRO E GUIMARÃES, 2011).

Na atualidade, a assistência à saúde necessita de melhoras e de relevância por parte dos profissionais no que diz respeito às características específicas das populações assistidas (LUCIANO, 2006; GUIMARÃES, 2011).

4.5 ENSINO EM SERVIÇO E OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA DO HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA – V REGIÃO DE SAÚDE

O Hospital Regional Dom Moura (HRDM) está localizado no município de Garanhuns, pertence ao Governo do Estado com gestão administrativa da Secretaria Estadual de Saúde. Todos os seus atendimentos são financiados pelo SUS a partir de usuários provenientes da V Região de Saúde, caracterizada por parte da população do Agreste Meridional pernambucano, além de usuários do SUS de outras regiões (PERNAMBUCO, 2017; PERNAMBUCO, 2017).

Essa região que é composta por 21 municípios onde reside a comunidade indígena de etnia Fulni-ô, nos municípios de Águas Belas e Itaíba, composta por aproximadamente 3.903 habitantes e, 20 comunidades quilombolas nos municípios de Garanhuns (6), Bom Conselho (5), Brejão (2), Capoeiras (3) e Saloá (1) (PERNAMBUCO, 2013; PERNAMBUCO, 2017).

O aldeados da etnia Funi-ô recebem cuidados de saúde pelo SUS através do Polo Base Funi-ô e pela estratégia de saúde da família. No caso das vinte comunidades quilombolas existentes na região, elas são atendidas por nove unidades de saúde da família o que dificulta o acesso das comunidades pela distância entre localidades da zona rural e o transporte público (BRASIL, 2017; PERNAMBUCO, 2017).

Como unidade de saúde de referência regional, o HRDM atende aos casos de emergência nas especialidades de clínica médica e cirúrgica, obstetrícia com partos de alto risco, pediatria e ortopedia, e conta com unidade de terapia intensiva (UTI) para pacientes adultos. Pela sua qualificação, variedade de serviços prestados, estrutura e potencialidade para ensino em serviço, a unidade está em processo de habilitação junto ao MS como hospital de ensino, o que lhe confere a possibilidade de funcionamento de Programas de Residência (PERNAMBUCO, 2017).

A perspectiva do ensino em serviço foi trazida pelo MS com a finalidade de aproximar profissionais do campo da saúde, estudantes e professores buscando o atendimento integrado e de qualidade ao usuário do SUS (BRASIL, 2007; ALBUQUERQUE et al, 2007).

Atualmente o HRDM possui dois programas de residência, o Multiprofissional em Gestão do Cuidado e um Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica, com ingresso de 10 novos profissionais anualmente. A ESSPE é a instituição formadora e tem buscado ampliar a interiorização dos programas de residência utilizando como campo de prática os hospitais

regionais, induzindo a qualificação e fixação de profissionais nas regiões do agreste e sertão pernambucano (PERNAMBUCO, 2017).

Apesar dos programas de residências em saúde existirem no Brasil desde a década de 70, essa modalidade de ensino foi regulamentada na condição de formação de pós-graduação *latu sensu* através da Lei Nº 11.129 de 2005, contudo após a referida lei, a abertura de novos programas passou a atender aos objetivos de formação profissional para o SUS (BRASIL, 2005; CAVALHEIRO E GUIMARÃES, 2011).

A formação em serviço é eixo norteador dos programas de residência e isso é fortalecido pelo período longo de vivência na unidade de saúde. Os profissionais residentes precisam cumprir carga horária semanal de 60 horas, por um período mínimo de dois anos com dedicação exclusiva, vivenciando uma formação com base teórica, teórico-prática e prática (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, Albuquerque (2007, p.358) aponta que "quando a integração ensino-serviço acontece de forma efetiva, unindo docentes, estudantes e profissionais de saúde com o foco central no usuário, esta dicotomia entre o ensino e a produção dos cuidados em saúde se ameniza" (ALBUQUERQUE, 2007).

Trazer os estudantes da área da saúde para a vivência da realidade dentro da comunidade provavelmente proporcionará uma melhor formação e a possibilidade de articular o cuidado com respeito às diferentes culturas e as variadas demandas da sociedade (ALBUQUERQUE et al, 2007; CAVALHEIRO E GUIMARÃES, 2011; VENDRUSCOLO et al, 2016).

Portanto, a abordagem das culturas brasileiras precisa estar presente na educação e Guarany (2006, p.163) destaca a importância de tratar o ensino de forma ampla "deve haver, em toda a rede de ensino, do maternal à pós-graduação, disciplinas obrigatórias e específicas sobre pluralismo e diversidade em nosso país" (GUARANY, 2006).

Uma formação que almeje contemplar a vasta população brasileira necessita está imbricada com estratégias que busquem abrandar as questões histórias de racismo e discriminação proporcionando condições adequadas de atendimento na unidade e a interação entre o usuário do SUS e o profissional (PRESTES E PAIVA, 2016).

Portanto, adequar o atendimento nas unidades advém também da aproximação dos profissionais com as singularidades dos povos indígenas (por ex.) e como questões iniciais para esse reconhecimento Guarany (2006, p. 163) delineia que minimamente deve ser

identificado “quem são, onde vivem, quais os seus valores, seus direitos e obrigações” (GUARANY, 2006).

Dessa forma, parte do perfil do profissional de saúde que é qualificado se deve ao planejamento dos momentos de ensino-aprendizagem os quais vivenciarão durante sua formação da residência e este articulação eficiente é um contínuo desafio aos programas (ALBUQUERQUE et al, 2007; BATISTA, 2011).

Para Albuquerque et al (2007 p.359) a ”busca deste cuidado integral também mantém relação com o movimento de diversificação de cenários de ensino-aprendizagem” e ainda partindo do pressuposto que “reconhecer que os espaços de interseção entre serviços e ensino são de grande importância para a formação em saúde e para a consolidação do SUS” (ALBUQUERQUE, 2007).

5 METODOLOGIA

5.1 DESENHO DO ESTUDO

Esse projeto de intervenção que será realizado nos programas de residência do HRDM e metodologicamente constitui-se em um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. A pesquisa-ação para Thiollent (2011. p.7), "é orientada em função da resolução de problemas ou de objetivos de transformação [...] supõe uma forma de ação planejada de caráter social, educacional" (THIOLLENT, 2011).

O primeiro movimento do projeto de intervenção contou com uma fase de revisão sistemática de referências sobre a temática construída com base em publicações científicas (GIL, 2002).

O segundo movimento, será constituído de cinco etapas, são elas:

1ª etapa: articulação com a etnia Funi-ô e com a comunidade de Castainho e apresentação do PI;

2ª etapa: oficina;

3ª etapa: vivências nas comunidades;

4ª etapa: avaliação coletiva da oficina e das visitações e;

5ª – construção de material informativo pelos residentes participantes da intervenção.

A primeira etapa consistirá de articulação com as comunidades e apresentação do PI para o planejamentos das próximas etapas. A segunda etapa será a realização de oficina para aproximar os profissionais residentes das questões indígenas e quilombolas com mediação das lideranças e da pesquisadora e ao final será aplicado um questionário para os profissionais de avaliação junto aos profissionais residentes.

A realização de uma oficina consiste em uma opção metodológica de ensino-aprendizagem que aproximam os participantes do processo educativo e da interação entre si e com o tema abordado, proporcionado um ambiente de socialização (ARAÚJO et al, 1998).

A terceira etapa consistirá em uma vivência através de visita na comunidade indígena Funi-ô e a comunidade de Castainho, mediadas pelas lideranças que presentes na primeira e na segunda etapa. Ao final de cada visita será aplicado um questionário de avaliação. Vivenciar as comunidades tradicionais proporcionará uma qualificação na formação do

profissional da saúde (ALBUQUERQUE et al, 2007; CAVALHEIRO E GUIMARÃES, 2011). O detalhamento do plano está descrito adiante.

A quarta etapa será de avaliação coletiva pelos profissionais residentes e pelas lideranças das etapas de oficina e de visitação.

Na quinta etapa, os profissionais residentes que participaram do momento construirão material informativo para os ingressos dos anos subsequentes da residência de forma a estimular novos momentos de aproximações.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

A oficina será desenvolvida no Hospital Regional Dom Moura (HRDM) em Garanhuns, Pernambuco, durante um período do dia (tarde) e será realizada no mês de dezembro de 2017 que é quando a população Funi-ô sairá de seu período de reclusão.

As visitas à comunidade indígena e quilombola acontecerão também no mês de dezembro de 2017, durante um período do dia (tarde) em dias diferentes.

A primeira visita de vivência será junto ao povo indígena da etnia Funi-ô, que reside no município de Águas Belas há 82 km de distância de Garanhuns, a viagem até a comunidade dura em média de 1:00 hora. Essa etnia conta com uma população de mais de 4 mil índios.

A segunda vivência será no quilombo de Castainho, localizado na zona rural do município de Garanhuns, há cerca de 8 km do centro da cidade. Nessa comunidade vivem 107 famílias (SANTOS 2016; LIRA, 2009).

A avaliação que é a quarta etapa da intervenção será realizada em fevereiro de 2018 considerando que nos meses de janeiro os residentes possuem férias coletivas.

5.3 PERÍODO DO ESTUDO

O período de estudo foi iniciado em abril de 2017 com a fase exploratória e a busca sistemática de artigos, dissertações e teses que possuíssem a temática, indígena, quilombolas, suas especificidades, ensino na saúde e o serviço do SUS, residência em saúde e informações da rede de saúde da V Região.

A oficina e as vivências estão programadas para o mês de dezembro de 2017 e avaliação para março de 2018. Os profissionais residentes terão o mês de fevereiro para elaboração do material informativo após a avaliação coletiva.

5.4 POPULAÇÃO

O estudo terá como população os residentes do segundo ano do HRDM. Atualmente existem no Programa de Residência Multiprofissional em Gestão do Cuidado 8 profissionais sendo, 2 (dois) enfermeiros, 2 (dois) psicólogos, 1 (hum) fisioterapeuta, 02 (dois) nutricionistas e 01 (um) assistente social. Quanto ao Programa de Enfermagem Obstétrica, atualmente existe 1 (um) enfermeiro em virtude de uma desistência.

Portanto, o critério de Elegibilidade é ser profissional residente do segundo ano dos Programas de Gestão do Cuidado e Enfermagem Obstétrica do HRDM da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE).

5.5 PROCEDIMENTOS DE INTERVENÇÃO

A primeira etapa da intervenção consistirá na articulação de lideranças da etnia Funi-ô através do Polo Base Funi-ô e da Atenção Primária de Águas Belas que atende aos indígenas da etnia. No caso da população de Castainho será realizado contato com a Coordenação de Atenção Primária de Garanhuns através da equipe de saúde da família, para apresentação do PI e planejamento de suas etapas.

A segunda etapa será a realização de uma oficina para aproximação dos profissionais residentes mediada pelas lideranças e da pesquisadora e ao final será aplicado um questionário para os profissionais de avaliação junto aos profissionais residentes. Esta atividade acontecerá na sala de aula do Programa de Residência Multiprofissional do Hospital Dom Moura que comporta 25 pessoas e fica no campus do próprio hospital. Na oficina a metodologia adotada será a dialógica e a troca de experiências durante um turno (4 horas). Ao final será aplicado o primeiro questionário de avaliação (Apêndice C).

A terceira etapa será destinada para as vivências nas comunidades com a participação de profissionais convidados da assistência a saúde local apontado pelas lideranças e também mediada pela liderança as quais os profissionais residentes mantiveram trocas na etapa anterior. O local de realização dessa atividade será na própria comunidade e apontado pela

liderança mediadora. Ao final será aplicado o segundo questionário de avaliação (Apêndice D).

A quarta etapa de avaliação coletiva será realizada em local a ser apontado pelas lideranças Funi-ô e Castainho e poderá ser um parque, um local histórico, em Garanhuns ou nas comunidades. Cada profissional residente versará sobre a experiência vivenciada, o que foi construtivo, as dificuldades vivenciadas e o que pode ser melhorado. A avaliação dos questionários aplicados aos profissionais residentes serão também apresentados pela pesquisadora.

A quinta etapa será constituída pela construção coletiva dos profissionais residentes a elaboração de um material informativo para que os demais residentes de anos subsequentes se aproximem através desse material da temática étnico-racial.

5.6 ANÁLISE DE DADOS

A avaliação será realizada por etapas da intervenção. A etapa de articulação será avaliada através da concretização da articulação com apresentação do PI e planejamento para as demais etapas com as lideranças Funi-ô e da comunidade de Castainho.

Ao final da oficina e das vivências os profissionais residentes preencherão um questionário fechado (Apêndice C e D), com 03 perguntas, que abordarão a avaliação da importância da abordagem da temática étnico-racial por meio das comunidades indígenas e quilombolas são importantes na formação da residência em saúde.

O questionário constará com a identificação da profissão dos residentes e será composto de perguntas fechadas, tendo como opções para cada pergunta, a marcação em “pouco”, “regular”, “razoável” ou “muito”.

A análise da satisfação da oficina e das duas vivências serão verificadas através das respostas ao questionário proposto que serão consolidadas de forma a identificar a avaliação da importância da abordagem da temática étnico-racial durante os estágios de residência. As respostas marcadas como “razoável” e “muito” às perguntas do questionário serão consideradas respostas que indicarão o resultado como “importante” o momento de vivência da temática étnico-racial durante os estágios de residência.

Os resultados “pouco” ou “regular” às perguntas do questionário serão consideradas respostas que indicarão o resultado como “pouco importante” o momento de vivência da temática étnico-racial durante os estágios de residência.

Além dessa avaliação individual, uma avaliação coletiva (quarta etapa) será realizada e os profissionais residentes apontarão através da roda de conversa a importância ou não de sua experiência e a pesquisadora trará o resultado avaliativo consolidado dos questionários propostos.

O material informativo produzido sobre a experiência com a temática étnico-racial também conferirá em um documento avaliativo a partir dos seguintes critérios: descrição da importância das populações, descrição de especificidades das populações indígenas e quilombolas e descrição da vivência.

5.7 ASPECTOS ETICOS

A presente pesquisa tem base ética na Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) o qual determina "respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida*"* (BRASIL, 2012).

A população estudada terá acesso aos objetivos do trabalho e só participarão do estudo após a concordância e assinatura do termo de esclarecimento. Tal projeto tem a finalidade de ser utilizado para fins específicos de melhoria dos Programas de Residência do HRDM. Cada Profissional Residente também participará o projeto de intervenção conforme vontade própria após a assinatura do termo de Livre Esclarecimento (Apêndice E) com todos os objetivos da pesquisa, podendo desistir de participar em qualquer um dos momentos sem prejuízos.

A carta de anuência (Apêndice A) será enviada ao Hospital Regional Dom Moura para autorização da execução do referido projeto de intervenção.

5.8 METAS E AÇÕES

Meta 1: Articular encontro e apresentação do com a liderança Funi-ô e da Comunidade Castainho - 100% .

Ação 1:

Quadro 1 – Etapas da meta 1, projeto de intervenção.

Público Alvo	Liderança da aldeia Funi-ô e liderança da comunidade Castainho.
Operacionalização	Essa etapa do projeto será de articulação via Coordenação de Atenção Básica dos municípios apresentação breve do PI e planejamento das datas da oficina, vivências e avaliação coletiva das etapas executadas. O mapa para planejamento encontra-se no Apêndice B.
Tempo necessário	Quinze dias
Local de realização	-
Responsável	Lílian S. Sampaio de Barros – V Gerência Regional de Saúde
Recursos necessários	Telefone, computador.
Avaliação	Articulação realizada e planejamento da oficina, das vivências e da avaliação coletiva.

Meta 2: Alcançar 100% dos profissionais residentes em oficina com a presença de pesquisadora como mediadora e mediador indígena e quilombola.

Ação 2:

Quadro 1 – Etapas da meta 2, projeto de intervenção.

Público Alvo	Residentes dos programas de Gestão do Cuidado e Enfermagem Obstétrica do Hospital Regional Dom Moura.
Operacionalização	Essa etapa do projeto de intervenção se dará através de encontro de mediador indígena e quilombola, através de roda de conversa e dialogicamente discutirá com os Profissionais Residentes, questões a sobre as especificidades da população indígena e da população quilombola na saúde. Serão trazidos, relatos de casos baseados vivenciados pelas comunidades e, para os profissionais residentes que puderam experimentar atendimento no HRDM, também será encorajado o relato. Nesse momento espera-se a discussão sobre as diferenciadas experiências entre os Profissionais Residentes e os mediadores indígena e quilombola, o conceito de saúde e doença nessa população, exemplos de como se dá o processo de cura através de rituais, a importância do saber tradicional.
Tempo necessário	Um turno
Local de realização	Sala de educação do Hospital Regional Dom Moura
Responsável	Lílian S. Sampaio de Barros – V Gerência Regional de Saúde
Recursos necessários	Sala de reunião, Data show, Som; computador, impressos, instrumentos de percussão, entre outros
Avaliação	Profissionais residentes com participação no encontro Preenchimento de questionário de avaliação

Meta 3: Alcançar 100% dos profissionais residentes em visita a comunidade indígena.

Ação 3:

Quadro 3 – Etapas da meta 3, projeto de intervenção

Público Alvo	Residentes dos programas de Gestão do Cuidado e Enfermagem Obstétrica do Hospital Regional Dom Moura.
Operacionalização	Essa etapa do projeto de intervenção será realizada através e um turno de visita em uma comunidade indígena. Nessa vivência o mediador da etnia Funi-ô conduzirá visita a sua comunidade abordando questões que a seu ver é essencial para entender as questões de saúde do seu povo. Espera-se a vivenciação de um momento comunitário que aproxime os profissionais residentes da realidade social e cultural da população indígena.
Tempo necessário	Um turno
Local de realização	Município de Águas Belas
Responsável	Lílian S. Sampaio de Barros – V Gerência Regional de Saúde
Recursos necessários	Transporte, instrumentos de coleta de dados, entre outros.
Avaliação	Profissionais residentes com participação no encontro Preenchimento de questionário de avaliação 1.

Meta 4: Alcançar 100% dos profissionais residentes em visita a comunidade indígena e quilombola.

Ação 4:

Quadro 4 – Etapas da meta 4, projeto de intervenção

Público Alvo	Residentes dos programas de Gestão do Cuidado e Enfermagem Obstétrica do Hospital Regional Dom Moura.
Operacionalização	Essa etapa do projeto de intervenção será realizada através um turno de visita em uma comunidade quilombola. Nessa vivência o mediador da comunidade Castainho conduzirá a visita a sua comunidade abordando questões que a seu ver é essencial para entender as questões de saúde do seu povo. Espera-se a vivenciação de um momento comunitário que aproxime os profissionais residentes da realidade social e cultural do Quilombo Castainho.
Tempo necessário	Um turno
Local de realização	Município de Garanhuns – Comunidade do Castainho
Responsável	Lílian S. Sampaio de Barros – V Gerência Regional de Saúde
Recursos necessários	Transporte, instrumentos de coleta de dados, entre outros
Avaliação	Profissionais residentes com participação no encontro Preenchimento de questionário de avaliação.

Meta 4: Alcançar 100% dos profissionais residentes e das lideranças indígena e da comunidade quilombola na avaliação coletiva.

Ação 4:

Quadro 4 – Etapas da meta 4, projeto de intervenção

Público Alvo	Residentes dos programas de Gestão do Cuidado, Enfermagem Obstétrica do Hospital Regional Dom Moura e a liderança da população indígena Funi-ô e da comunidade de Castainho.
Operacionalização	Essa etapa do projeto de intervenção será realizada através uma avaliação coletiva, através de uma roda de conversa, onde os participantes avaliarão as etapas vivenciadas da intervenção.
Tempo necessário	Um turno
Local de realização	A ser apontado pelas lideranças como parque ou Centro Histórico.
Responsável	Lílian S. Sampaio de Barros – V Gerência Regional de Saúde
Recursos necessários	Transporte
Avaliação	Profissionais residentes e mediador indígena e quilombola.

Meta 5: Elaborar material didático orientador sobre especificidades da população indígena e quilombola para os Programas de Residência do HRDM.

Ação 5

Quadro 5 – Etapas da meta 4, projeto de intervenção

Público Alvo	Residentes dos programas de Gestão do Cuidado e Enfermagem Obstétrica do Hospital Regional Dom Moura.
Operacionalização	Após a oficina e visitas, os profissionais residentes desenvolverão o material didático com a temática indígena e quilombola, abordando sucintamente a importância da abordagem da temática indígena, algumas especificidades dessa população na saúde e um breve relato das vivências.
Tempo necessário	1 mês
Local de realização	-
Responsáveis	Residentes do segundo ano da Residência Multiprofissional em Gestão do Cuidado e da Residência em Enfermagem Obstétrica.
Recursos necessários	-
Avaliação	Material didático orientador pronto

6 RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se aproximar os Profissionais Residentes do HRDM das populações indígenas e das populações quilombolas, através de oficinas e de vivência em seus territórios, fomentando a construção de um cuidado que respeite a diversidade, a identidade e as especificidades dos usuários do SUS, alvo do cuidado dos residentes dos programas de EO e GC, proporcionando os futuros especialistas "se aproximarem de outros modelos ou sistemas de cuidado, entre eles, o familiar e o popular", afirma Boers (2007, p.307)

Deixar para os Profissionais Residentes dos anos subsequentes um material orientador sobre as Populações Indígenas e Quilombolas que proporcione norteamento sobre as especificidades dessas populações.

7 VIABILIDADE

A viabilidade desse projeto de intervenção se dá pela necessidade de aproximação dos profissionais em formação no SUS e de populações tradicionais como é o caso das indígenas e das populações quilombolas.

Como apontado anteriormente, ausência da abordagem da temática étnico-racial nos programas de residência, a ausência da discussão das políticas das populações indígenas e quilombolas e quiçá o respeito a suas diversidades. A Política Nacional de Saúde Indígena orienta a adequação dos currículos para proporcionar condições adequadas de formação do profissional de saúde a reconhecer as especificidades das populações indígenas. A Política de Saúde da População Negra e a Política de Educação Permanente convergem no sentido de nortear a adequação da formação dos profissionais para atender as questões específicas dos usuários do SUS (BRASIL, 2002; BRASIL, 2004; BRASIL, 2007; SILVA, 2013).

No que se refere ao financiamento, ele será dispensado pela autora do projeto e a operacionalização será realizada também pela pesquisadora com a colaboração dos orientadores.

8 CRONOGRAMA

8.1 Quadro 6 – Cronograma do Plano de Intervenção

Período / Atividades	Ano 2017									Ano 2018		
	Abril	Maio	Junho	Julho	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar
Escolha do Tema												
Pesquisa Bibliográfica												
Leituras e redação do projeto												
Planejamento e Execução do Plano de Intervenção												
Análise dos dados												
Elaboração do material educativo pelos residentes												
Resultados e correção final da redação												
Apresentação dos resultados												

Fonte: pesquisadora

9 ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO

9.1 Quadro 7 – Material Necessário para pesquisa e fonte de financiamento.

Material/Serviço	Preço unitário	Quanti-dade utilizada	Total	Financia-mento
Papel ofício Resma A4	**R$ 15,00**	**1**	**R$ 15,00**	Secretaria Estadual de Saúde
Tinta de impressora	**R$ 35,00**	**1**	**R$ 35,00**	
VIAGEM 1 Transporte – **Mediador de Águas Belas para oficina:** Águas Belas –Garanhuns-Águas Belas	**R$ 40,00**	**1**	**R$ 40,00**	
VIAGEM 2 Transporte – **Mediador de Castainho para a oficina:** Castainho - centro de Garanhuns-Castainho.	**R$ 20,00**	**1**	**R$ 20,00**	
Almoço - VIAGEM 1 – Mediador indígena	**R$ 15,00**	**1**	**R$ 15,00**	
Almoço - VIAGEM 2 – Mediador quilombola	**R$ 15,00**	**1**	**R$ 15,00**	
VIAGEM 3 – **Profissionais Residentes** Combustível carro 1: Garanhuns-Águas Belas-Garanhuns (180km)	**R$ 3,50**	**30 litros**	**R$ 105,00**	
VIAGEM 3 - **Profissionais Residentes** Combustível carro 2: Garanhuns -Águas Belas–Garanhuns (180km)	**R$ 3,50**	**30 litros**	**R$ 105,00**	
VIAGEM 4 - **Profissionais Residentes** Combustível carro 1: Centro de Garanhuns-Castainho–Centro de Garanhuns (40km).	**R$ 3,50**	**10 litros**	**R$ 35,00**	
VIAGEM 4 - **Profissionais Residentes** Combustível carro 2: Centro de Garanhuns-Castainho–Centro de Garanhuns (40km)	**R$ 3,50**	**10 litros**	**R$ 35,00**	
VIAGEM 5 **– Transporte Mediador de Águas Belas para a oficina de avaliação:** Águas Belas-Garanhuns-Águas Belas	**R$ 40,00**	**1**	**R$ 40,00**	
VIAGEM 6 – Transporte Mediador de **Castainho** para a **oficina de avaliação:** Castainho- centro de Garanhuns-Castainho.	**R$ 20,00**	**1**	**R$ 20,00**	
Almoço - VIAGEM 5 e 6 – Mediadores	**R$ 15,00**	**2**	**R$ 30,00**	
		Total	**R$ 445,00**	

Fonte: pesquisadora

10 REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Verônica Santos et al . **A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde**. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro: Setembro de 2008. V. 32, n. 3, p. 356-362. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29/05/2017.

ANAYA, S. James. **Cenário internacional: Os Direitos Humanos dos Povos Indígenas**. In: ARAÚJO, Ana Valéria, et al. Povos Indígenas e a Lei dos "Brancos": o direito à diferença. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional, 2006. 208 p. (Coleção Educação para Todos; 14).

ARAÚJO, Ana Valéria et al. **Povos Indígenas e a Lei dos "Brancos": o direito à diferença**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional, 2006. 208 p. (Coleção Educação para Todos; 14). ISBN 978-85-60731-18-3

ARRUTI, José Maurício. **Quilombos**. In: Pinho, Osmundo Araújo; Sansone, Livio (org). Raça: novas perspectivas antropológicas. Salvador: Associação Brasileira de Antropologia: EDUFBA, 2008. 2 ed. Ver. P. 315-350. ISBN 978-85-232-0516-4.

_____. **Função de alteridade: o Cangume, a professora, a escola e a universidade**. Revista da FAEEBA. Educação e Contemporaneidade:, 2017. V. 26, n. 49. Disponível em: < >. Acesso em: 02/09/2017.

BANIWA, Trinho Trujillo. **Saúde e alimentação em áreas rurais e urbanas: um testemunho indígena.** in: Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Organizadores: Luiza Garnelo; Ana Lúcia Pontes - Brasília: MEC-SECADI, 2012. Capítulo 6. p.184. 280 p. il. Color. (Coleção Educação para Todos). ISBN 978-85-7994-063-7.

BATISTA, Karina Barros Calife; GONÇALVES, Otília Simões Janeiro. **Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado.** Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, jan. 2011. [Internet]. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29725/31602>. Acesso em: 17/06/2017. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400007. ISSN 1984-0470.

BOEHS, Astrid Eggert et al. **A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura.** Texto Contexto Enferm. Florianópolis: 2007. [Internet]. Abr-Jun; 16(2): 307-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a14v16n2.pdf/>. Acesso em: 12/06/2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei Nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990 que "Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências".** [Internet]. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 01/08/2017.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Lei Nº 9.459 de 13 de Maio de 1997 que "Altera os arts. 1º e 20 da Lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989, que define os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor, e acrescenta parágrafo ao art. 140 do Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.** [Internet]. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9459.htm>. Acesso em: 01/08/2017.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Lei Nº 9.836, de 23 de Setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências"**, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Brasília: 1999. [Internet]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9836.htm>. Acesso em: 10/06/2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 254, de 31 de janeiro de 2002. Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. [Internet]. - 2ª edição - 40 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf>. Acesso em: 10/06/2017.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto Nº 4.883 de 20 de Novembro de 2003 que Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação de terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.** [Internet]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm>. Acesso em: 01/08/2017.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto Nº 6.040 de 7 de Fevereiro de 2003 que Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais**. [Internet]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm>. Acesso em: 01/08/2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 198, de 13 de fevereiro de 2003. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2003. [Internet]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 01/08/2017.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Lei Nº 11.129 de 30 de Junho de 2005 que Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências.** [Internet]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11129.htm. Acesso em: 01/08/2017.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).** Brasília: Ministério da Saúde, 2007. [Internet]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf>

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009 que institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. [Internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html. Acesso em: 01/08/2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488 de 21 de Outubro de 2011 que Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. [Internet]. - 2ª edição - 40 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 02/08/2017.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012 que Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. [Internet]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 01/08/2017

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Distritos Especiais Indígenas - DSEI.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017. [Internet]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/70-sesai/9540-conheca-o-dsei>. Acesso em: 31/07/2017.

CAVALHEIRO, Maria Teresa Pereira; GUIMARÁES, Alóide Ladeia. **Formação para o SUS e os Desafios da Integração Ensino Serviço.** Caderno FNEPAS. Vol. 1. Dezembro, 2011. Disponível em: < http://www.saude.pa.gov.br/wp-content/uploads/2017/08/13-Formacao-para-o-SUS.pdf>. Acesso em 30.07.2017.

CAVALLEIRO, Eliane. **Introdução: Valores civilizatórios dimensões históricas para uma educação anti-racista.** in: Orientações e Ações para Educação das Relações Étnico-Raciais. Brasília: Secretaria da Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. Orientações e Ações para Educação das Relações Étnico-Raciais -ECAD, 2006. p. 15-28. il. 1. Educação – Educação Étnico-Racial 2. Segregação Racial na Educação – Ensino Infantil, Fundamental, Médio e Superior I. Título. 262 p.

FLICK, UWE. **Introdução à pesquisa qualitativa.** Porto Alegre: Artmed, 2009. 405p.

GANELO, Luiza. **Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde**. in: Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Organizadores: Luiza Garnelo; Ana Lúcia Pontes - Brasília: MEC-SECADI, 2012. Capítulo 1. p.1-18. 280 p. il. Color. (Coleção Educação para Todos). ISBN 978-85-7994-063-7.

GENSEM, Luciano. **O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje.** Brasília: MEC-SECADI, 2006. 233 p. il. Color. (Coleção Educação para Todos).

GUARANY, Vilmar Martins Moura. **Desafios e perspectivas para a construção e o exercício da cidadania indígena.** In: ARAÚJO, Ana Valéria, et al. Povos Indígenas e a Lei dos "Brancos": o direito à diferença. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional, 2006. 208 p. (Coleção Educação para Todos; 14).

LIMA E SILVA, Raullyan Borja et al. **Caracterização agroecológica e socioeconômica dos moradores da comunidade quilombola do Curiaú**. Biota Amazônia. Open Journal Sistem. UFAM: Macapá: 2013. [Internet]. Disponível em: <https://periodicos.unifap.br/index.php/biota/article/view/861/v3n3p113-138.pdf>. Acesso em: 02/07/2017.

LÓPEZ, L.C. **The concept of institutional racism: applications within the healthcare field**. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.16, n.40, p.121-34, jan./mar. 2012. [Internet]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/icse/v16n40/aop0412.pdf>. Acesso em: 10/06/2017.

MATA et. al. **A participação das mulheres Wajãpi do Estado do Amapá (Brasil) no uso tradicional de plantas medicinais - um estudo de caso**. Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine 2012. Dezembro, 2012. [Internet]. Disponível em: <https://ethnobiomed.biomedcentral.com/articles/10.1186/1746-4269-8-48>. Acesso em: 02/06/2017. DOI: 10.1186. / 1746-4269-8-48.

MENENDEZ, Eduardo L. **Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas.** Ciênc. Saúde Coletiva: 2003. [Internet]. vol.8, n.1, pp.185-207. ISSN 1413-8123. Acesso em: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014. Acesso em: 02/07/2017.

MURA, Fabio; SILVA, Alexandra Barbosa da. **Tradição de conhecimento, processos experienciais e práticas de cura entre os Kaiowa**. in: Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Organizadores: Luiza Garnelo; Ana Lúcia Pontes - Brasília: MEC-SECADI, 2012. Capítulo 4. p.128. il. Color. (Coleção Educação para Todos). ISBN 978-85-7994-063-7. 280 p.

MONTEIRO, Rosana Batista. **Licenciaturas**. in: Orientações e Ações para Educação das Relações Étnico-Raciais. Brasília: Secretaria da Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. Orientações e Ações para Educação das Relações Étnico-Raciais -ECAD, 2006. p. 123- 138. il. 1. Educação – Educação Étnico-Racial 2. Segregação Racial na Educação – Ensino Infantil, Fundamental, Médio e Superior I. Título. 262 p.

NICOLESCU, Basarab. **O Manifesto da Transdisciplinaridade** [tradução do Francês por Lucia Pereira de Souza]. Triom: São Paulo, 1999. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001275/127511por.pdf>. Acesso em: 22/07/2017.

OLIVEIRA, Fátima. **Saúde da população negra: Brasil ano 2001**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. [Internet]. Disponível em: <http://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2015/08/0081.pdf>. Acesso em: 10/06/2017.

ORIÁ, Mônica Oliveira Batista; XIMENES, Lorena Barbosa; ALVES, Maria Dalva Santos. **Madeleine Leininger e a teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural – um resgate histórico.** Online Brazilian Journal of Nursing. Universidade Federal Fluminense – UFF: 2005. 4 (2): 24-30. Disponível em: <http://www.objnursing.uff .br/index.php/nursing/article/view/3753>. Acesso em: 02/07/2017.

PEREIRA, Luciano et al. **Plantas medicinais de uma comunidade quilombola na Amazônia Oriental: Aspectos utilitários de espécies das famílias Piperaceae e Solanaceae**. Rev. Bras. de Agroecologia/out. 2007. Vol. 2 N.2. [Internet]. Disponível em: <http://www.iepa.ap.gov.br/biblioteca/artigo/2015/plantas-medicinais-comunidade-quilombola-piperaceae-solanaceae.pdf>. Acesso em: 02/07/2017.

PERNAMBUCO. Secretaria de Desenvolvimento Social de Direitos Humanos. **Relatório da Semana de Direitos Humanos – Agreste Meridional/2013.** Pernambuco: 2013. Disponível em: <http://www.sedsdh.pe.gov.br/c/document_library/get_file?uuid=af59b55b-e083-4df5-9db5-ea0e248b765a&groupId=17459>. Acesso em: 25/07/2017.

_____. Secretaria Estadual de Saúde**. Hospital Regional dom Moura.** Pernambuco: 2017. Disponível em: < http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-atencao-saude/hospital-regional-dom-moura>. Acesso em: 25/07/2017.

_____. Ministério Público de Pernambuco. **Comunidades Tradicionais. Comunidades Quilombolas de Pernambuco.** Disponível em: <http://www.mppe.mp.br/mppe/institucional/nucleos-e-gts/gt-racismo/fique-por-dentro-gt-racismo/comunidades-tradicionais-gt-racismo>. Acesso em: 25/07/2017.

_____. Secretaria Estadual de Saúde**. V GERES.** Pernambuco: 2017. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/v-geres>. Acesso em: 25/07/2017.

PIRES, Rosane de Almeida. **Educação de Jovens e Adultos**. in: Orientações e Ações para Educação das Relações Étnico-Raciais. Brasília: Secretaria da Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. Orientações e Ações para Educação das Relações Étnico-Raciais -ECAD, 2006. p. 101-119. il. 1. Educação – Educação Étnico-Racial 2. Segregação Racial na Educação – Ensino Infantil, Fundamental, Médio e Superior I. Título. 262 p.

RISTOW, Aline Maria**. Formação humanística do médico na sociedade do século XXI: uma análise curricular.** Universidade Federal do Paraná. [Dissertação]. 180 f. Disponível em: < http://www.ppge.ufpr.br/teses/M07_ristow.pdf >. Acesso em: 02/08/2017.

ROCHA, Rosa Margarida de Carvalho; TRINDADE, Azoilda Loretto da. **Ensino Fundamental**. in: Orientações e Ações para Educação das Relações Étnico-Raciais. Brasília: Secretaria da Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. Orientações e Ações para Educação das Relações Étnico-Raciais -ECAD, 2006. p.55-77. il. 1. Educação – Educação Étnico-Racial 2. Segregação Racial na Educação – Ensino Infantil, Fundamental, Médio e Superior I. Título. 262 p.

SANTANA, Patrícia Maria de Souza. **Educação Infantil**. in: Orientações e Ações para Educação das Relações Étnico-Raciais. Brasília: Secretaria da Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. Orientações e Ações para Educação das Relações Étnico-Raciais

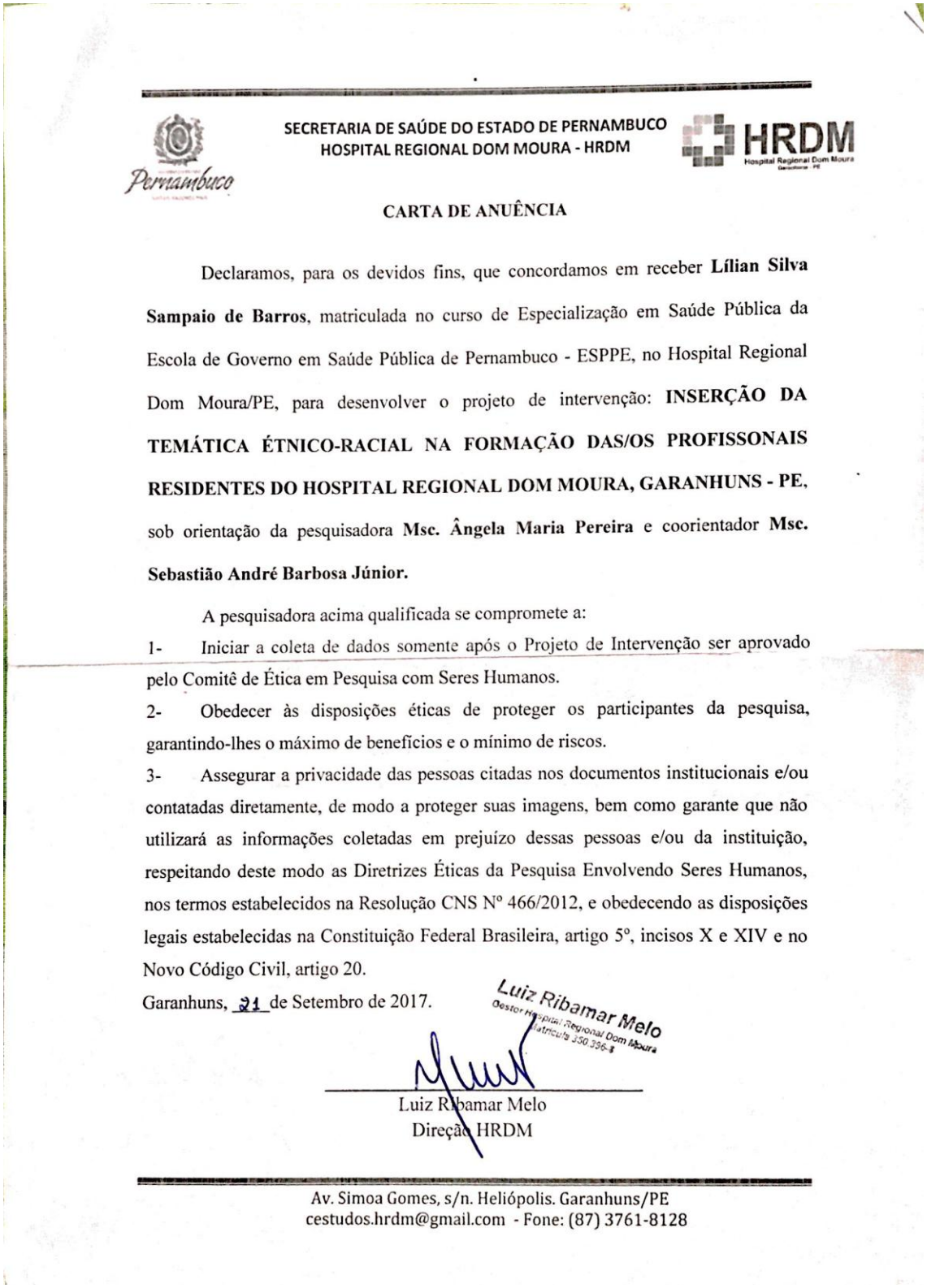
-ECAD, 2006. p. 31-51. il. 1. Educação – Educação Étnico-Racial 2. Segregação Racial na Educação – Ensino Infantil, Fundamental, Médio e Superior I. Título. 262 p.

SOUZA, Ana Lúcia Silva. **Ensino Médio**. in: Orientações e Ações para Educação das Relações Étnico-Raciais. Brasília: Secretaria da Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. Orientações e Ações para Educação das Relações Étnico-Raciais -ECAD, 2006. p. 81-98. il. 1. Educação – Educação Étnico-Racial 2. Segregação Racial na Educação – Ensino Infantil, Fundamental, Médio e Superior I. Título. 262 p.

THIOLLEND, Michel**. Metodologia da Pesquisa-Ação.** Editora Cortez: São Paulo. 2011. 18ª ed. 136 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A. CARTA DE ANUÊNCIA



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - HRDM

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos, para os devidos fins, que concordamos em receber **Lílian Silva Sampaio de Barros**, matriculada no curso de Especialização em Saúde Pública da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco - ESPPE, no Hospital Regional Dom Moura/PE, para desenvolver o projeto de intervenção: **INSERÇÃO DA TEMÁTICA ÉTNICO-RACIAL NA FORMAÇÃO DAS/OS PROFISSONAIS RESIDENTES DO HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA, GARANHUNS - PE**, sob orientação da pesquisadora **Msc. Ângela Maria Pereira** e coorientador **Msc. Sebastião André Barbosa Júnior.**

A pesquisadora acima qualificada se compromete a:

1- Iniciar a coleta de dados somente após o Projeto de Intervenção ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

2- Obedecer às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.

3- Assegurar a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garante que não utilizará as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

Garanhuns, 21 de Setembro de 2017.

Luiz Ribamar Melo
Gestor Hospital Regional Dom Moura
Matrícula 350.936-1

Luiz Ribamar Melo
Direção HRDM

Av. Simoa Gomes, s/n. Heliópolis. Garanhuns/PE
cestudos.hrdm@gmail.com - Fone: (87) 3761-8128

APÊNDICE B. ETAPAS DE ARTICULAÇÃO, APRESENTAÇÃO E PLANEJAMENTO DO PROJETO DE INTENVENÇÃO.

Quadro 8 – Quadro de etapas de articulação, apresentação e planejamento do projeto de intervenção.

Atividade	**Data**	**Nome /Telefone**	**Objetivo**	**Necessidades**

APÊNDICE C. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA OFICINA.

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco
Especialização em Saúde Pública

QUESTIONÁRIO 1 DE AVALIAÇÃO DA OFICINA

"Abordagem da temática Étnico-racial para residência de Enfermagem Obstétrica e de Gestão do Cuidado do Hospital Regional Dom Moura"

1 – A oficina proporcionou aproximação com algumas especificidades das populações indígenas e quilombolas?

R. ( ) Pouco ( )Regular ( )Razoável ( ) Muito

2 – Você acha importante a abordagem das especificidades das populações indígenas e quilombolas para a formação da residência em áreas hospitalares?

R. ( ) Pouco ( )Regular ( )Razoável ( ) Muito

3 – Você acha importante conhecer as Políticas de Saúde Integral da População Negra e das Políticas Nacional de Saúde Indígena para a formação da residência em áreas hospitalares?

R. ( ) Pouco ( )Regular ( )Razoável ( ) Muito

APÊNDICE D. QUESTIONÁRIO DE VISITA.

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco
Especialização em Saúde Pública

QUESTIONÁRIO 2 AVALIAÇÃO DA VISITA

"Abordagem da temática Étnico-racial para residência de Enfermagem Obstétrica e de Gestão do Cuidado do Hospital Regional Dom Moura"

1 – A visita nas comunidades indígenas e quilombolas lhe aproximou de especificidades das populações indígenas?

R. ( ) Pouco ( )Regular ( )Razoável ( ) Muito

2 – Você acha importante a inclusão de visita às comunidades indígenas e quilombolas para os programas de residência?

R. ( ) Pouco ( )Regular ( )Razoável ( ) Muito

3- O contato com as comunidades indígenas e quilombolas e as questões de saúde vivenciadas poderá conferir mudança na assistência prestada a nível hospitalar?

R. ( ) Pouco ( )Regular ( )Razoável ( ) Muito

APÊNDICE E. TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco
Especialização em Saúde Pública

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O trabalho de **intervenção "Abordagem da temática Étnico-Racial na formação das/os Profissionais Residentes do Hospital Regional Dom Moura, Garanhuns – PE"** tem como objetivo geral "Fomentar a abordagem da temática das relações étnico-raciais e atenção à saúde das populações tradicionais junto aos profissionais residentes do Hospital Regional Dom Moura (HRDM)" e como objetivos específicos "Realizar oficina sobre a temática étnico-racial com os profissionais residentes; Promover vivência de campo nos territórios indígenas e quilombolas; Elaborar material didático orientador para os profissionais residentes dos anos subsequentes".

O público alvo da intervenção são os residentes dos Programas de Enfermagem Obstétrica e Gestão do Cuidado do HRDM e será constituída de várias etapas e estes participarão a partir da segunda etapa do Projeto de Intervenção, sucintamente descritos a seguir:

2ª etapa - Oficina de 4 horas na sala de aula do HRDM com os Profissionais Residentes para aproximação com os saberes indígenas e quilombolas.
3ª etapa - Visita dos Profissionais Residentes na comunidade Castainho e nas terras Funi-ô, acompanhadas pelo pesquisador e pelos mediadores da oficina inicial, durante um turno;
4ª etapa – Oficina de avaliação coletiva em espaço a ser apontado pelo mediador indígena e quilombola.
5ª etapa – Elaboração pelos Profissionais Residentes de material informativo sobre as experiências vivenciadas nas segunda, terceira e quarta etapas.

Ao final da oficina e das vivências os Profissionais Residentes responderão a questionário contendo três perguntas cada. As proposições serão de marcação de "X", de forma que o mesmo pode assinalar uma única escolha. As informações colhidas nos questionários de pesquisa não terão identificação pessoal a fim de preservar a identidade do Profissional Residente.
Os profissionais Residentes podem não querer prosseguir com a participação no Projeto de Intervenção em qualquer momento, sem prejuízos para si.

Instituição responsável: Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco	
Pesquisadora responsável: Lílian Silva Sampaio de Barros.	
Identidade/Órgão Exp.:	Telefone: (81) 9.9282-7498
Nome do Pesquisado:	
Identidade/Órgão Exp.:	Telefone: ( )
Data de Nascimento:	Idade:

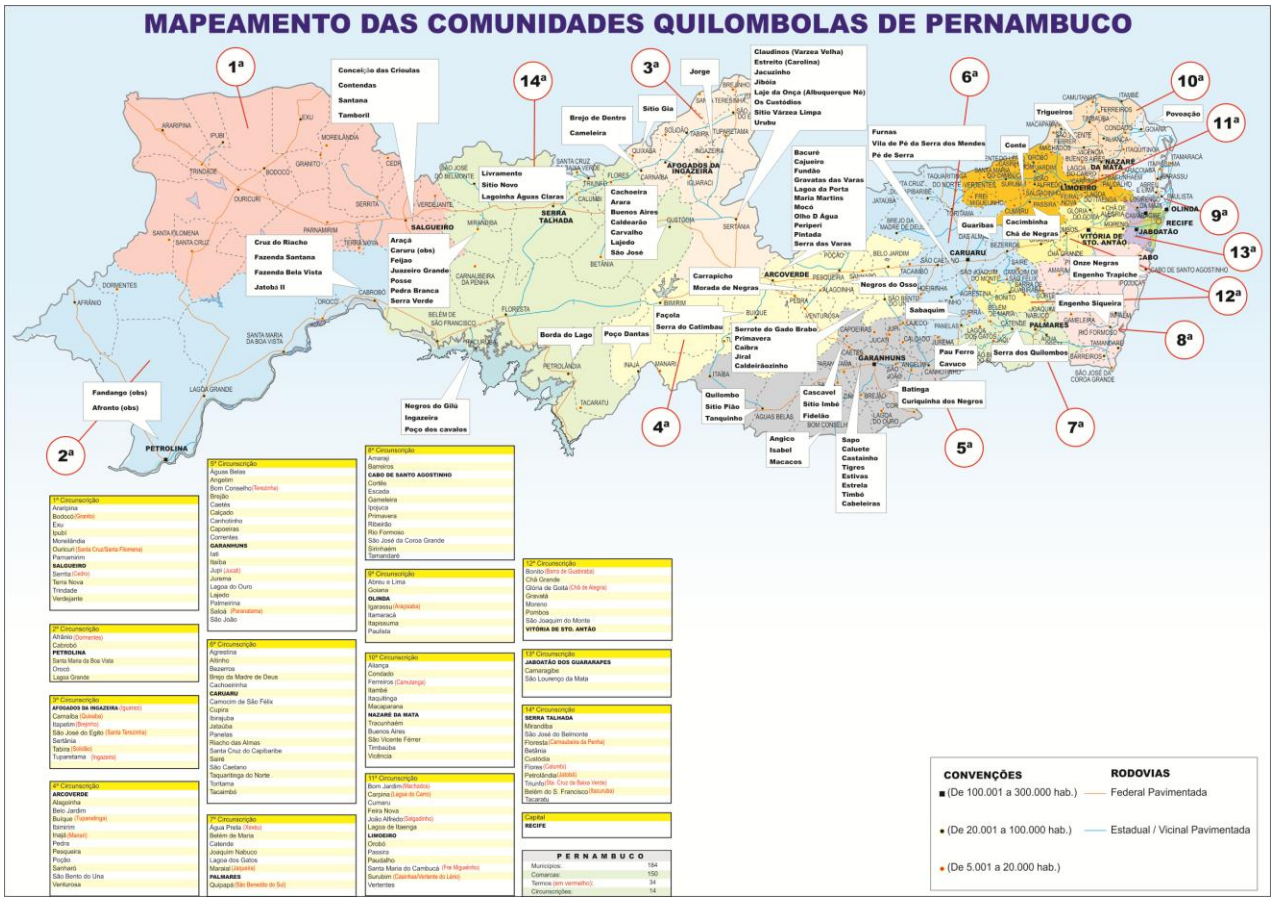
Garanhuns, ___de _____ de 2017.

_____ _____

Assinatura Pesquisador **Assinatura Pesquisado**

ANEXO

ANEXO A. MAPA DAS COMUNIDADES INDÍGENAS DE PERNANBUCO.



Fonte: Pernambuco, Ministério Público de Pernambuco. Comunidades Tradicionais. Comunidades Quilombolas de Pernambuco.