



**UNIVALI**

**UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ**

**Programa de Mestrado Profissional  
Em Saúde e Gestão do Trabalho**

**FORMAÇÃO DO AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE:** processo reflexivo  
com perspectiva de uma abordagem da integralidade e de um currículo  
intercultural

**VÂNIA MARIA LIMA DA SILVA**

**ITAJAÍ**

2009

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**VÂNIA MARIA LIMA DA SILVA**

**FORMAÇÃO DO AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE: PROCESSO REFLEXIVO COM  
PERSPECTIVA DE UMA ABORDAGEM DA INTEGRALIDADE E DE UM CURRÍCULO  
INTERCULTURAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí.

Área de concentração: Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Stella Maris Brum Lopes

**ITAJAÍ (SC)**

**2009**

FICHA CATALOGRÁFICA

- S38f Silva, Vânia Maria Lima da, 1962-  
Formação do agente indígena de saúde [manuscrito] : processo reflexivo com perspectiva de uma abordagem da integridade e de um currículo intercultural / Vânia Maria Lima da Silva. – 2009.  
152 f. : il. Color.
- Cópia de computador (Printout(s)).  
Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Itajaí, Programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho, 2009.  
“Orientadora: Profª. Drª Stella Maris Brum Lopes. ”.  
Bibliografia: f. 153-160.
1. Agentes comunitários de saúde - Treinamento. 2. Índios – Saúde e higiene. 3. Formação profissional. I. Lopes, Stella Maris Brum. II. Título.

**VÂNIA MARIA LIMA DA SILVA**

**FORMAÇÃO DO AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE: PROCESSO REFLEXIVO COM  
PERSPECTIVA DE UMA ABORDAGEM DA INTEGRALIDADE E DE UM CURRÍCULO  
INTERCULTURAL**

Esta dissertação foi aprovada em sua forma final pelo Programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí  
Área de Concentração: Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Itajaí, Dezembro de 2009.

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Stella Maris Brum Lopes - Presidente  
UNIVALI – Itajaí  
Orientadora

---

Prof. Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo  
UNIVALI – Itajaí

---

Prof. Dr. Rubens de Camargo Ferreira Adorno  
USP – São Paulo

## **DEDICATÓRIA**

Ao meu Senhor e Salvador Jesus Cristo de Nazaré, autor e consumidor da minha fé.

Aos meus filhos: minha princesa Vanessa da Silva Galvão e meu “homem aranha” Felipe Mikhael da Silva Rocha que com paciência acreditaram e buscaram comigo este sonho.

Aos meus pais: Joaquim Teixeira da Silva e Maria de Nazaré de Oliveira Lima da Silva que me ensinaram que o bem mais importante que podemos adquirir nesta vida é o conhecimento.

As comunidades indígenas do meu Estado que dependem do subsistema de saúde indígena e do SUS para um atendimento de qualidade.

## AGRADECIMENTOS

Hoje quero parar e agradecer a todas as contribuições recebidas durante esta caminhada.

Meus sinceros agradecimentos à/as/ (s):

**Deus** por ter me proporcionado grandes conquistas e vitórias ao longo da minha existência.

Meus tesouros e bênçãos do Senhor – **Vanessa da Silva Galvão** e **Felipe Mikhael da Silva Rocha**, que souberam se comportar nos momentos mais difíceis para que eu pudesse estudar.

**Ministério da Saúde** através da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SEGESTES) e Departamento de Gestão da Saúde (DEGES).

**Organização das Nações Unidas** para Educação, Ciência e Tecnologia-UNESCO.

**Universidade do Vale do Itajaí** – UNIVALI, através do Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho, que nos acolheu e nos orientou nessa caminhada.

**Secretaria de Estado de Saúde** pela liberação para participar do referido curso.

A minha orientadora **Dra. Stella Maris Brum Lopes**, por me orientar neste trabalho, me fortalecendo no exercício da criticidade, pela sua paciência em esperar o meu “tempo” de produção.

**Professores e professoras** do Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho da UNIVALI que apontaram caminhos para construção deste trabalho.

**Meus colegas de mestrado** pelas conversas, apoio e contribuições.

Minhas companheiras **Elza Leal**, **Mirtes Ribeiro**, **Marília Bezerra de Santana Macedo**, pela troca de figurinhas nos bastidores.

Em especial à **Thaís Silva de Moura Barros** e **Andréia Vasconcelos**, minhas amigas, companheiras de estudo e viagem, os mais sinceros agradecimentos.

**Anna Leandro de Abreu**, atual coordenadora da Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha, pelo apoio e compreensão ao processo de construção deste trabalho. Ana, que Deus derrame sobre sua vida chuva de bênçãos. Sucesso na sua vida pessoal e profissional.

**Equipe da Área de Aprendizagem da Escola** pelo esforço e dedicação em realizar o acompanhamento pedagógico nas áreas indígenas.

**Funcionários da Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha**, por acompanhar e torcer juntamente comigo na realização deste sonho.

Diretor Presidente do Instituto Dom Moacyr – **Irailton de Lima Souza** pela credibilidade que me atribuiu em autorizar, através da carta de liberação, a participar do referido curso.

Minhas coordenadoras – **Elizama Maria de Lima e Sonja Maria Lopes Sampaio e toda equipe** do Grupo de Estimulo ao Aleitamento Materno, local onde também trabalho, pela compreensão e liberação para realização desta dissertação.

Querida amiga **Fátima Paiva** pelo apoio e disponibilidade em ajudar os meus filhos na minha ausência.

Grande amiga **Talita de Lima** que sempre me incentivou nesta caminhada.

Professor **José Janilson** que com sua sabedoria me preparou para a realização da prova de proficiência da língua inglesa.

Professores e doutores, **Luiz Roberto Agea Cutolo e Rubens de Camargo Ferreira Adorno** pela análise crítica deste trabalho bem como pelas valiosas sugestões apresentadas.



**“Ao Ignorarmos e destruirmos o que resta da cultura indígena, talvez estejamos destruindo a parte mais bela do mosaico que compõe a nossa essência humana” (Autor desconhecido)**

SILVA, VÂNIA MARIA LIMA DA. **Formação do Agente Indígena de Saúde: processo reflexivo com perspectiva de uma abordagem da integralidade e de um currículo intercultural.** Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho) – Universidade do Vale do Itajaí–UNIVALI, Itajaí (SC), 2009.

## RESUMO

Partindo do pressuposto que a formação do Agente Indígena de Saúde precisa considerar elementos da interculturalidade nas práticas pedagógicas e nortear os conteúdos na perspectiva da integralidade para que ele possa atuar nas ações de promoção e proteção as ações de saúde nas comunidades indígenas. Esta pesquisa foi realizada com intuito de analisar o processo reflexivo da formação do Agente Indígena de Saúde com perspectiva de uma abordagem da integralidade e intercultural. A investigação se baseou na análise dos seguintes documentos: Relatório da oficina de ouvidoria, dois módulos do curso, e relatórios de execução dos dois módulos. A pesquisa se utilizou de uma abordagem qualitativa, fazendo uso da técnica de análise de conteúdo compondo-se em três fases: pré-análise, descrição analítica e interpretação inferencial. Os resultados permitiram observar uma aproximação entre os módulos do curso com os relatórios de execução e um distanciamento dos relatórios das oficinas de ouvidoria, com predominância na concepção do processo saúde-doença biologicista e higienista/preventivista, práticas educativas verticalizadas e individuais, processo de trabalho fragmentado com modelo de atenção à saúde campanhista, proposta de formação prescritiva e relações interculturais com predominância à homogeneização da cultura dominante. Na síntese propositiva apontamos como aspectos a ser contemplados na formação: A concepção do processo saúde-doença baseado na determinação social; processo de trabalho baseado no novo conceito de promoção da saúde; práticas educativas emancipatórias; formação que leve em consideração a interculturalidade e práticas pedagógicas que caracterizam um currículo intercultural..

**PALAVRAS-CHAVE:** Formação. Integralidade. Interculturalismo.

SILVA, VÂNIA MARIA LIMA DA. **The Indigenous Health Agent Educational Background: a reflexive process by an approaching perspective for the integrality of and an intercultural curriculum.** Dissertation (Master's Degree in Health and Management of Work) - University of Vale do Itajaí - UNIVALI, Itajaí (SC), 2009.

## ABSTRACT

Based on the presupposition that the Indigenous Health Agent needs to take into account intercultural elements in his/her pedagogical practice and be guided by integral health contents when promoting and protecting health, this investigation was carried out in order to analyze the reflexive process in the professional qualification of an Indigenous Health Agent within an intercultural and integral approach. The investigation was based on the following documents: auditing workshop report; two modules of the course; and the reports of the two modules. The study used the qualitative approach, with a technical analysis in three phases: pre-analysis, analytical description, and inferential interpretation. Results enabled to observe a link between the modules of the course and their reports, and a distancing between the workshop reports, with the conception of the health-sickness process being predominantly biologicist and hygienist/ preventative, and educational practices that are vertical and individual, a work process that is fragmented, and a health attention model of the campaign type, with prescriptive qualification and intercultural relations that predominantly favor homogenization of the prevailing culture. Possible alternatives were pointed out considering the results based on the conception of a qualification grounded on integral and intercultural elements. In the proposed synthesis some aspects to be contemplated were pointed out, such as: The conception of the health-sickness process based on the social determination; work's process based on a new concept of health promotion; schooling instructions which take into account interculturality and pedagogical practices that characterize an intercultural curriculum.

**KEYWORDS:** Qualification. Integral. Intercultural.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 01</b>	Compreensão dos níveis de atenção saúde	27
<b>Figura 02</b>	Modelo de relação causal do Processo Saúde-Doença	40
<b>Figura 03</b>	Vínculos positivos nas relações sociais	50
<b>Figura 04</b>	Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha	58
<b>Figura 05</b>	Documentos analisados	61
<b>Figura 06</b>	Análise do Processo Formativo do AIS	66
<b>Figura 07</b>	Categorias e Subcategorias	67
<b>Figura 08</b>	Vista Área do Município de Jordão	109
<b>Figura 09</b>	Ayorenka Atãme Saberes da Floresta, onde aconteceram as aulas	109
<b>Figura 10</b>	Escola IXUBAI RABUY PUYANAWÁ, onde aconteceram as aulas	109
<b>Figura 11</b>	Atividades Práticas- AIS do Polo de Marechal Thaumaturgo	118
<b>Figura 12</b>	Molduras realizadas pelos educandos do Pólo Base de Jordão	125
<b>Figura 13</b>	A concepção do processo saúde-doença e promoção da saúde	136
<b>Figura 14</b>	Característica do processo de trabalho das equipes de saúde do Pólo Base	138
<b>Figura 15</b>	Característica relativa aos padrões culturais, relações interculturais e da identidade/diferença	144

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 01</b>	Diferença entre atenção médica convencional e atenção primária	38
<b>Quadro 02</b>	Uma Taxonomia de Necessidades de Saúde	47
<b>Quadro 03</b>	Codificação dos Documentos da Pesquisa	59
<b>Quadro 04</b>	Grupos de Categorias e Subcategorias do relatório da oficina de ouvidoria	69
<b>Quadro 05</b>	Grupo de Categorias e Subcategorias dos Módulos: Introdutório, Saúde da Mulher, Criança e Saúde Bucal	90
<b>Quadro 06</b>	Categoria e Subcategorias dos Relatórios de Execução dos Módulos	110
<b>Quadro 07</b>	Característica do Processo Formativo do Curso dos AIS	141

## LISTA DE SIGLAS UTILIZADAS

<b>AIS</b>	Agente Indígena de Saúde
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>AP</b>	Atenção Primária
<b>ETSMMR</b>	Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha.
<b>ET-SUS</b>	Escola Técnica em Saúde
<b>CASAI</b>	Casa de Saúde do Índio
<b>CIB</b>	Comissão Intergestora Bipartite
<b>CIMI</b>	Conselho Indigenista
<b>CISI</b>	Comissão Intergestora de Saúde Indígena
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>COSAI</b>	Coordenação de Saúde do Índio
<b>CIT</b>	Comissão Intergestora Tripartite
<b>CORE</b>	Coordenação Regional
<b>DSEI</b>	Distrito Especial Indígena
<b>DEOPE</b>	Departamento de Operações - DEOPE
<b>FUNASA</b>	Fundação Nacional de Saúde
<b>GM</b>	Gabinete do Ministro
<b>IAB-PI</b>	Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas.
<b>IAE-PI</b>	Incentivo a Atenção Especializada dos Povos Indígenas.
<b>ISA</b>	Instituto Socioambiental
<b>LDB</b>	Lei de Diretrizes e Base
<b>SIASI</b>	Sistema de Informação em Saúde Indígena.
<b>SPI</b>	Subsistema de Saúde Indígena
<b>TI</b>	Terra Indígena
<b>SUSA</b>	Serviço de Unidade Sanitária Aérea
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>SNT</b>	Serviço Nacional de Tuberculose
<b>UNIVALI</b>	Universidade do Vale do Itajaí
<b>UNICEF</b>	Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para infância
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana de Saúde
<b>OPIN</b>	Organização dos Povos Indígenas



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>15</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	<b>22</b>
2.1 A História da Implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde do Índio	<b>23</b>
2.2 Atenção à Saúde dos Povos Indígena	<b>28</b>
2.3 Agente Indígena de Saúde – AIS	<b>32</b>
<b>3 MARCO TEÓRICO</b>	<b>35</b>
3.1 Atenção Primária à Saúde: Conceitos e Abordagens	<b>36</b>
3.2 A Integralidade na Formação	<b>42</b>
3.3 Integralidade e Necessidades de Saúde	<b>45</b>
3.4 Educação e Cultura	<b>48</b>
3.5 Identidade e Currículo	<b>53</b>
3.6 Currículo Intercultural	<b>54</b>
<b>4 METODOLOGIA</b>	<b>56</b>
4.1 Tipo de Pesquisa	<b>57</b>
4.2 Cenário de Estudo	<b>57</b>
4.3 Fonte da Pesquisa	<b>59</b>
4.4 Aspectos Éticos da Pesquisa	<b>60</b>
4.5 Coleta de Dados	<b>60</b>
4.6 Processo de Análise	<b>63</b>
<b>5 CONHECENDO AS NECESSIDADES DOS INDÍOS A PARTIR DO RELATÓRIO DA OFICINA DE LEVANTAMENTO DO PERFIL PROFISSIONAL DO AIS</b>	<b>68</b>
5.1 Práticas Pedagógicas	<b>70</b>
5.1.1 Formação	<b>70</b>
5.1.2 Padrões Culturais.	<b>72</b>
5.1.3 Relações Interculturais	<b>77</b>
5.1.4 Identidade/diferença	<b>78</b>
5.2 Ações Integrais	<b>79</b>
5.2.1 Promoção	<b>79</b>
5.2.2 Cuidado	<b>84</b>
<b>6 PROPOSTA DE FORMAÇÃO APRESENTADA NOS MÓDULOS: INTRO-</b>	<b>89</b>

## **DUTÓRIO, SAÚDE DA MULHER, CRIANÇA E SAÚDE BUCAL**

6.1 Ações Integrais	91
6.1.1 Promoção da Saúde	91
6.1.2 Cuidado	96
6.2 Práticas Pedagógicas	101
6.2.1 Identidade/diferença	101
6.2.2 Relações Interculturais	102
<b>7 ANALISANDO O CURSO EM MOVIMENTO A PARTIR DOS RELATÓ- RIOS DE EXECUÇÃO DOS MÓDULOS:INTRODUTÓRIO, SAÚDE DA MULHER, CRIANÇA E SAÚDE BUCAL.</b>	
7.1 Ações Integrais	111
7.1.1 Processo de Trabalho	111
7.1.1.1 Planejamento	111
7.1.1.2 Organização da Assistência	112
7.2 Práticas Pedagógicas	114
7.2.1 Formação	114
7.2.1.1 Processo de Mediação	114
7.2.1.2 Motivação	117
7.2.2 Relações Interculturais	126
7.2.3 Identidade/diferença	128
<b>8 SÍNTESE PROPOSITIVA</b>	<b>134</b>
8.1 Ações Integrais	135
8.2 Práticas Pedagógicas	140
<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>147</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>151</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>160</b>
APÊNDICE A - Termo de Aceite de Orientação	161
APÊNDICE B- Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Uni- versidade do Vale do Itajaí	162
APÊNDICE C - Termo de autorização para a coleta de dados	163





## **INTRODUÇÃO**

## 1 INTRODUÇÃO

Natural de Cruzeiro do Sul, segundo maior município do Estado do Acre, a pesquisadora exerceu sua vida acadêmica na capital Rio Branco. Ao final de 1988, recebeu o grau de Bacharelado em Enfermagem com complementação pedagógica pela Universidade Federal do Acre - UFAC, o que oportunizou o direito de lecionar no Ensino Médio.

Como educadora sempre esteve envolvida com formação de recursos humanos, primeiramente como professora de Ensino Fundamental e Médio para jovens e adultos, posteriormente, como professora substituta do Departamento de Ciências da Saúde do Curso de Enfermagem da UFAC.

Em 1996 assume a coordenação do Departamento de Recursos Humanos da Secretaria Estadual de Saúde, cujo objetivo era somente realizar treinamentos sobre relações humanas para o serviço de saúde e algumas capacitações pontuais, solicitadas pelas coordenações da Atenção Básica.

A busca por “algo a mais” na formação de pessoas para área da saúde sempre foi uma constante. As capacitações pontuais não conseguiam responder as necessidades dos serviços, portanto buscou a profissionalização de trabalhadores de nível médio para atuarem na redução da mortalidade infantil em municípios de difícil acesso e com riscos de sobrevivência para crianças menores de cinco anos.

Em 2001, assumiu a Coordenação Geral do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem no Estado dando início ao nascimento da Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha responsável, atualmente pela educação profissional de nível médio na área de saúde no estado.

O nascimento da ETSUS-AC deu-se num momento estratégico em que o Ministério da Saúde lançava a Chamada Pública para oferta do Projeto de Qualificação Profissional aos Trabalhadores da Saúde, na Área de Enfermagem – PROFAE.

Carecendo da formação de pessoas qualificadas na Área da Saúde, o Estado do Acre, marcado até então pelo isolamento geográfico, viu na Escola de Enfermagem criada através de Decreto Governamental no ano de 1964 uma possibilidade de aderir à referida chamada nacional.

Assim, através de Decreto Governamental a Escola de Enfermagem passou a ser a Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha, que deveria atender não apenas a Área da Enfermagem, mas as demais subáreas da Saúde.

A construção e estruturação da Escola receberam investimentos federais, por meio do Ministério da Saúde, assim como por parte do poder público estadual, através do Governo do Estado. Além disso, ressalta-se que também foram feitos investimentos em capacitação dos gestores docentes e equipe técnica, visando o fortalecimento das ações pedagógicas.

Olhar, hoje, para a Escola Técnica em Saúde do Acre – ETSUS/AC significa percorrer um caminho de muitas voltas, que vai desde o seu nascimento até o modo como formula e implementa seu processo de trabalho, como membro pertencente da Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde - RETSUS.

Como militante na formação de recursos humanos de nível médio para área da saúde, participou junto à equipe na ETSMMR de todos os processos de consolidação, enquanto instituição de ensino. Elaboração de Planos de Cursos Técnicos de Nível Médio nas Áreas de Enfermagem, Odontologia, Análises Clínicas, Agente Comunitário de Saúde, Cuidador de Idosos com Dependência, além da elaboração do Projeto Político Pedagógico, Plano de Desenvolvimento Institucional e Projeto PROFAE.

Foi com esse espírito que esteve a disposição da Escola para coordenar o curso de Agente Indígena de Saúde – AIS passando a conhecer parte da história e da cultura das etnias dos nossos ancestrais como também os problemas enfrentado pelo o curso.

A partir dessas experiências, encontrou através do mestrado em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, oferecido à Rede de Escolas Técnicas do SUS - RETSUS, a oportunidade de realizar um estudo sobre a formação dos AIS.

No Acre, como no Brasil, os povos indígenas passam por processos de exclusão nos sistemas educacional e de saúde. Isso se apresenta muito marcado quando se discute as políticas públicas voltadas para as comunidades autóctones, uma vez que essas, a maioria das vezes, são apenas adaptações de ações utilizadas para as populações ocidentais.

As Organizações dos Povos Indígenas têm buscado junto ao Governo do Estado ações que valorizem, e ao mesmo tempo fortaleçam a diversidade e a identidade cultural de cada etnia.

A necessidade por formação profissional tem chegado às Terras Indígenas, impulsionando as lideranças a buscar, através das instituições governamentais, a formação profissional, principalmente na área da saúde.

O processo de formação na área de saúde para estes povos tem atravessado períodos críticos. Desde 1999, com a criação dos Distritos Sanitário Especial Indígena, que definiu a base territorial e assumiu a responsabilidade sanitária e a rede de serviço, foi iniciado um processo de capacitação para Agente Indígena de Saúde – AIS, por meio de uma Organização não Governamental – ONG que não conseguiu concluir o módulo introdutório.

Em 2004, a Fundação Nacional de Saúde – FUNASA assumiu esta formação sem nenhum registro do processo já iniciado, recomeçando a partir do mesmo módulo.

Considerando não ser instituição de ensino e certificadora de processos formativos a FUNASA estabeleceu um diálogo com a Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha objetivando a certificação.

Reconhecendo seu papel, enquanto unidade de ensino para fortalecimento do SUS, por meio da oferta da formação técnica de nível médio, a Escola viu-se diante do desafio de atender a referida demanda. Competia um desafio à Escola buscar conhecer:

- a) Quem são esses atores?
- b) Qual sua cultura?
- c) O que esperam dessa formação?
- d) O que está estabelecido enquanto processo de formação é adequado à sua realidade?
- e) Qual a expectativa das comunidades indígenas após a formação dos AIS?

Nasceu, portanto, a necessidade da abertura de um diálogo. Para tanto, a Escola promoveu uma oficina, nominada pela equipe, como oficina de ouvidoria cujo objetivo era discutir com as lideranças e profissionais envolvidos com a saúde e a educação dos índios, o perfil profissional do agente indígena de saúde. Esta prática na Escola, representa um espaço de diálogo, em que diferentes atores são convidados a discutir, sob vários olhares, a temática em questão.

Ao mesmo tempo em que aconteciam as oficinas de ouvidoria, uma parte da equipe de aprendizagem da Escola se encontrava nas aldeias para o primeiro

acompanhamento pedagógico do módulo introdutório para 36 AIS, distribuídos em cinco municípios de difícil acesso no estado. Algumas considerações são mencionadas no relatório de viagem elaborado pela equipe de aprendizagem (ACRE, 2007):

- a) Conteúdos descontextualizados da realidade indígena;
- b) Despreparo dos formadores em determinados procedimentos metodológicos;
- c) Falta de iniciativa e pró-atividade para dar dinamismo e compreensão no processo de aprendizagem;
- d) Material didático sem ilustrações e descontextualizado;
- e) Formulário de avaliação complexo para o nível de alfabetização dos indígenas.

A proposta em andamento é uma construção da FUNASA, possui um currículo baseado em competência, com material didático pronto, incluindo os conteúdos necessários distribuídos em seis módulos: Introdutório, doenças endêmicas, DST/AIDS, parasitos intestinais e doenças de pele, saúde da mulher, criança e saúde bucal, saúde do adulto e atendimento de urgência. Com uma carga horária de 1.080 horas, sendo que, os momentos de concentração são de 700 horas e os momentos de dispersão de 380 horas. Devido à extensa carga horária e a dificuldade de acesso às aldeias, tem ocorrido atualmente um grande número de desistência e a substituição dos cursistas pelas lideranças.

A partir disso, questionou como esta formação em andamento, apresentada à Escola, desconectada da realidade das comunidades indígenas, poderá dar conta de preparar o Agente Indígena de Saúde para enfrentar os problemas como o desmatamento intenso, conflitos constantes com madeireiros, poluição dos rios, regularização das terras, altos índices de desnutrição infantil, alcoolismo, equipes multidisciplinar com grande rotatividade, subsistema de saúde indígena com problemas de gestão e de recursos financeiros, pouca participação dos índios nos planejamentos e diretrizes de políticas para as terras, multiplicidades étnicas e lingüísticas.

Portanto, faz-se necessário aprofundar as discussões a respeito dos seguintes pressupostos:

- a) Sendo as práticas pedagógicas um eixo articulador do currículo com a cultura, elas precisam proporcionar construção de diálogos horizontais para

a promoção de relações entre os diferentes, ênfase no sujeito da relação, ressaltar as diferenças para oportunizar aprendizagem, resgatar os sistemas simbólicos cultural dos grupos para aumentar a chance de uma relação intercultural digna.

b) Visão mais ampliada do processo saúde-doença considerando o universo espiritual dos povos indígenas;

c) Resgate aos conhecimentos da medicina tradicional;

d) Atuação nas ações de promoção e proteção;

e) Formação que gere o empoderamento dos sujeitos para enfrentamento dos problemas.

O Modelo de Formação deve estar alicerçado no princípio da **integralidade e na interculturalidade** para que se possa ter uma formação que atenda às necessidades das comunidades indígenas. Sendo necessário que haja mudança na formação sob a perspectiva da integralidade, bem como uma visão ampliada da saúde, onde os profissionais observam a realidade social e articulam práticas interdisciplinares (SILVA, SENA, 2006).

Candau (2008) afirma que na perspectiva intercultural deve haver uma educação para o reconhecimento do outro, para o diálogo entre os diferentes grupos sociais e culturais. Uma educação para a negociação cultural, que enfrenta os conflitos provocados pela assimetria de poder entre os diferentes grupos socioculturais nas nossas sociedades e é capaz de favorecer a construção de um projeto comum, pelo qual as diferenças sejam dialeticamente incluídas.

Portanto este estudo objetivou analisar o processo de formação dos Agentes Indígenas de Saúde sob a perspectiva da integralidade e de um currículo intercultural identificando nos documentos analisados elementos da integralidade nos conteúdos e elementos da interculturalidade nas práticas pedagógicas.

Para tanto, o estudo foi desenvolvida utilizando como opção metodológica a análise de conteúdo buscando as fontes dos dados nos relatórios das oficinas de ouvidoria, relatórios de execução e análise dos dois módulos realizados.

No Capítulo 2, apresento um histórico da implantação da Política Nacional de Atenção a Saúde do Índio, o modelo de atenção à saúde, atenção à saúde dos povos indígenas do Acre e o Agente Indígena de Saúde.

No capítulo 3, apresento o marco teórico desta pesquisa explanando os conceitos de atenção primária, integralidade e formação, integralidade e

necessidades de saúde, educação e cultura, identidade e currículo, currículo e interculturalidade.

Na seqüência, o capítulo 4 destaca o caminho metodológico utilizado no estudo.

No Capítulo 5, apresento a análise dos dados, mostrando as necessidades dos índios.

Em seguida, no Capítulo 6, contém a proposta de formação com análise dos dois módulos do curso do AIS.

No Capítulo 7, o curso em movimento com análise dos relatórios de execução dos dois módulos já realizados pela FUNASA.

O Capítulo 8, o estudo apresenta uma síntese propositiva que reúne elementos capazes de nortear reformulação das práticas pedagógicas sob a perspectiva da integralidade e a interculturalidade..

O Capítulo 9 é tecido algumas considerações sobre o trabalho desenvolvido.

Com este estudo espero contribuir, não só para o conhecimento a cerca da temática, mas também oferecer subsídios para a elaboração da formação dos Agentes Indígenas de Saúde às Escolas Técnicas do SUS que trabalham com áreas indígenas.

## **CAPÍTULO - 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**



## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo tem o propósito de revelar as características do modelo de atenção à saúde dos povos indígenas fazendo um resgate histórico da implantação da Política Nacional de Atenção a Saúde do Índio.

Procuro relacionar o modelo de atenção à saúde dos povos indígenas com a proposta de construção de um sistema de saúde baseado em Atenção Primária por considerar que as necessidades de saúde indígena precisa ser alicerçada pelos princípios e valores deste sistema.

Destaco alguns estudos que mostram a situação de saúde dos índios do Acre; bem como, apresento ainda, o papel do Agente Indígena de Saúde dentro do subsistema de saúde indígena com objetivo de esclarecer o leitor a respeito desta profissão.

### 2.1 A HISTÓRIA DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ÍNDIO

Para melhor compreender o processo histórico da implantação da Política Nacional de Saúde Indígena serão utilizados como referência Costa (1987), Langdon (1999), Brasil (2002), e Brasil (2007).

Segundo Costa (1987), a Colonização do Brasil registrou desde o início, um processo de extermínio da população indígena. A terra sempre foi motivo de cobiça dos colonizadores que almejavam o controle e o uso absoluto dela, portanto, os índios sempre se constituíram um empecilho a esse processo de dominação e nenhuma razão havia para preservá-los. Neste período, as relações com os nativos foram mediadas, principalmente, por missões religiosas que procuraram mudar o padrão cultural destes povos com a finalidade de “salvar suas almas” modelando-os de acordo com os padrões europeus religiosos, o que efetivamente levou diversas tribos ao extermínio.

Em 1910 foi criado o Serviço de Proteção aos Índios – SPI, que marcou uma mudança importante na política indigenista, deixando esta de ser de

responsabilidade da igreja. Foi formulada uma legislação que garantia ao autóctone o respeito a sua cultura e o direito a sua terra. Apesar dos avanços desta legislação, na prática, os índios continuaram a ser escravos e violentados nos seus direitos (COSTA, 1987). Antes da criação do Serviço de Proteção aos Índios (SPI) o atendimento à saúde era realizado ocasionalmente pelos missionários religiosos (LANGDON,1999).

Um dos objetivos do SPI era atender aos problemas de saúde das populações indígenas, já que os serviços de saúde sempre foram esporádicos e desorganizados.

Outros serviços foram criados com o objetivo de atender aos povos indígenas que deles se utilizam.

Em 1956, o Serviço Nacional de Tuberculose (SNT) se juntou com o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) para dar atendimento as populações indígenas isoladas. E atendeu em parte a saúde indígena na época da SPI. Porém, os índios menos isolados não foram atendidos por esses serviços (LANGDON,1999).

O Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas – SUSA, que objetivava ações de saúde aos índios e às populações rurais de difícil acesso. Essas ações não se restringiram somente ao controle da tuberculose, mas contemplou-se também a vacinação, atendimento odontológico e às doenças transmissíveis (COSTA, 1987).

Após várias tentativas, em 1967, foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) que estabeleceu setores orientados em atender os problemas de saúde dos índios. Foram então estabelecidos postos de saúde dentro das áreas indígenas visando atender as necessidades de saúde de atenção primária e este entendimento foi realizado por equipes volantes de médicos que visitavam *infreqüentemente* as áreas (LANGDON,1999).

Em tese, 90% dos problemas de Saúde deveriam ser resolvidos no próprio Posto Indígena. Os casos mais difíceis seriam encaminhados para as unidades de saúde com as quais a FUNAI mantinha convênios, dentre eles, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, a Secretaria de Saúde dos Estados, o Fundo de Assistência Previdenciária do Trabalhador - FUNRURAL, a Superintendência de Campanhas de Saúde SUCAM etc. (LANGDON,1999).

Antes da realização da primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, a situação de assistência era caracterizada pela falta de uma rede eficiente

de atendimento, infra-estrutura e profissionais capacitados para trabalhar com as especificidades culturais dos povos indígenas. Além disso, não existiam dados sobre a situação epidemiológica dos grupos indígenas e nenhuma instituição era encarregada de centralizar os dados sobre a saúde indígena. Ainda mais, a FUNAI com seus vários problemas, se sentia incapaz de atender às necessidades de saúde indígena, pretendia abandonar as questões de educação e saúde para cuidar somente das demarcações das terras (LANGDON, 1999).

Em 1986, aconteceu a primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde dos Índios. Dois princípios gerais resultaram da primeira conferência: a necessidade urgente da implantação de subsistema de saúde específica, vinculado ao gestor do SUS, que garanta ao índio o direito universal à saúde; o outro diz respeito às especificidades culturais e práticas tradicionais de cada grupo, recomendando o acompanhamento de antropólogo nos programas de saúde e a participação das comunidades nos serviços de saúde (LANGDON, 1999).

A Constituição de Federal (CF) de 1988 estabeleceu em seu artigo 138 as regras gerais do Sistema Único de Saúde (SUS) regulamentado pelas Leis: 8.080/90, e 8.142/90. No âmbito da União, a gestão será exercida pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2002).

Concomitantemente a esse processo foram tomadas algumas providências administrativas. Em fevereiro de 1991, o Decreto Presidencial nº. 23 transferiu para o Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde destinadas aos povos indígenas, estabelecendo os Distritos Sanitários Especiais Indígenas como base da organização dos serviços de saúde.

Em consequência, foi criada junto ao Ministério da Saúde a Coordenação de Saúde do Índio - COSAI, subordinada ao Departamento de Operações - DEOPE – da Fundação Nacional de Saúde, com a atribuição de implementar o novo modelo de atenção à saúde indígena.

Em outubro de 1992, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), criou a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), tendo como principal atribuição assessorar o Conselho Nacional de Saúde - CNS na elaboração de princípios e diretrizes de políticas governamentais no campo da saúde indígena (BRASIL, 2002).

Em 1993, aconteceu a segunda Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas que reiterava a defesa do modelo de atenção à saúde das populações indígenas, o qual deveria ser ligado diretamente ao MS e administrado

por Conselhos de Saúde com participação indígena. A defesa da criação de uma secretaria especial no Ministério da Saúde para a gestão da política de atenção à saúde para os povos indígenas foi também uma ação proposta na conferência.

O Subsistema de Saúde Indígena (SSI) é parte integrante do Sistema Único de Saúde estabelecido pela lei 9.836 de 23 de setembro de 1999 denominada de Lei Sergio Arouca, que acrescenta dispositivos à lei 8.080, de 19 de setembro de 1999, que dispõe sobre as condições para a promoção e proteção da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (BRASIL, 2002).

O Ministério da Saúde delegou à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA ) a responsabilidade de órgão executor do desenvolvimentos das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde desses povos, articulando-se com o SUS conforme a portaria nº 1.163/GM de 14 de setembro de 1999 (BRASIL, 2007).

A FUNASA estruturou o Departamento de Saúde Indígena (DESAI), órgão responsável pelo planejamento, coordenação e supervisão das políticas e ações desenvolvidas na área de saúde indígena; implantou os Distritos Especiais Indígenas (DSEI), os Conselhos Locais indígenas, criou o Subsistema de Informação (Siasi), resgatou e possibilitou a realização das Conferências Nacionais de Saúde Indígenas, fortalecendo a participação destes povos na formulação e diretrizes políticas (BRASIL, 2007).

Para tanto os serviços de atenção à saúde dos povos indígenas foram organizados em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis) em todo Brasil. Sendo responsáveis por uma rede de serviços básicos de saúde, com diversas ações realizadas através de convênios firmados com organizações da sociedade civil – associações indígenas e indigenistas e alguns municípios (RICARDO; RICARDO, 2006).

O Pólo-Base, são unidades de referência para atenção básica localizada junto à comunidade indígena ou em um município de referência, neste caso corresponde a uma unidade básica de saúde que compõe a rede do município (BRASIL, 2007).

As Casas de Apoio Indígena funcionam basicamente como locais de alojamento para os índios que necessitam de tratamento fora da aldeia. Constituem-se de apoio entre a aldeia e a rede de serviços do SUS (BRASIL, 2007).

Para melhor compreender o fluxo da atenção diferenciada pelo modelo preconizado, a figura 1 apresenta a compreensão dos níveis de atenção saúde

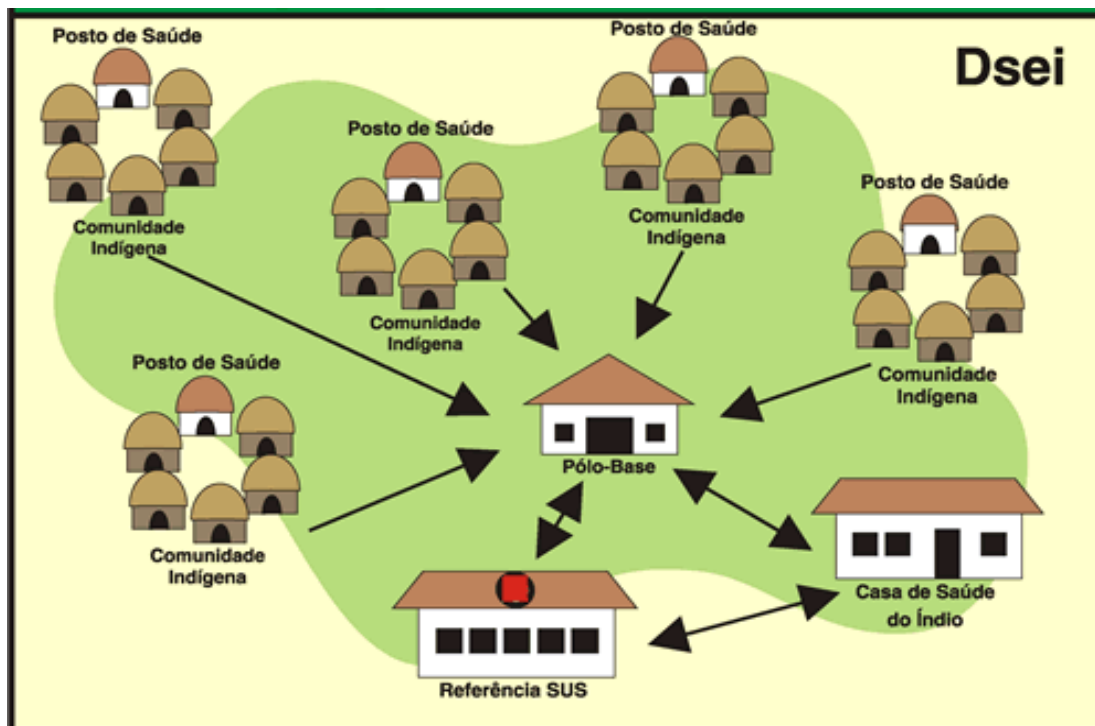


Figura 1 - Compreensão dos níveis de atenção saúde.  
Fonte: BRASIL, 2002.

A Estratégia de Saúde da Família influenciou o desenvolvimento das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena – EMSI. As equipes multidisciplinares de saúde indígena são formadas por profissionais, tais como: enfermeiros, médico, odontólogo, técnico em enfermagem, Agente Indígena de Saúde e Agente Indígena de Saneamento.

Em 2004, a FUNASA divulga as portarias nº 69 e 70 determinando as novas diretrizes da saúde indígena. Com essa ação a FUNASA recupera a execução direta do atendimento e reduz o papel das conveniadas (RICARDO; RICARDO, 2006).

Ainda existem muitos questionamentos referentes ao sucesso da implantação da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. O primeiro questionamento se refere ao sistema de informação da FUNASA, que tem dificultado na avaliação do impacto relacionado com o número dos serviços de saúde, com a prevalência e distribuição de doenças entre a população indígena.

Outro questionamento se refere à atenção diferenciada em que a FUNASA não conseguiu desenvolver diretrizes que orientem efetivamente as equipes de saúde. E a terceira questão está relacionada com o controle social das comunidades indígenas. Até agora, ainda não se tem clareza da participação efetiva dos índios em todos os níveis, existe pouca pesquisa neste sentido (LANGDON, 1999).

O subsistema de saúde indígena foi criado como uma estratégia organizativa da atenção primária à saúde baseado nas necessidades em saúde das comunidades indígenas tendo como base os valores e princípios do SUS.

A OPAS define um sistema de saúde com base na APS como:

[...] uma abordagem abrangente de organização e operações de sistemas de saúde, a qual faz do direito ao mais alto nível possível de saúde sua principal meta, enquanto maximiza a equidade e a solidariedade. Tal sistema é guiado pelos princípios da APS de respostas às necessidades, participação e intersetorialidade. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA..., 2008, p. 8).

Santos e Coimbra Jr. (1994), observam que houve uma ruptura da noção de integralidade neste sistema de saúde indígena. Já que esse vem apresentando práticas sanitárias fragmentadas e ausência de ações intersetoriais. Os documentos normativos do subsistema de saúde repetem princípios genéricos ricos de ações que não se realizam em atividades concretas nas programações anuais dos Dseis nem nas práticas sanitárias da equipe.

## 2.2 ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

A saúde das populações indígenas é resultante da interação de alguns elementos fundamentais: acesso à terra; grau de contato com a sociedade; liberdade para viver sua singularidade; acesso à vacinação e serviços de saúde (YAMAMOTO, 2004). Diante dessa assertiva faz-se necessário conhecer como vivem as comunidades indígenas existentes em nosso país.

Atualmente, a população indígena se compõe de aproximadamente 451 mil índios aldeados, que compõe 220 povos e falam 170 línguas diferentes. Esses

povos estão distribuídos em 618 terras indígenas e ocupam cerca de 10% do território nacional (BRASIL, 2007).

Em algumas regiões a presença indígena é bastante significativa, como no caso de Roraima, que apresenta a maior proporção de população indígena no país cerca de 40 mil índios no total (BRASIL, 2007).

A população indígena brasileira é bastante vulnerável às tensões sociais a expansão econômica, projetos de desenvolvimento, extrativismo, garimpo e atividade madeireira, que ameaçam tanto o meio ambiente quanto à cultura, organização social e a saúde (BRASIL, 2007).

O universo indígena do Acre, Sul do Amazonas e Noroeste de Rondônia é complexo devido à pluralidade de povos encontrados; e relativamente extenso, levando-se em consideração sua dispersão geográfica, já que concentra partes de três estados amazônicos. Segundo a Organização dos Povos Indígenas – OPIN, os povos dessa região estão organizados em 18 etnias, totalizando aproximadamente 18 mil indígenas divididos em cerca de 150 aldeias, falantes de línguas pertencentes às famílias etnolingüísticas Pano, Aruak e Arawá.

Brasil (2006 apud BRASIL, 2007) destaca que na Amazônia Legal a mortalidade infantil de 2002 a 2004, demonstrou índices variados em cada Distrito Sanitário. Exemplo, no Dsei do Alto Juruá (Acre), o índice de mortalidade foi em torno de 49,8 e, em 2004, aumentou para 115,38; no Dsei do vale do Rio Javari (AM), em 2002, o índice foi de 111,1 e, em 2003, aumentou para 150,69.

A mortalidade infantil por desnutrição é preocupante já que em 2004, os dados oficiais apontaram uma média de 47,48 mortes a cada mil índios nascidos vivos, de acordo com a FUNASA (BRASIL, 2007).

Na cultura indígena as causas para as doenças podem ser classificadas em dois grupos: místicas e as naturais. As causas místicas para o sofrimento causado pelas doenças podem vir a incluir as possessões espirituais, quebras de tabus e alterações da alma. As causas naturais incluem fatores relacionados ao meio ambiente, como é o caso da temperatura ambiental: alta ou baixa, da chuva, estação do ano, ou de fatores individuais como estresse, debilidade física ou má alimentação (YAMAMOTO, 2004).

Uma pesquisa intitulada *Etnomedicina Kulina* realizada na aldeia Maranaua, situada no alto Rio Purus, Estado do Acre, focaliza bem as dimensões culturais das crenças e práticas relacionadas à doença. O estudo deixou claro que na saúde dos

adultos não havia nenhum comprometimento sério, mas a das crianças estava comprometida em decorrência de deficiência nutricional. Segundo os padrões alimentares Kulina, os homens adultos são os primeiros a terem acesso à carne e, a seguir, as mulheres alimentam-se com as sobras. Para as crianças sobra normalmente pouca ou nenhuma carne e elas nem podem sequer exigir a mesma quantidade que os adultos (POLLOCK, 1994).

A doença para os Kulinas pode ser de dois tipos, sendo classificadas de acordo com suas causas e tratamentos. O primeiro tipo compreende as que ocorrem fora do corpo, especial na pele. O segundo grupo abrange aquelas doenças que ocorrem dentro do corpo e têm uma origem mística. São os resultados de feitiçaria.

As doenças externas são curáveis com relativa facilidade e são tratadas com ervas. Os acidentes ofídicos são situações graves dentre as causas externas. A categoria de doenças denominadas internas abrange dois tipos, *dori* e *epetukái*. A primeira ataca crianças e adultos, enquanto a última aflige os bebês. Ambas são causadas por substâncias invasoras que ameaçam a vida da vítima. Segundo os Kulinas as doenças do tipo *dori* são causadas por feiticeiros ou xamãs inimigos, que injetam um pouco de substância *dori*, deles próprios, nos corpos de suas vítimas. Já a doença *epetukái* não é causada por feiticeiros, mas tem origem sobrenatural ou mística, relacionando-se a transgressão de tabus alimentares (POLLOCK, 1994).

Para Garnelo (2006), os profissionais de saúde deveriam conhecer as representações sociais e as práticas sanitárias dos indígenas para que se viabilizem interações positivas, capazes de estabelecer campos de comunicação e de viabilidade mútuas entre indígenas e profissionais de saúde, produzindo ações sanitárias pactuadas e eficientes, dirigidas a preservação da saúde e ao controle dos agravos que incidem sobre a população.

Um estudo realizado por Gil (2007) sobre Políticas de Saúde, Pluralidade Terapêutica e Identidade na Amazônia trata sobre o atendimento à saúde aos Yawanawa nas mediações do município de Tarauacá/Acre. Para ele, outrora, os índios eram referência para curar determinados tipos de doenças dos seringalistas usando as técnicas do xamanismo e a utilização de plantas medicinais. No entanto, ao longo do tempo foi-se perdendo esta prática e substituindo-a por práticas biomédicas com o uso demasiado de antibiótico.

Atualmente, há um contexto de revitalização cultural, existindo uma preocupação explícita de recuperar e preservar os conhecimentos tradicionais.



Algumas ações têm se desenvolvido a esse respeito, como a criação de hortas com plantas medicinais e várias pessoas iniciadas no xamanismo, o que não acontecia há cinquenta anos. O xamanismo e o conhecimento das plantas são aspectos das culturas indígenas cada vez mais valorizadas por parte da sociedade ocidental (GIL, 2007).

Quanto à saúde reprodutiva da mulher, o mesmo estudo explica sobre a influência das políticas públicas e o contexto regional no comportamento dos povos mencionados em relação ao cuidado com a saúde, pois apesar de existirem parteiras na aldeia, muitas mulheres Yawanawa recorrem a Tarauacá, município próximo, para dar à luz, com a intenção, muitas vezes, de realizar uma operação de laqueadura de trompa. O agravante é que elas foram influenciadas pelo programa governamental de distribuição de leite para as crianças carentes e deixaram de amamentar exclusivamente ao peito em detrimento ao leite em pó.

Os dados oficiais referentes à situação atual de saúde das crianças indígenas são baseados nas informações enviadas mensalmente pelos Distritos ao DSEI. As infecções respiratórias agudas são as causas do maior número de consultas entre as crianças indígenas; as pneumonias são relatadas como motivo de óbito. A cobertura vacinal não tem atingido as metas determinadas pelo Ministério da Saúde devido a vários fatores que vão desde a não-aceitação à vacina como a dificuldade de acesso. Os dados disponíveis, embora parciais, evidenciam alta taxa de mortalidade infantil, que correspondem três vezes mais às taxas da população infantil não-indígena (YAMAMOTO, 2004).

Evangelista (2006), demonstrou através de um estudo realizado no DSEI do Alto Purus, no Acre, com dados coletados dos relatórios de Gestão da Coordenação Regional, CORE – AC, que no período de 2004 a 2005 houve redução no número de casos de tuberculose e malária, porém, não ficou especificada a faixa etária total da população e o tipo de malária, dificultando assim, uma avaliação da situação efetiva de risco à população.

Não há um estudo específico para identificar a desnutrição no DSEI Alto Rio Purus. Esta morbidade está descrita no relatório de Gestão da CORE-AC, como atividades relacionadas ao cadastramento populacional, visitas domiciliares e avaliação nutricional, porém, não há referência de indicadores, apenas a menção em números (EVANGELISTA, 2006).

Quantos às doenças parasitárias, o estudo demonstrou um aumento no número de casos de verminose, diarreia e dermatose e, no tocante à cobertura vacinal, houve uma melhora considerável na maioria das vacinas. No entanto, a Pólio e Febre Amarela não tiveram o mesmo desempenho, ficando muito aquém da meta proposta pelo Programa Nacional de Imunização.

### 2.3 AGENTE DE SAÚDE INDÍGENA – AIS

Nos relatórios da 2ª e 3ª Conferências Nacionais de Saúde para povos indígenas, realizadas em 1993 e 2001, respectivamente, foram apresentadas diretrizes e princípios para a capacitação do Agente Indígena de Saúde (AIS) com base em experiências acumuladas em quase uma década, visando garantir não só a atenção primária à saúde destas comunidades, como também criar um elemento facilitador da comunicação entre a população indígena e os serviços oferecidos pela rede do SUS (BRASIL, 2002).

Em 1996, a Coordenação da Saúde do Índio (COSAI) da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), apresentou um documento colocando os AIS como figura importante na mediação dos serviços de saúde. A sua formação deve incluir conhecimentos sobre antropologia, política de saúde, organização dos serviços de saúde, técnicas básicas de enfermagem, medicina tradicional, a visão nativa do processo saúde-doença, e a cura e a morte e sua cosmologia para conhecer a especificidade cultural (BRASIL, 1996).

A Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas traz no item *Preparação de recursos humanos em contexto intercultural* a seguinte afirmação:

A formação e a capacitação de indígenas como apropriação de agente de saúde é uma estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, de somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não (BRASIL, 2002 p. 15).

Para ser Agente Indígena de Saúde precisa ser índio indicado pela comunidade, possuir aptidão e interesse para o trabalho na área de saúde, responsabilidade e liderança, que possa representar a comunidade em reuniões do setor saúde, boa comunicação na língua portuguesa, enfim, ter disponibilidade para trabalhar as questões de saúde de sua comunidade (BRASIL, 2002).

Com a criação do Subsistema de Saúde, o modelo de atenção diferenciada, o papel dos AIS ganhou grande destaque, passou a ser um elo entre a comunidade indígena e a equipe multiprofissional, além de mediar entre as duas medicinas participando da atenção primária.

O AIS deve ser, ao lado de lideranças religiosas e pajés, o personagem fundamental para incentivar e assegurar o resgate do sistema de cura tradicional destas populações e não apenas multiplicador de informações e incentivador da participação das comunidades em nosso sistema de assistência à saúde (BRASIL, 2002, p. 33).

Estudiosos como Baruzzi (2007), Gil (2007) e Langdon (2007) ressaltam a importância do trabalho do Agente Indígena de Saúde nos seus estudos para a redução dos indicadores de morbidade e mortalidade nas aldeias, além de constituir um elo entre a equipe e a comunidade.

No documento que fundamenta a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas define que a capacitação dos AIS deva ocorrer preferencialmente em serviço e de forma continuada, sob a responsabilidade do instrutor-supervisor lotado na equipe de saúde dos Distritos, com a participação e colaboração de outros profissionais do serviço.

Menciona ainda que, a formação dos AIS seja elaborada dentro dos marcos preconizada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB (Lei nº 9.394/96), que aponta a formação para a construção de competências/habilidades objetivando a continuação da profissionalização tanto no nível médio, técnico, e superior, tecnológico (BRASIL, 2002).

Algumas considerações levantadas através de um estudo sobre a participação dos AIS nos serviços de saúde em Santa Catarina trazem reflexões sobre a formação e atuação dos AIS. Observou-se ali, a grande rotatividade deste profissional, relações conturbadas na equipe e entre essa e a comunidade, ausência

de reconhecimento profissional da categoria de agente indígena de saúde pelos membros das equipes multidisciplinares e pelos profissionais de saúde na rede de referência do SUS (LANGDON, 2007).

## **CAPÍTULO - 3 MARCO TEÓRICO**

### 3 MARCO TEÓRICO

Os dois eixos teóricos que norteiam este trabalho estão aqui delineados: O primeiro refere-se a integralidade como elemento norteador da formação e das práticas de saúde, iniciando com a integralidade na prática de Atenção Primária, em seguida apresento um resgate histórico dos modelos de formação e na seqüência a integralidade e necessidades de saúde.

No segundo eixo, apresento referenciais direcionados para compreensão da cultura como sistema simbólico, cultura e educação, identidade e currículo, currículo e interculturalidade.

#### 3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONCEITOS E ABORDAGENS

Em 1920, na Grã-Bretanha, foi divulgado um documento oficial (Lord Dawson), tratando da organização do sistema de serviços de saúde. Distinguiu três níveis de serviços de saúde: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola (STARFIELD, 2002).

Esta formulação deu origem ao conceito de regionalização: um sistema planejado para responder a vários níveis de necessidade de serviços médicos da população (STARFIELD, 2002).

Em 1978, realizou-se a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Atá, antiga URSS, promovida pela Organização Mundial da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) .

O consenso naquela cidade alcançado foi confrontado pela Assembléia Mundial de Saúde em uma reunião subsequente, em maio de 1979.

A atenção primária à saúde foi definida como:

São cuidados essenciais de saúde, baseados em modelos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (BRASIL, 2001, p. 16).

Na introdução da Declaração de Alma-Atá, afirmou-se que a Atenção Primária à Saúde (APS) era importante para ser alcançada em todos os países do mundo em um futuro previsível e num nível aceitável de saúde, que fizesse parte do desenvolvimento social e se inspirasse em um espírito de justiça. Essa meta foi proposta para o ano 2000.

Essa Conferência especificou que os componentes fundamentais da atenção primária à saúde eram: educação em saúde; programas de saúde materno-infantis, inclusive imunização e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; fornecimentos de medicamentos essenciais, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição adequada; saneamento básico; previsão adequada de água de boa qualidade; tratamentos adequados de doenças e lesões comuns; e medicina tradicional (BRASIL, 2001).

Starfield (2002) conceitua APS, como um nível de sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas. O enfoque da atenção é a pessoa, não a enfermidade. Sendo assim, a APS pode ser compreendida como uma tendência, relativamente recente, de se inverter a priorização das ações de saúde, de uma abordagem curativa, desintegrada e centrada no papel hegemônico do médico, para uma abordagem preventiva e promocional, integrada com outros níveis de atenção e construída de forma coletiva com outros profissionais de saúde (STARFIELD, 2002).

A mesma autora ainda ilustra de forma clara as diferenças essenciais entre a atenção primária à saúde e a atenção médica convencional (Quadro 1).

CONVENCIONAL	ATENÇÃO PRIMÁRIA
<b>Enfoque</b> Doença Cura	Saúde Prevenção, atenção e cura.
<b>Conteúdo</b> Tratamento Atenção por episódio Problemas específicos	Promoção da saúde Atenção continuada Atenção Abrangente
<b>Organização</b> Especialistas Médicos Consultório individual	Clínicos gerais Grupos de outros profissionais Equipe
<b>Responsabilidade</b> Apenas setor de saúde Domínio pelo profissional Recepção passiva	Colaboração Intersetorial Participação da comunidade Auto- responsabilidade
Quadro 1- Diferença entre atenção médica convencional e atenção primária à saúde. Fonte: STARFIELD, 2002.	

O conceito de “atenção primária”, em algumas situações, vem sendo confundido como sinônimo de “atenção básica”. O Ministério da Saúde posicionou na Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 o conceito de Atenção Básica como Atenção Primária:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2006a).



Outra política nacional que trata da atenção primária é a Política Nacional de Promoção da Saúde, regulamentada pela Portaria nº 687, de 30 de março de 2006 que aprovou a política de Promoção.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS):

- a) utiliza um conceito ampliado de saúde;
- b) busca ampliar a autonomia e a co-responsabilidade da população no cuidado integral à saúde procurando reduzir as desigualdades, no contexto social atentando para as questões específicas como gênero, etnias e raças, entre outras e;
- c) busca pela mudança do modelo assistencial médico-hospitalocêntrico, baseada na atenção especializada e fragmentada (BRASIL, 2007a).

Da atenção primária proposta em Alma-Ata surgiram derivações que apontam o que se considerava avanço ou especificidade em relação à proposta original. Portanto, tem-se atenção primária à saúde, atenção primária seletiva, atenção primária orientada para a comunidade e, mais recentemente, a atenção primária renovada (BRASIL, 2007a).

Kark (1983 apud BRASIL, 2007a), descreve atenção primária seletiva como um conjunto de atividades e serviços para controle de doenças endêmicas, monitoramento do crescimento, técnicas de reidratação oral, amamentação e imunização. Algumas vezes incluíam complementação alimentar, alfabetização de mulheres e planejamento familiar, educação em saúde, promoção da saúde mental. Deve ser diferenciada da atenção primária orientada para a comunidade, que é uma terminologia utilizada para uma abordagem de atenção primária para áreas rurais da África do Sul na década de 1940.

Cutolo (2006) assume o princípio da APS ampliada, voltada à comunidade como um processo saúde-doença voltado para os determinantes sociais sem negar os condicionantes ecológicos-ambientais; mas, também, entende-os como hierarquicamente subjugado à forma como nossa sociedade se organiza.

A Figura 2 esquematiza as relações de causalidade:

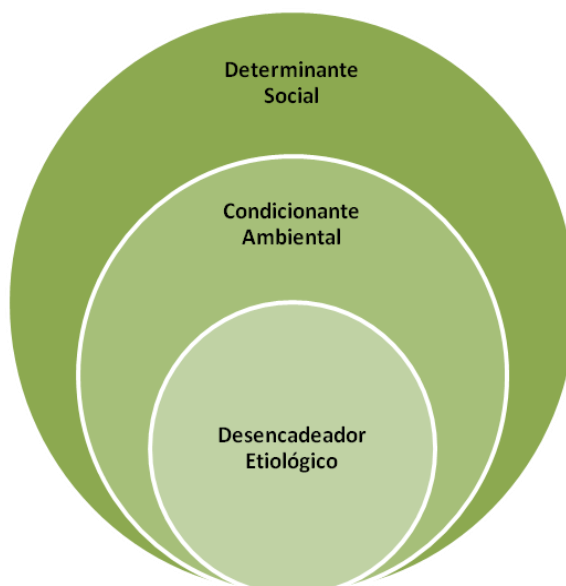


Figura 2: Modelo de relação Causal do Processo Saúde Doença.  
Fonte: CUTOLO, 2006.

Segundo Starfield (2002), atenção primária voltada para comunidade é uma abordagem que utiliza habilidades epidemiológicas e clínicas de forma complementar para ajustar os programas para que atendam às necessidades de saúde de uma população definida.

A utilização da epidemiologia crítica (social) subsidiará a equipe de APS à sistematização do conhecimento da prevalência dos problemas comunitários e os elementos que a comunidade dispõe para seus enfrentamentos. (CUTOLO, 2006).

O autor ressalta dentro do contexto da orientação comunitária uma outra categoria, que é a participação social. Esta participação vai além de uma participação dos usuários nos processos decisórios nos Conselhos Locais de Saúde. Os movimentos sociais podem ser instrumentos de empoderamento tão legítimo quanto os CLS.

Outra característica da APS é o primeiro contato que segundo Starfield (2002), implica acessibilidade e uso do serviço para cada novo problema pelo qual as pessoas buscam atendimento. Este ponto de primeiro contato é conhecido como porta de entrada ao sistema de saúde. A ausência de uma porta de entrada faz com

que a atenção adequada possa não acontecer como conseqüência à elevação de gastos adicionais.

Segundo Cutolo (2006), a universalidade significa a garantia legal do direito à atenção à saúde e a acessibilidade é a facilitação dos fluxos ao direito aos serviços de saúde. APS não pode ser considerada como uma medicina de má qualidade e para pobres, mas como um “cuidado de saúde” para todos.

A acessibilidade é um elemento “estrutural “ necessário para a primeira atenção e não é uma característica apenas da atenção primária, visto que todos os níveis de serviços devem estar acessíveis (STARFIELD, 2002).

O acesso tem dois componentes: a) o acesso geográfico; está relacionado com a distância e aos meios de transporte a serem utilizados para obter cuidado; b) o acesso sócio-organizacional, que inclui horário de funcionamento, a forma de marcação de consulta, a presença de longas filas, horário de funcionamento da unidade, facilidade de acesso para deficientes físicos e idosos, aceitabilidade das diferenças culturais, a ausência de dificuldade com a linguagem, a oferta para grupos que não procuram espontaneamente a unidade, a busca ativa, etc. (BRASIL, 2007a).

Quanto à essência da longitudinalidade, esta é uma relação pessoal que se estabelece ao longo do tempo, independente do tempo, do tipo de problema de saúde entre indivíduos e um profissional ou uma equipe de saúde (BRASIL, 2007a).

A longitudinalidade, que é definida como continuidade, no contexto da atenção primária, é uma relação de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes (STARFIELD, 2002).

Já para Cutolo (2006), esse termo implica numa relação de co-responsabilização de atenção aos indivíduos em seus ciclos de vida quer seja na proteção, promoção da saúde, no tratamento de suas demandas clínicas.

A longitudinalidade traz inúmeros benefícios, como: menor utilização de serviços de saúde, melhor atenção preventiva, atenção mais oportuna e adequada, menos doenças preveníveis, melhor conhecimento dos problemas dos paciente e menor hospitalização (STARFIELD, 2002).

Cabe ressaltar ainda que outro atributo da APS é a integralidade, que exige que a atenção primária reconheça adequadamente, a variedade completa de necessidade relacionada à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las (STARFIELD, 2002).

A autora ainda reforça que a integralidade é assim julgada pela disponibilidade de serviços que possam atender às necessidades que são comuns em todas as populações, bem como a extensão no qual há evidências de que os serviços são usados de forma adequada para atender a estas necessidades.

Cutolo (2006) afirma que integralidade é um processo que se constrói e se vivencia no cotidiano dos profissionais e enfatiza que toda ação em saúde é conseqüente a uma concepção saúde-doença.

Uma condição favorável para a integralidade é a atuação interdisciplinar entre as equipes: no cotidiano dos serviços exige a intervenção coordenada de profissionais de diversas disciplinas (BRASIL, 2007a).

A Coordenação do cuidado, atualmente tem sido muito confundido com gerenciamento da Atenção Básica, é essencial para o sucesso dos demais componentes. Significa atuação de uma equipe multidisciplinar identificando as necessidades e dando respostas a essas necessidades. É essencial que haja coordenação das ações/respostas (BRASIL, 2007a).

Ainda há um longo caminho a ser percorrido para que se possa afirmar que as medidas de fortalecimento ao subsistema de saúde indígena pelo governo federal foram capazes de oferecer uma atenção à saúde aos povos indígenas de forma diferenciada, obedecendo aos princípios da APS mencionados pelos referidos autores.

Ainda se mantém um modelo assistencial em que a lógica da organização da atenção ainda parte muito mais dos procedimentos previamente definidos do que propriamente das necessidades de saúde apresentadas pelas comunidades indígenas. As ações de promoção e prevenção ainda apresentam um viés essencialmente vertical, programático e campanhista.

### 3.2 A INTEGRALIDADE NA FORMAÇÃO

O relatório de Flexner, de 1910, tem influenciado até hoje o ensino e a prática da medicina e outras áreas da saúde. A educação de caráter instrumental e fragmentada passou a influenciar na determinação de conteúdos. Estes foram organizados em formas de disciplinas com subdivisões. Desta concepção de formação surgiu uma prática pedagógica que tornou o acesso à informação como

sinônimo de construção do conhecimento dirigida pela visão de corpo, saúde, doença e terapêutica distorcida e estática. Essa percepção é evidenciada no currículo através de conteúdos e estágios, em que os únicos fatores de aprendizagem se resumem no professor em sala de aula, nos manuais terapêuticos, com o estudo programado e com os profissionais do serviço em campo de treinamento supervisionado. (CECCIM; CARVALHO, 2006).

Ceccin e Carvalho (2006) apresentam um histórico da formação em saúde no Brasil como projeto da integralidade relacionando a formação com o sistema de saúde.

Com o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde, que começa a alertar que saúde significa bem-estar físico, mental e social, o ensino sairia do foco da biologia, como razão científica para a saúde, estabelecendo o intercruzamento com as humanidades – psíquico, afetivo, e cognitivo – e com as determinações socioeconômicas, para uma reforma de educação não apenas instrumental, mas de orientação político-pedagógica (CECCIM; CARVALHO, 2006).

A década de 1960 é marcada pelo movimento preventivista, que aponta a formação como estratégia para a transformação das práticas de saúde e para o reconhecimento dos objetivos finais dos cursos de graduação. Há um retorno à saúde pública no ensino das profissões de saúde. Nota-se que a reforma não fez integrar as disciplinas da área de saúde com as áreas clínicas, mas fez introduzir a noção de mudança na educação dos profissionais de saúde como um movimento organizado (CECCIM; CARVALHO, 2006).

Na década de 70, são os projetos de aprendizagem em saúde comunitária que ganham os debates sobre a mudança na formação. Tal fato se deu devido à naturalização e idealização dos aspectos psicológico e social descontextualizando-os da cultura, da história, das políticas, da vida em sociedade, sendo, então, necessário retornar atenção para os territórios da vida e compreender os contextos culturais locais (CECCIM; CARVALHO, 2006).

Já na década de 80, posições inovadoras reivindicaram novas experiências para integração de ensino-serviço que não fosse somente o ambiente hospitalar, mas também em unidades básicas de saúde que recuperaram, em alguma medida, a integralidade, incorporando mais intensamente conteúdos de ciências sociais e humanas nas reformas curriculares (CECCIM; CARVALHO, 2006).

Na década seguinte, 1990, a integração de ensino-serviço reconhece a inclusão da representação popular no debate sobre as mudanças na formação e nos projetos de exercício das profissões para originar serviços que absorvam o acolhimento e escuta ao usuário (CECCIM; CARVALHO,2006).

Vários foram os projetos ligados à estruturação da formação na saúde e que foram implantados e implementados com o objetivo de evitar reforma conteudista. Todavia, os aspectos formativos, articulados com os serviços e a comunidade, eram fundamentais. Nesse sentido, eventos que mereceram destaque foram os Seminários Regionais de Ensino Superior em Enfermagem, que trouxeram à tona a substituição do paradigma da assistência às doenças pelo paradigma do cuidado humano. O movimento da enfermagem introduziu na ordem do currículo os temas do cuidado, da integralidade e da reforma sanitária brasileira (CECCIM; CARVALHO, 2006).

Ceccim e Carvalho (2006) ainda afirmam que a grande novidade deste movimentos de ensino da saúde, a integração ensino-serviço-comunidade, é que os profissionais de saúde não se dirijam apenas ao serviço de saúde, lugar da atenção, mas ao trabalho, atenção em controle social, no setor. Uma integração entre o ensino e o trabalho dirigida pela cidadania.

Acerca do tema formação, Barros (2006) adverte que esse termo muitas vezes está atrelado à transmissão de conteúdos marcados por tecnicismo. É concebido como tendo etapas a ser cumpridas seqüencialmente até se chegar ao “modelo” desejado e idealizado.

Esse autor ainda afirma que o termo em questão traz muitas ambiguidades, pois vai adquirindo múltiplos sentidos. Um deles refere-se à ideia de uma habilidade a ser adquirida; e o outro refere-se à possibilidade de que os profissionais possam interferir nos processos sociais, podendo desarranjar a ordem presente, argumento político.

Barros ainda sugere que se deva procurar escapar dos modelos de formação que privilegiam o especialismo enclausurador, competência técnica ou incompetência técnica, alienação, dentre outros. E faz o convite para desmanchar territórios do saber-poder, que insistem nas hierarquizações que desqualificam os saberes-fazeres da experiência.

A formação por qual se deve guiar é aquela que se configura em múltiplas formas de ação, como produção de saberes e de práticas sociais que instituem

sujeitos de ação, aprendizados permanentes que levam ao encontro com a alteridade, com o outro em sua diferença, com a história de vida dos sujeitos com os movimentos do desejo (BARROS, 2006).

O autor “acredita que o processo de conhecimento é uma relação de luta, uma expressão da pluralidade das forças que constitui o tecido social e, assim, nem se assenta e nem busca verdades *a priori*” (BARROS, 2006, p. 137).

### 3.3 INTEGRALIDADE E NECESSIDADES DE SAÚDE

Desde o início do século XIX até a década de 1970, ações de saúde promovidas pelo Estado dirigiam-se ao combate às doenças transmissíveis através do modelo de saúde campanhista. Essas ações objetivavam sanear os espaços de circulação das mercadorias exportáveis e responder à **necessidade social** de controle e combate as epidemias (LUZ, 1979).

O processo de industrialização acelerado que o Brasil viveu, especialmente na década de 50 a 60, deslocando o pólo dinâmico da economia para os centros urbanos, onde se configurou o modelo médico-assistencial, as ações de saúde pública foram separadas das curativas. Agregou-se, assim, a necessidade de conter as doenças transmissíveis, a **necessidade social de recuperar os corpos doentes dos trabalhadores** (LUZ, 1979); MENDES GONÇALVES, 1994).

Através da Constituição Federal Brasileira (1988), que institucionalizou o Sistema único de Saúde - SUS, registram-se condicionantes e determinantes do processo saúde-doença reconhecendo que saúde não se aprimora somente com atenção à doença. Então, pode-se afirmar que a concepção de saúde-doença expressa no SUS sanciona **necessidades de saúde ampliadas** (CAMPOS; BATAIERO, 2007).

Conforme Mishima (2005 apud CAMPOS; BATAIERO, 2007), necessidade de saúde significa implementar processo de trabalho numa perspectiva intersetorial, com base nas necessidades de saúde das diferentes classes sociais que compõem o território. **Necessidade de saúde** significa **necessidade da presença do Estado**, garantindo serviços que promovam o bem-estar social da população; **necessidades de reprodução social**, as diferentes formas de consumir e de reproduzir na

sociedade; **necessidade de participação política**, pois é a instância que possibilita discussão e o embate das necessidades das classes e grupos organizados da sociedade civil e coloca na pauta os direitos, antes dos interesses.

Cecílio (2001) enfatiza que a integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional no espaço concreto do serviço de saúde, o que denominou de “integralidade focalizada”.

O resultado dessa “integralidade focalizada” está na maior integralidade possível na abordagem de cada profissional, como fruto de um trabalho multiprofissional, na atenção pautada pelo melhor atendimento possível às necessidades de saúde, etc. É necessário levar em consideração que, por melhor que seja a equipe, por melhores que sejam os trabalhadores, por melhor que seja a comunicação entre eles, jamais poderá ser bem-sucedida no espaço singular dos serviços (CECÍLIO, 2001).

Esse autor remete a segunda dimensão da integralidade como fruto da articulação de cada serviço a uma rede muito mais complexa composta por outras instituições, que não seja necessariamente do setor saúde; integralidade pensada no “macro”. Essa integralidade ampliada seria a formação de uma rede de cuidados onde haveria uma relação articulada, complementar e dialética. Sendo assim, o cuidado individual, em qualquer serviço, deverá estar sempre atento à possibilidade e à potencialidade de agregação de outros saberes.

O Quadro 2 apresenta a taxonomia de necessidade de saúde referente a diferentes contribuições teóricas.

Necessidades de saúde	Idéias de diferentes autores e/ou “escolas” e/ou modelos de atenção
Necessidades de boas condições de vida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No funcionalismo-humanista de San Martín.</li> <li>- Por autores marxistas, como Berlinguer (doença como expressão de forças produtivas que agem sobre a sociedade) ou Franco (a saúde como conjunto de possibilidades de vida) e mesmo Castellanos, (a produção humana implica a produção da vida).</li> </ul> <p>Esse conjunto de concepções está operacionalizado em modelos tecnoassistenciais, como “Cidade Saudável” e SILOS. Fazem parte de discurso clássico da Saúde Pública e de organizações como a Organização Mundial da Saúde (“Saúde para todos no ano 2000”).</p>



(conclusão)

Necessidades de saúde	Idéias de diferentes autores e/ou “escolas” e/ou modelos de atenção
Garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temas desenvolvidos na clássica taxonomia de saúde desenvolvida por Bradshaw e Pinault.</li> <li>- Inclui a concepção de ação programática, tal qual apresentada, entre outros por Neme e Scharaiber.</li> <li>- Inclui a concepção de necessidade individual tal qual apresentada por campos.</li> </ul>
Necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incorpora as idéias difundidas por Campos e Merhy, com base em uma “recuperação” do vínculo existente na clínica.</li> <li>- Incorpora a idéias que têm sido de saúde da família trabalhadas no programa (PSF), tal qual a elaborada pelo Ministério da Saúde e adaptada à várias experiências conduzidas em muitos municípios brasileiros.</li> <li>- Recupera a idéia do vínculo como trabalhado por Kloetzel.</li> </ul>
Necessidade de autonomia de autocuidado na escolha do modelo de “andar a vida”(construção do sujeito)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incorpora a idéia defendida por Merhy e Campos, com base nas idéias de Canguilhem: “os modos de andar a vida”.</li> <li>Incorpora as idéias do pensamento crítico em Educação em Saúde.</li> </ul>

Quadro 2 - Uma taxonomia de necessidade de saúde.

Fonte: CECÍLIO; MATSUMOTO, 2006.

Cecílio e Matsumoto (2006) afirmam que a taxonomia de necessidade de saúde tem servido como um bom instrumento de reflexão, sensibilização dos profissionais e contribuídos para a definição de novas estratégias de organização da assistência.

A partir da aplicação da taxonomia ser empregada em situação concreta de trabalho foi possível complementar alguns pontos que não estavam bem definidos na proposta inicial. Como exemplo, a necessidade de boas condições de vida foi complementada da sua formulação inicial, a saber, alimentação adequada, moradia, emprego, lazer, etc., incorporando outros aspectos das “boas condições de vida” em que fossem incluídos: a) necessidades de ter “pais cuidadores e autônomos” para a criança; b) necessidades de uma vida afetiva e sexual compartilhada com companheiros mais solidários para as mulheres; c) necessidades de idosos se sentirem mais úteis e integrados (CECÍLIO; MATSUMOTO, 2006).

Estas necessidades ampliadas não encontram nos serviços de saúde condições para atendê-las, mas apontam um desafio para uma organização da atenção de forma mais “vinculante”, “responsabilizadora”, “criadora de autonomia”, ou seja, que toma para si de forma mais ousada o tema das necessidades de saúde (CECÍLIO; MATSUMOTO, 2006).

### 3.4 EDUCAÇÃO E CULTURA

Vivemos em uma sociedade, por sua própria formação histórica, plural onde diversos grupos sociais convivem e, assim uma pessoa pertence a vários grupos culturais. Portanto, a cultura é um espaço privilegiado de transformação do ser social.

Como qualquer termo polissêmico, é possível encontrar inúmeras definições de cultura. Destaca-se aqui a de Geertz (1989) ao afirmar que o “[...] O homem é um animal amarrado a teias de significado que ele mesmo teceu, assumindo, assim, a cultura [...] como sendo essas teias e sua análise”.

Silva (2000a) apresenta também as diferentes conotações e sentido da cultura nas diferentes vertentes da teoria educacional crítica e pós-crítica. Para a análise neomarxista, a cultura é analisada como parte da superestrutura. Na teorização introduzida pelos Estudos Culturais, sobretudo naquela inspirada pelo pós-estruturalismo, a cultura é teorizada como campo de luta entre os diferentes grupos sociais.

Um outro conceito digno de nota acerca do conceito de cultura é o que

[...] cada cultura tem suas próprias e distintas formas de classificar o mundo. É pela construção de sistemas classificatórios que a cultura nos propicia os meios pelos quais podemos dar sentido ao mundo social e construir significados. Há, entre os membros de uma sociedade, um certo grau de consenso sobre como classificar as coisas a fim de manter alguma ordem social. Esses sistemas partilhados de significação são, na verdade, o que se entende por “cultura”. (WOODWARD, 2000, p. 41).

A Escola é um espaço de manifestação da cultura. Pode ser eficiente para estrutura de poder quando não considera as diferentes culturas presentes no processo de aprendizagem.

A Escola é o primeiro local onde os alunos vivenciam a diversidade cultural. É lá que se depara com pessoas de diferentes crenças religiosas, de diferentes orientações políticas, etc. Neste sentido, a escola passa a ser vista como lugar de confronto entre valores diversos e, às vezes, opostos. Quando se busca a oferta de uma escola que respeite as diferenças e promova o diálogo entre os grupos, a preocupa-

ção com a prática docente se acentua, pois o preconceito e a segregação ocorrem, na maioria das vezes, de forma sutil no cotidiano escolar (SILVA, 2000b).

Forquin (1993) aponta uma relação íntima entre educação e cultura. Para ele, não importa o sentido que se tenha sobre a educação, é necessário reconhecer que ela supõe sempre, necessariamente, a comunicação, a transmissão, a aquisição de alguma coisa: um conhecimento, competências, valores, crenças, hábitos, que constituem campo de atuação da educação. É sempre alguma coisa que nos institui como sujeito humano, e que se pode perfeitamente dar-lhe o nome de cultura.

Reforçando o que disse Forquin (1993, p. 13) sobre a relação entre a cultura e a educação:

Toda reflexão sobre a educação e a cultura pode assim partir da idéia segundo a qual o que justifica fundamentalmente, e sempre, o empreendimento educativo é a possibilidade de ter que transmitir e perpetuar a experiência humana considerada como cultura, isto é, não como a soma bruta (e, aliás, inimputável) de tudo o que pode ser realmente vivido, pensado, produzido pelos homens desde o começo dos tempos, mas aquilo que ao longo dos tempos, pôde ascender a uma existência 'pública', virtualmente comunicável memorável, cristalizando-se nos saberes cumulativos e controláveis, nos sistemas de símbolos inteligíveis, nos instrumentos aperfeiçoáveis, nas obras admiráveis. Neste sentido, pode-se dizer perfeitamente que a cultura é o conteúdo substancial da educação, sua fonte e sua justificação última: a educação não é nada fora da cultura e sem ela. Mas, reciprocamente dir-se-á que é pela e na educação, através do trabalho paciente e continuamente recommençado de uma tradição docente" que a cultura se transmite e se perpetua.

Outro estudioso, Sacristán (2002) concebe a cultura como trama de significados e informações que encontra forma de sobrevivência através da subjetivação, isto é, quando o homem se apropria dela e a interpreta e reaviva de alguma forma. Sacristán salienta, ainda, que a cultura proporciona a todos o sentido do "nós" como membros de um grupo social que possuem uma história; ela dá a consciência de todos serem continuadores de "outros", porém semelhantes a nós. No tocante à educação, ele postula que o papel da educação é estimular o que nos une e diminuir o que nos distancia ou nos afasta (SACRISTÁN, 2002).

Ainda na mesma linha do sentido do "nós", as relações sociais que se mantêm diferenciam os outros de nós, por nos entendemos por laços distintos e

intensidades desiguais a diferentes indivíduos e grupos. Os vínculos são basicamente 3, apresentados na Figura 3:

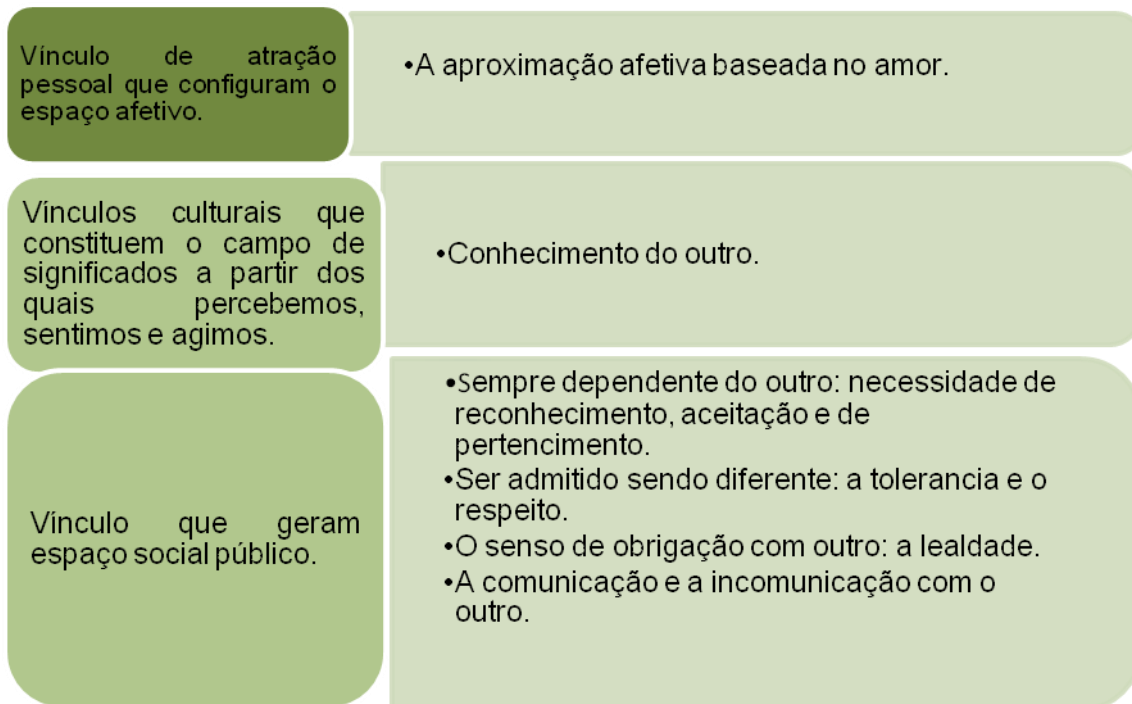


Figura 3 - Vínculos positivos nas relações sociais.  
Fonte: SACRISTÁN, 2002.

O ser humano é inclinado, por natureza, a estabelecer vínculos com os outros e a se relacionar com os demais, já que encontra nele uma referência inevitável para apoiar sua “incompletude” original (SACRISTÁN, 2002).

A educação deve contribuir para a conquista da autonomia e da liberdade e, ao mesmo tempo, fomentar o estabelecimento de laços sociais para a aproximação com os demais quanto para proporcionar a convivência pacífica (SACRISTÁN, 2002).

Uma proposta de mudanças na educação passa necessariamente pela valorização da cultura das comunidades. A prática pedagógica precisa levar em consideração a riqueza cultural e pré-científica que está arraigada nas comunidades.

Como afirma Giroux (1987 apud SILVA, 2003), o currículo não está relacionado somente com a transmissão de “fatos” mas envolve a construção de significados sociais (SILVA, 2003).

Freire (2007) enfatiza que ensinar exige respeito aos saberes dos educandos e insiste na necessidade de que o professor aproveite sempre as experiências dos alunos e, no caso dos alunos indígenas, de fato, são os saberes socialmente construídos na prática comunitária.

O significado de educação é, portanto, esse processo permanente de completar-se e, por estar em relação com o mundo e entre si, os homens buscam a completude de si e dos outros, sendo ainda capazes de um agir verdadeiramente humano, sujeitos de seu próprio processo de libertação, através do conhecimento da realidade. Por isso, afirma Freire (2007) “ninguém educa ninguém, ninguém se educa sozinho, os homens se educam em comunhão”.

Na obra *Pedagogia do Oprimido* (2007), Freire mostra o papel da educação do ponto de vista do oprimido, como um processo de desalienação e de libertação, porque os homens passam a refletir sobre a sua condição de explorado e, conscientes dessa condição opressora, passam a lutar pela libertação, visando eliminar as condições existentes entre opressores e oprimidos, cuja relação é de poder assimétrico baseada nas diferenças de classes sociais.

O autor ainda refere-se ao diálogo como estratégia política para respeitar o saber do aluno que chega à escola. Isso deve ocorrer desde a elaboração do programa, dos temas geradores, da apreensão das contradições até a última etapa do desenvolvimento de cada estudo.

Para o educador-educando, dialógico, problematizador, o conteúdo programático da educação não é uma doação ou uma imposição a um conjunto de informes a ser depositado nos educandos, mas a devolução organizada, sistematizada e acrescentada ao povo daqueles elementos que este lhe entregou de forma desestruturada. (FREIRE, 2007, p. 96).

Pinto (2000), ressalta que os educadores, mesmo comprometidos com as causas dos excluídos, não conseguem visualizar a importância da subjetividade. Acreditam que os conhecimentos científicos devem ser estudados na escola como um valor supremo, em detrimento de outros saberes. Com isso, as culturas que não se enquadram na concepção da razão instrumental são tidas como incapazes e inferiores. Esse autor ainda considera que é preciso haver coerência no discurso dos educadores no sentido de que, verdadeiramente, a cultura, modo de vida, as necessidades dos educando, devam ser abordados em todas as atividades

curriculares dentro do espaço escolar. Pois, o que se verifica na prática é um profundo silêncio e, até mesmo, a discriminação ao que se refere à experiência vivida pelo aluno.

Ainda o autor, mostra o posicionamento da escola brasileira, ao longo da história, em favor da transmissão de uma cultura hegemônica herdada pelos colonizadores, que consideravam como bárbaros aqueles que não atingiram a “maioridade racional”, devendo evoluir até chegar a esse estágio. Dentre esses “bárbaros” estariam os índios e os negros, justamente aqueles que compõem a base da formação social brasileira.

Sendo necessário então, para romper com essa perspectiva educacional brasileira, uma educação comprometida com a transformação de uma realidade social opressora para uma sociedade democrática o que se constitui para Freire (1998) numa pedagogia da esperança. Esperança que se constitui numa necessidade existencial e histórica, mas que pressupõe a prática, as ações concretas do ser humano. Ele diz: “não entendo a existência humana e a necessária luta para fazê-la melhor, sem a esperança e sem sonho” (1998, p.10).

Essa busca do ser humano pela sua humanização, como processo de libertação, através da educação, tendo como raiz a consciência de sua inclusão, constitui-se ainda para o pedagogo (FREIRE, 1997, p. 46) numa pedagogia da autonomia, cuja tarefa educativa é possibilitar ao ser humano:

[...] assumir-se como ser social e histórico, como ser pensante, comunicante, transformador, criador, realizador de sonhos, capaz de ter raiva porque capaz de amar. Assumir-se como sujeito, porque capaz de reconhecer-se como objeto.

Na prática educativa, há necessidade do reconhecimento da consciência do inacabado ser humano, através do qual se visualiza o processo de opressão e de desumanização que sofre o ser humano na sociedade, mas também, da autonomia do sujeito, da importância vital do ato de perguntar e da esperança na práxis transformadoras da realidade social (FREIRE, 1997).

Entremeadas às reflexões feitas, as questões da cultura, educação e da diferença tornaram-se, nos últimos anos, centrais nas pedagogias oficiais, apesar de, ainda, de forma frágil.

### 3.5 IDENTIDADE E CURRÍCULO

Identidade e currículo vêm sendo bastante discutido no cenário da educação intercultural. Silva (2007) faz um paralelo entre as teorias críticas e pós-críticas do currículo. As teorias pós-críticas enfatizam que o currículo não pode ser compreendido sem uma análise da relação de poder nas quais ele está envolvido. O poder não tem mais um único centro, ele está espalhado por toda a rede social, ele transforma-se, mas não desaparece. O conhecimento é parte inerente do poder. Ele não é limitado ao campo das relações econômicas do capital, mas é ampliado para incluir os processos de dominação centrados na raça, na etnia, no gênero e na sexualidade.

Ainda Silva (2003) reforça que o currículo precisa representar algum questionamento não apenas à diferença, mas também ao poder ao qual ela está estreitamente atrelada, um currículo e uma pedagogia da diferença e da multiplicidade. Em certo sentido, pedagogia significa precisamente diferença; educar significa introduzir a cunha da diferença em um mundo que sem ela se limitaria a reproduzir o mesmo e o idêntico, um mundo parado, um mundo morto. É nessa possibilidade de abertura para outro mundo que se pode pensar na pedagogia como diferença.

Outra temática em voga é a identidade. Vivemos num espaço de tempo marcado pelo surgimento das questões trazidas pela diferença. Diferença de gênero, de raça, de classe social, de orientação sexual, étnica. Essas diferenças estiveram muito tempo encoberta pela força da igualdade

Na teoria social contemporânea, a diferença e identidade não é um fato, nem uma coisa. A diferença e a identidade só existem numa relação de mútua dependência. Portanto, a teoria social contemporânea sobre identidade cultural e social recusa-se a simplesmente descrever ou celebrar a diversidade cultural. A diversidade é o resultado de um processo relacional – histórico e discursivo de construção da diferença (SILVA, 2007). O autor enfatiza que não se deve reduzir a identidade étnica e racial a seus aspectos biológicos. No centro de uma perspectiva crítica, deveria estar uma concepção de identidade que a concebesse como histórica contingente e relacional.

A questão da identidade tem sido foco de exaustivas discussões na teoria social. As velhas identidades, que estabilizaram o mundo social estão em declínio,

fazendo surgir novas identidades e fragmentando o indivíduo moderno. (SILVA, 2000b).

Esse autor, assim, postula que

[...] a identidade cultural só pode ser compreendida em sua conexão com a produção da diferença, concebida como um processo social discursivo. “Ser brasileiro” não faz sentido em termos absolutos: depende de um processo de diferenciação lingüística que distingue o significado de “ser brasileiro” do significado de “ser italiano”, de ser “mexicano”, etc. (SILVA, 2000b, p. 69).

Silva (2000b) afirma que a globalização produz mudanças na identidade. A homogeneidade cultural promovida pelo mercado global pode levar ao distanciamento da identidade à comunidade e à cultura local. Ainda pode ocorrer uma resistência que pode fortalecer e reafirmar algumas identidades nacionais e locais ou levar ao surgimento de novas posições de identidade.

Segundo Fleuri (2003), a tarefa de propor situações que ativem as diferenças entre os sujeitos e entre contextos, histórias, culturas, organizações sociais, a confrontação de diferenças, desencadeia a elaboração e circulação de informações. Informações que se articulam em diferentes níveis de organização, seja em âmbito subjetivo, coletivo, seja em níveis lógicos diferentes. Educador, nesse contexto, é propriamente um sujeito que se insere no processo de um grupo e interage com os outros sujeitos.

### 3.6 CURRÍCULO E INTERCULTURALIDADE

O Brasil é um país marcado por uma vigorosa base multicultural, onde as relações étnicas têm sido uma constante através de toda sua história, principalmente no que diz respeito aos indígenas e afro-descendentes, denominados caboclos e luso-brasileiros. Para esses grupos, a história é descrita pela violência e marcada pela eliminação do “outro” ou sua escravização (CANDAUI, 2008).

A perspectiva da interculturalidade constitui uma tarefa complexa que apenas está iniciando um processo de discussão dentro dos processos de aprendizagem. Assim, a discussão sobre a diversidade cultural coloca o pesquisador diante



desses sujeitos históricos que, muitas vezes, foram relegados e negados ao longo da história, mas que resistiram e continuam afirmando suas identidades fortemente na sociedade, embora, muitas vezes, numa relação de subordinação e exclusão ainda muito acentuada (CANDAUI, 2008).

Em geral, quando se promove o diálogo intercultural, se assume uma abordagem de orientação e se focaliza, com frequência, as interações entre diferentes grupos socioculturais de modo superficial, reduzindo à visibilização de algumas expressões culturais destes grupos, sem enfrentar a temática das relações de poder que perpassam as relações interculturais (CANDAUI, 2008).

Para Candau (2008), na perspectiva intercultural deve haver uma educação para o reconhecimento do outro, para o diálogo entre os diferentes grupos sociais e culturais. Uma educação para a negociação cultural, que enfrenta os conflitos provocados pela assimetria de poder entre os diferentes grupos socioculturais nas nossas sociedades e é capaz de favorecer a construção de um projeto comum, pelo qual as diferenças sejam dialeticamente incluídas.

O teórico Hall (2005) aponta que é necessário reconhecer a formação de professores como um espaço discursivo privilegiado, no qual a identidade docente é reconhecida como resultado direto de várias práticas culturais e discursivas, construídas historicamente em relações interculturais e híbridas.

A perspectiva intercultural emerge do contexto das lutas contra os processos crescentes de exclusão social. Surgem movimentos sociais que reconhecem o sentido e a identidade cultural de cada grupo social. Mas, ao mesmo tempo valorizam o potencial educativo do conflito. E buscam desenvolver a interação e a solidariedade como fator de crescimento cultural e de reciprocidade mútua (FLEURI, 2003).

Refletir sobre a formação do Agente Indígena de saúde com perspectiva de um currículo intercultural, nos convida a um movimento de pensamento e ação que demonstra que o lugar destas reflexões e a busca de soluções não se limitam aos gabinetes da burocracia pública, mas pode acontecer nas aldeias e curvas dos rios amazônicos estabelecendo diálogos horizontais com as comunidades indígenas eliminando as relações de poder para o conhecimento real das necessidades do outro.



**CAPÍTULO - 4 METODOLOGIA**



## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa utilizou-se de abordagens qualitativas de investigação e análise, buscando os conteúdos manifestos e latentes, dentro dos contextos: histórico, social e cultural, que envolvem o processo de formação dos Agentes Indígenas de Saúde - AIS.

A pesquisa qualitativa compreende a ciência como prática social, redimensionando critérios científicos, tais como objetividade, rigor, generalidade e validade da pesquisa. “É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota fazendo uma combinação particular entre teoria e dados, pensamento e ação” (MINAYO, 1998, p. 47).

A análise documental consistiu em um estudo descritivo, o qual propiciou a possibilidade de reunir diversas informações sobre o assunto a ser pesquisado (TRIVIÑOS, 1987).

### 4.2 CENÁRIO DE ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Rio Branco, capital do Estado do Acre, localizado ao extremo oeste da região norte do país. A cidade possui 314.127 habitantes e localiza-se na regional do Baixo Acre. Nela está localizada a sede da Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha - ETSMMR na BR 364, Km 10, Via Verde, onde estão concentrados os processos formativos de educação profissional para nível médio na área da saúde.

A ETSMMR possui a característica de desenvolver uma gestão dos processos de aprendizagem de forma descentralizada atuando nos 22 municípios do Estado, inclusive em locais longínquos como Jordão e Santa Rosa, onde o acesso ocorre pelo transporte aéreo fretado ou fluvial.

A Escola possui sede própria, conforme mostra a Figura 4. A construção e estruturação passaram pelo recebimento de investimentos nos gestores e corpo técnico, tanto por parte do Ministério da Saúde como por parte do poder público estadual.



Figura 4- Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha.  
Fonte: Acervo da ETSMMR

No intuito de uma adequada estruturação da Escola, contou-se com o apoio de profissionais da educação e saúde, muitos dos quais, reconhecidos como autoridades dentro de suas áreas e que estiveram junto à equipe para estruturação do processo ensino-aprendizagem. Foi o caso de Juan Bordenave<sup>1</sup>, Elizabeth Fadel<sup>2</sup>, Benjamin Amin<sup>3</sup>, Roberto Macedo<sup>4</sup>, Robinson Tenório<sup>5</sup>, Emiko Egrý<sup>6</sup>, dentre outros.

Os módulos do curso para Agente Indígena de Saúde foram realizados nas aldeias localizadas em cinco municípios do estado, onde estão os Pólos Bases do Departamento Especial de Saúde Indígena (DSEI) do Alto Juruá: Mâncio Lima, Marechal Thaumaturgo, Feijó e Tarauacá.

<sup>1</sup> Agrônomo, um dos autores de **Estratégias de Ensino-Aprendizagem**.

<sup>2</sup> Participou da elaboração dos Referenciais Curriculares da Educação Profissional Técnica de Nível Médio do Ministério da Educação – MEC.

<sup>3</sup> Consultor do MEC.

<sup>4</sup> Curriculista da UFBA.

<sup>5</sup> UFBA.

<sup>6</sup> USP.

### 4.3 FONTE DA PESQUISA

A pesquisa contou com a participação dos profissionais que fazem parte do quadro de funcionários da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, Escola Técnica em Saúde e Coordenação de Educação Profissional Indígena do Instituto de Educação Profissional Dom Moacyr, que realizaram o acompanhamento do processo ensino-aprendizagem nos municípios.

Nas oficinas de ouvidoria houve a participação das lideranças indígenas representantes das etnias: Jaminawá, Arara, Ashanika, Kaxinawá, Apolima Contanawá, Ashaninka e Kontanawá. Além dos profissionais das instituições de saúde, educação, Casa de Apoio a Saúde do Índio – CASAI e FUNASA.

Preservando os sujeitos envolvidos neste trabalho, foi realizada a seguinte codificação aos documentos analisados, conforme Quadro 3 .

<b>Documentos Analisados</b>	<b>Código de Identificação</b>
<b>Relatórios de Acompanhamento Pedagógico</b>	R.1.1 R.1.2 R.2.1 R.2.2 R.3.1 R.3.2 R.4 R.5 R.6.1 R.6.2
<b>Oficina de Ouvidoria</b>	O.T O.I O.C
<b>Módulo Introdutório Módulo Saúde da Mulher, Criança e Saúde Bucal</b>	M.1 M.2

Quadro 3- Codificação dos documentos da pesquisa.

#### 4.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Neste trabalho foram resguardados todos os aspectos éticos conforme estabelecido na Resolução CNS n° 196/96. Foi solicitada Carta de Autorização para realização da Pesquisa na Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha à Diretoria da Autarquia estadual que responde pela Educação Profissional.

Foram cumpridos os respectivos trâmites:

- a) Solicitação para a Coordenação Geral da Escola Técnica em Saúde para o acesso aos Relatórios do Acompanhamento Pedagógico ao curso do Agente Indígena de Saúde de 2007 a 2008a (Apêndice C);
- b) A pesquisa foi inscrita no Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos – SISNEP;
- c) O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí (Apêndice B);
- d) O relatório final deverá ser entregue à Diretoria da autarquia estadual do Instituto de Educação Profissional e a Coordenação Geral da Escola, sendo apresentado para os profissionais envolvidos de forma direta e indiretamente com o estudo;
- e) A pesquisa foi orientada pela Prof<sup>a</sup>. Dra. Stella Maris Brum Lopes (Apêndice A - Termo de aceite de orientação);
- f) Socialização da pesquisa perante a comunidade científica através da elaboração e publicação de artigos científicos.

#### 4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada através de uma pesquisa documental aos seguintes documentos, conforme Figura 5:

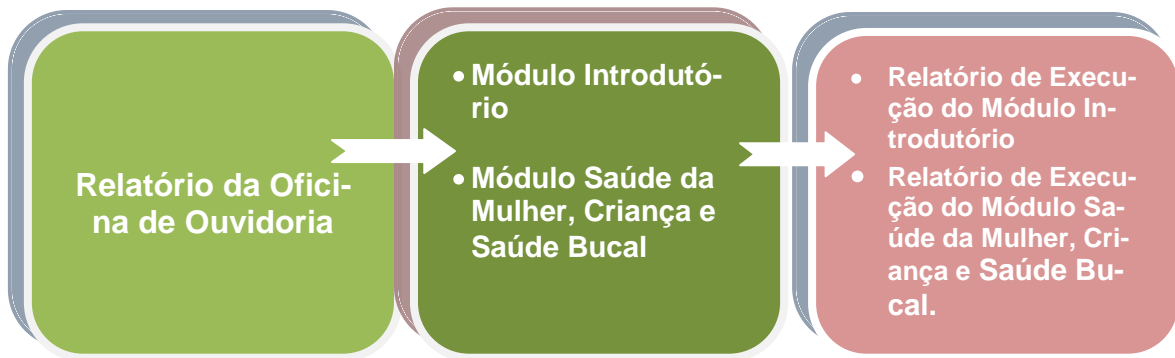


Figura 5- Documentos analisados

O Relatório da Oficina de Levantamento do Perfil Profissional do Agente Indígena de Saúde foi o primeiro documento analisado.

Foram realizadas nos municípios de Rio Branco e Cruzeiro do Sul em novembro de 2007 na Escola Técnica Maria Moreira da Rocha - ETMMR, com o intuito de levantar o perfil profissional do Agente Indígena de Saúde.

Na ocasião estavam presentes as lideranças indígenas das etnias Asheninka (Kampa) Kaxinawwá, Katukina, Kaxarari, Jaminawa, Madja (Kulina), profissionais da Secretaria de Estado de Educação – SEE por meio de representantes da Gerência de Educação Indígena, Casa de Apoio à Saúde Indígena – CASAI, Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, Universidade Federal do Acre – UFAC e Instituto de Desenvolvimento de Educação Profissional Dom Moacir – IDM.

A metodologia utilizada foi a problematização. Em primeiro lugar, os participantes se apresentaram citando o nome e a instituição ou a etnia que representavam. Em seguida, o Diretor-presidente do Instituto de Desenvolvimento Dom Moacir fez uma saudação e agradecimento pela participação de todos.

A moderação das discussões do trabalho nas oficinas foi realizada pela pesquisadora, na condição de coordenadora do curso de Agente Indígena de Saúde da Escola Técnica. A direção das dinâmicas de interação dependeu da discussão e aplicação de questões provocativas para a coleta de informação, tais como: Quais os problemas de saúde mais frequentes nas aldeias? Quais as características necessárias para os AIS trabalharem nas comunidades? Quais os conhecimentos necessários para esse trabalho? Como os AIS devem atuar nas comunidades?

Para preservar as falas dos participantes, foram elas codificadas e grifadas em itálico para melhor compreensão.

O documento citado faz parte dos relatórios arquivados na Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha.

O segundo documento analisado refere-se aos módulos: Introdutório e Saúde da Mulher, Criança e Saúde Bucal. Esses módulos fazem parte de um conjunto de seis módulos elaborados por técnicos do Ministério da Saúde juntamente com a FUNASA para formação do Agente Indígena de Saúde. A justificativa em analisar esses dois módulos deu-se por já terem sido realizados, facilitando, assim, o cumprimento dos objetivos da presente pesquisa.

O Módulo introdutório faz uma apresentação que contempla os conceitos de formação por competência, metodologia baseada na pedagogia da problematização e avaliação. A introdução traz o conceito de educação permanente, forma de certificação, perfil de seleção dos AIS e as competências e habilidades dos agentes indígenas de saúde.

O Módulo Promovendo a Saúde da Mulher, da Criança, e a Saúde Bucal, busca qualificar o Agente Indígena de Saúde – AIS para trabalhar na comunidade identificando problemas de saúde nas diversas fases do ciclo biológico e desenvolvendo as ações de promoção.

De acordo com o módulo acima citado, os conteúdos a serem trabalhados estão centrados nos papéis sociais das comunidades indígenas, na família, ciclo biológico, padrões culturais de alimentação, imunização, procedimentos e tratamentos padronizados, vigilância nutricional, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Os dois módulos apresentam uma seqüência de atividades pedagógicas destinadas a orientar o instrutor e o educando.

O acesso a esses documentos pode ser feito no endereço eletrônico da Fundação Nacional de Saúde (<http://www.funasa.gov.br>).

Os últimos documentos analisados foram os relatórios de execução dos módulos: Introdutório e Saúde da Mulher, Criança e Saúde Bucal. Foram analisados dez relatórios relacionados a cinco equipes de acompanhamento de execução dos dois módulos em cinco Pólos Bases. A análise de tais documentos se justifica pela necessidade de verificar, na prática, como a integralidade e a interculturalidade estão sendo abordadas nas atividades pedagógicas.



O acompanhamento na execução dos módulos do curso de Agente Indígena de Saúde foi realizado pela equipe da Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha com a participação da coordenação da Educação Indígena do Instituto de Desenvolvimento Dom Moacir e os profissionais da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA.

A realização do acompanhamento da execução dos módulos introdutório aconteceu em novembro de 2007 e junho de 2008 em cinco Pólos pertencentes ao Distrito Sanitário Indígena – DSEI da região do Alto Juruá, localizados nos municípios de Feijó, Jordão, Marechal Thaumaturgo e Mâncio Lima.

Os momentos presenciais aconteceram nas aldeias que apresentavam melhor estrutura para as atividades pedagógicas e contou com a participação dos agentes indígenas representantes de várias etnias (Jaminawá, Arara, Ashaninka, Kaxinawá, Apolima e Contanawá),

Os profissionais que realizam atendimento nas aldeias foram os responsáveis pela mediação do processo de ensino- aprendizagem.

A carga horária realizada foi de 120 horas presenciais, nos turnos de manhã e tarde; em alguns locais ocorreu também no período noturno.

Os relatórios que descrevem a realização dos módulos se encontram disponíveis nos arquivos da Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha.

#### 4.6 PROCESSO DE ANÁLISE

O objetivo deste estudo é analisar o processo da formação do Agente Indígena de Saúde com perspectiva de uma abordagem da integralidade e interculturalidade.

Segundo Minayo (1998) e Triviños (1987), a análise de conteúdo é composta por três etapas básicas:

**1ª Fase: Pré-análise:** consistiu na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada dos objetivos iniciais da pesquisa. O conteúdo vai se tornando mais claro em função das hipóteses, dos objetivos e indicadores que vão orientar a interpretação final. Pode ser decomposta nas seguintes atividades:

- **Leitura flutuante:** faz com que o pesquisador tome contato direto e intenso com o material de campo para melhor entendimento frente às teorias relacionadas ao tema;
- **Constituição do corpus:** tem o objetivo de organizar o material para responder a algumas normas de validade, como exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência, determinação das palavras-chave, formas de categorização, modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise. Está sempre com os objetivos na perspectiva da finalidade geral da proposição do trabalho, em consonância com o quadro teórico que direciona a obtenção dos resultados.

A escolha de alguns documentos não foi simples. *A priori* seriam analisados os seis módulos do curso elaborado pelo Ministério da Saúde juntamente com a FUNASA, o relatório de ouvidoria e o relatório de execução de uma das equipes do Pólo Base do município de Marechal Thaumaturgo.

Após exaustivas leituras do material selecionado, foram retomados os pressupostos e os objetivos deste estudo. Foram elaborados alguns indicadores que orientaram a compreensão e interpretação do material.

Após a seleção, leitura dos documentos, eles foram organizados em um bloco de informação estruturado em quatro partes: A primeira parte está relacionada com os dados de identificação do documento: nome do documento, autor, acesso e resumo. Em seguida os conteúdos explícitos, na seqüência os conteúdos implícitos e o referencial teórico.

Essa fase foi bastante complexa, sendo preciso muita dedicação e disciplina tanto nas leituras, quanto na pesquisa de referencial teórico relacionado com o tema. À proporção que as leituras iam se intensificando, as unidades de registros também iam sendo determinadas.

**2ª Fase: Exploração do material:** nesta fase o pesquisador visa alcançar o núcleo de compreensão do texto. Determinam-se ainda as unidades de registro, palavra-chave ou frase, e a unidade de contexto, delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro. Os procedimentos como a codificação, a classificação e a categorização são básicas nessa fase. A categorização se dá em três momentos: a) categorização; b) agrupamento de categorias ou classificação; c) subcatego-

rização que representa matizes ou elementos das categorias (MINAYO, 1998; TRIVIÑOS, 1987).

A categorização obtida após a análise das informações dos documentos foi realizada de maneira indutiva, por meio das mensagens semelhantes. Para melhor ordenar e classificar os fatos segundo as semelhanças, algumas categorias foram divididas em subcategorias.

Durante a análise dos documentos, foram destacadas, em *itálico*, as citações na íntegra dos trechos dos documentos, grifando-se algumas passagens com o objetivo de enfatizar determinadas palavras e expressões.

**3ª Fase: Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação:** consiste na última parte da análise, que alcança a maior intensidade. O pesquisador deve estar atento não só aos conteúdos explícitos, mas também ao conteúdo implícito existente nos documentos descobrindo simbolismos, tendências, posições políticas, etc. Essa técnica transcende as bases positivistas da análise de conteúdo tradicional (MINAYO, 1998; TRIVIÑOS, 1987).

Nessa fase reuni um grande número de evidências de acordo com os objetivos desse estudo baseados nos dados obtidos nas etapas anteriores, fazendo uma reflexão intuitiva e propondo inferências que permitiu estabelecer relações com outros achados, gerando proposições transformadoras.

A Figura 6 mostra o percurso do processo de análise, evidenciando o surgimento das necessidades de saúde e de formação nas oficinas de ouvidoria e nos relatórios de execução dos módulos e o pacote de formação: objetivos, competências e habilidades definidas, que gerou análise na perspectiva da integralidade e interculturalidade nos conteúdos e práticas pedagógicas

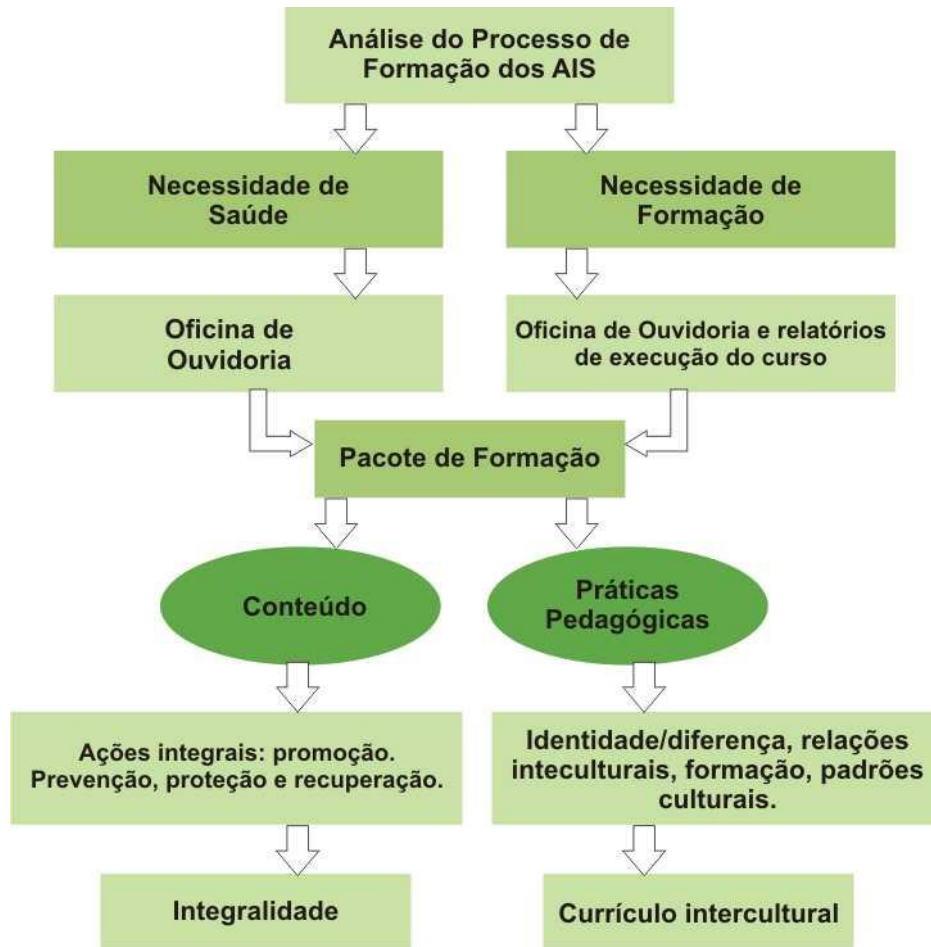


Figura 6- Análise do processo formativo dos AIS.

A seguir, apresento na Figura 7, os grupos, as categorias e as subcategorias encontradas nos documentos analisados.

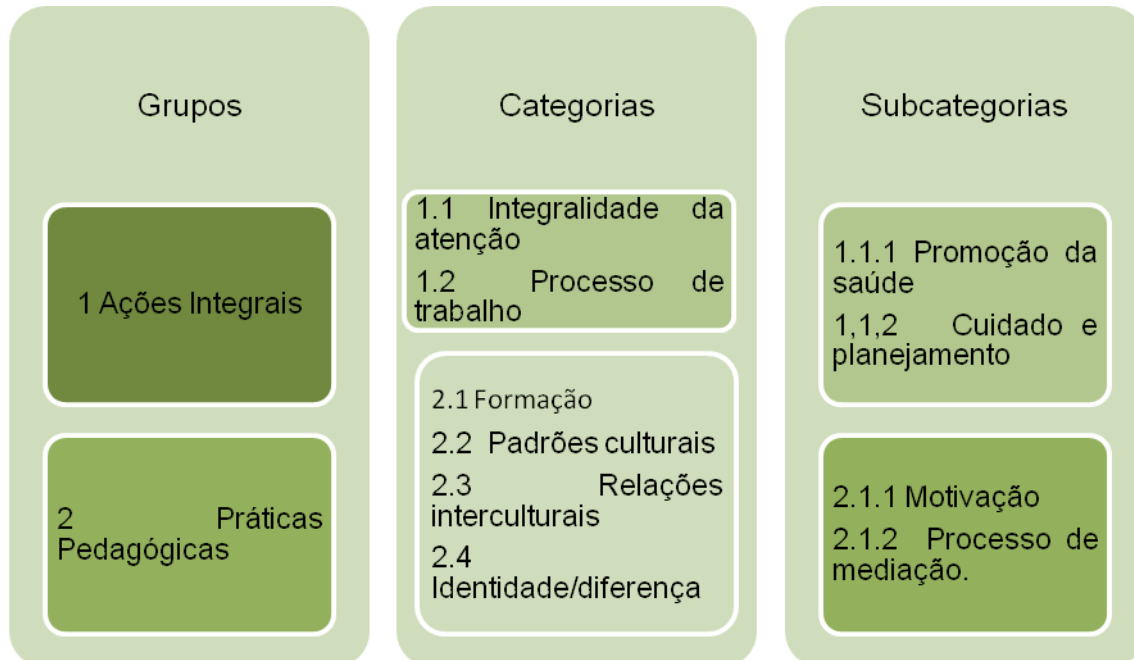


Figura 7- Categorias e subcategorias.

O grupo das ações integrais se encontra as categorias: integralidade da atenção, com as subcategorias promoção, prevenção e recuperação da saúde; processo de trabalho com as subcategorias cuidado e planejamento.

No grupo das práticas pedagógicas encontram-se as categorias: formação, padrões culturais, relações interculturais e identidade/diferença.

Práticas pedagógicas constituem-se em um eixo articulador do currículo com a cultura. É nela, na cultura, que se formam e se organizam os processos de aprendizagem. É por ela que se estabelece, se implanta e se consolida um currículo.

**CAPÍTULO - 5 CONHECENDO AS NECESSIDADES DOS ÍNDIOS A PARTIR DA OFICINA DE OUVIDORIA**

## 5 CONHECENDO AS NECESSIDADES DOS INDÍOS A PARTIR DA OFICINA DE OUVIDORIA

---

*Lá na nossa comunidade estamos preocupados com a questão das terras que conquistamos. Pra que tenhamos hoje e daqui a 200 anos. (Liderança Indígena).*

---

Neste documento o grupo das ações integrais se encontra as categorias: integralidade da atenção, com as subcategorias promoção e cuidado.

No grupo das práticas pedagógicas encontram-se as categorias: formação, padrões culturais, relações interculturais e identidade/diferença. Conforme apresenta o quadro 4.

Grupo	Categorias	Subcategorias
<b>5.1 Práticas Pedagógicas</b>	5.1.1 Formação 5.1.2 Padrões Culturais 5.1.3 Relações Interculturais 5.1.4 Identidade/Diferença	
<b>5.2 Ações Integrais</b>	5.2.1 Integralidade da Atenção 5.2.2 Processo de Trabalho	5.2.1.1 Promoção, prevenção, proteção, recuperação e reabilitação. 5.2.2.2 Cuidado

Quadro 4- Grupo de Categorias e Subcategorias do relatório da oficina de ouvidoria

## 5.1 PRÁTICAS PEDAGÓGICAS

### 5.1.1 Formação

A formação do AIS chegou à Escola Técnica através da FUNASA, que pretendia firmar uma parceria com o objetivo de certificação. Foi quando a ETSMMR reuniu lideranças indígenas e técnicos para discutir essa formação.

[...] temos a demanda encaminhada pela FUNASA e temos a orientação política do gabinete do governador de conduzir essa formação. Mas temos também a solicitação do movimento indígena de que o IDEP-DM se responsabilize pela formação. Encaramos isso como um grande desafio. Porque a formação de não-indígenas, a gente sabe fazer educação profissional, mas trabalhar formação para comunidades indígenas não é a mesma coisa. Trabalhamos, hoje, a formação por competências e decidimos que essa proposta não se adéqua a formação indígena. Então que proposta é essa? Isso já nos traz uma série de questionamentos. Temos ainda o desafio da logística e, por último, a diferença cultural [...]. (O.T.)

O texto apresenta uma preocupação em realizar formação profissional em terras indígenas. Informa que existe uma demanda repassada para a Escola pela FUNASA, uma orientação por parte do gabinete do governador a respeito destas formações, além disso, existe a solicitação do movimento indigenista também querendo formação profissional pelo Instituto de Desenvolvimento de Educação Profissional – IDM.

Entretanto, no relato fica claro a falta de experiência em promover essa modalidade de formação para essas comunidades, “porque a formação de não-indígenas a gente sabe fazer, mas trabalhar formação para comunidades indígenas não é a mesma coisa”. Observa-se, ainda, um questionamento referente ao modelo de formação ao se relatar sobre a formação por competência, o que ficou decidido não ser o mais adequado à formação indígena. No final do texto são apresentados outros desafios, como “a logística e, por último, a diferença cultural”.



A seguir, várias concepções de currículo serão explicitadas nas falas dos participantes:

[...] temos a tradição de trabalhar com currículos que a gente entende porque a gente construiu. Todo currículo deve ser contextualizado. Hoje a educação a partir da LDB, tem referenciais e você tem a liberdade de construir os currículos. Criamos a tradição de que todo currículo que construímos permita que cada colaborador saiba o que trabalhamos. O currículo é poder e nele você coloca aquilo que você acha que deve ser trabalhado. Aqui, temos a responsabilidade de dizer como o AIS fará o seu trabalho. Por isso, construiremos o perfil profissional de conclusão, começamos do final para saber como deve ser o começo. (O.T.).

A primeira concepção aponta que o currículo deve ser contextualizado, embora tenha parâmetros curriculares que orientem como deve ser essa construção. Em seguida, refere-se “ao currículo como poder e nele você pode colocar tudo o que você acha que deve ser trabalhado”. Este poder está relacionado à liberdade de escolhas, mas que deve ser pactuada por meio de discussão com os atores de referência para a formação que está sendo discutida.

Esta concepção está ancorada na teoria crítica de currículo, tendo Apple como precursor. Para Apple (1989 apud SILVA, 2003), o currículo não é um corpo neutro, inocente e desinteressado de conhecimentos. A seleção de conteúdos é resultado de um processo que reflete os interesses das classes dominantes (SILVA, 2003).

Vamos enterrar o currículo com visão hospitalocêntrica e rezar para que ele não ressuscite. (O.T.).

A segunda concepção vai enterrar **o currículo com a visão hospitalocêntrica**. Essa fala representa o repúdio ao currículo tradicional que prioriza a transmissão de conteúdos e técnicas para os educandos como fossem seres que não sabem pensar.

Freire ataca o caráter verbalista, narrativo, dissertativo do currículo tradicional. Ele coloca que é a experiência dos educandos que se torna a fonte

primária de busca por temas geradores que vão dar origem aos conteúdos dos programas de educação de adultos (SILVA, 2003).

O currículo deve levar em consideração a questão da agricultura indígena. (O.I).

Fazer constar no currículo os saberes tradicionais existentes. [...] na construção do currículo garantir espaço para o registro e desenvolvimento dos conhecimentos empíricos. (O.I).

Introdução a musicalidade no processo de formação de saúde... A musicoterapia foi aportada pela modernidade como promotora de saúde mental, como parte da formação das pessoas [...] Isso faz parte da saúde (O.T).

Sugere que se proponha estética do corpo com os padrões culturais... Tira o higienismo 'bobo' de achar que índio é sujo... valorização dos diferentes esportes, ex: esporte do remo, que para a saúde é uma maravilha. (O.T).

A partir da terceira concepção o currículo “deve considerar a questão da agricultura indígena, os saberes tradicionais e ser espaço para o registro e desenvolvimento dos conhecimentos empíricos”.

Tais ideias a respeito de currículo se aproximam de Henry Giroux, que tem se preocupado com a problemática da cultura popular. Busca bases para desenvolver uma teorização crítica, mas alternativa, sobre a pedagogia e o currículo. Ele defende que a escola e o currículo devem ser locais onde os estudantes tenham a oportunidade de exercer as habilidades democráticas e da participação, de questionamento dos pressupostos do senso comum da vida social (SILVA, 2003).

### 5.1.2 Padrões culturais

Referências a padrões culturais estão presentes nos relatos dos participantes da reunião, como se pode vislumbrar no seguinte trecho:

[...] cuidar da criança com pneumonia, não sei qual das etnias ainda usa preparar o “gongo do patoá”, tem que derrubar na lua nova e fazer chá como uma arte. Eu duvido que um neto dele vá para o hospital com pneumonia. Isso se os mais novos não souberem fazer vão realmente morrer e ser enterrados na Praia [...]. (O.T).

Temos nesse trecho expressas práticas de saúde relacionadas à medicina tradicional utilizada para o tratamento de pneumonia. Há um ritual para o preparo do chá, “tem que derrubar na lua nova e fazer o chá como uma arte” e, o enunciador ainda deixa claro que com esse ritual não haverá a presença da doença quando afirma: “eu duvido que um neto dele vá para o hospital, isso se os mais velhos não souberem fazer”.

Não obstante, o importante não é somente o chá do “gongo do patoá”, mas as práticas utilizadas pela medicina tradicional que é transmitida de pai para filho.

[...] percebemos que algumas etnias têm a medicina tradicional mais presente. Vemos as urgências ao uso da alopatia. Fiquei preocupada com a familiaridade que eles têm com o medicamento [...]. (O. C).

Lembro de uma comunidade que visito muito e 30% da comunidade toma remédio controlado, tarja preta. As adolescentes têm convulsões e eles atribuem a espíritos e naquele lugar especial eram feitos sacrifícios. Isso ocorre porque vão ao médico na cidade, que receita esses remédios. Acho que, essas questões, o AIS não visualiza esses conflitos internos e, na minha visão, é o que causa os problemas psicológicos e tomam esses remédios que fazem eles sair dessa realidade. Talvez o AIS tenha que ter noções de psicologia. (O.T).

No primeiro trecho fica claro que “algumas etnias têm a medicina tradicional mais presente”. Mas apresenta uma preocupação com “a familiaridade que eles têm com o medicamento”. Já no segundo, observa-se que 30 % desta comunidade toma remédio controlado e isto ocorre porque vão à cidade e o médico receita esses remédios.

Ao longo dos anos, após o contato intenso com a sociedade envolvente, foi se estabelecendo a dependência aos medicamentos alopáticos, enquanto isso, a medicina tradicional foi se perdendo. Várias pesquisas têm demonstrado que, a absorção de elementos socioculturais do exterior por parte das populações indígenas é um fenômeno complexo, que implica uma análise e uma adaptação realizada a partir dos próprios esquemas culturais (GIL, 2007).

Gil (2007) afirma que uma distinção entre a medicina tradicional e a biomedicina como dois sistemas contrapostos e diferentes, estranhos e excludentes entre si, não dá conta da forma como esses grupos experenciam e usam os recursos terapêuticos ao seu alcance.

[...] criar mecanismos para que o pajé passe conhecimentos referentes a medicina tradicional, a fim de que substitua os medicamentos usuais pelos tradicionais [...]. (O.I).

Torna-se evidente a preocupação deste participante com o resgate da medicina tradicional, É insinuado que não é simples e acessível a transmissão dos conhecimentos médicos pelo pajé à comunidade, o que aparenta ser difícil de resgatar, visto que boa parte desses líderes étnicos já estão velhos e podem levar consigo o saber que têm.

A preocupação em resgatar o conhecimento tradicional não se restringe somente aos índios do Acre, faz parte das reivindicações dos movimentos indigenistas em todo país atualmente. Quando Boniwa afirma que, provavelmente o modo de viver a vida nas aldeias vem se modificando continuamente, principalmente com a globalização, através dos meios de comunicação, como televisão e internet, que têm contribuído para a diminuição das reuniões em família, “caminhadas no mato, perto do fogo, de manhã”.

O depoimento abaixo, sobre a revalorização da cultura, é de André Boniwa, vice-presidente da Federação das Organizações do Rio Negro:

Queremos superar alguns limites. Para isso pretendemos tornar os mais velhos, os líderes religiosos mais próximos do movimento. O registro da nossa cultura, dos nossos conhecimentos é muito importante. Se não registrarmos, perdemos tudo, ficamos um povo sem história, sem origem. O registro de narrativas místicas é muito forte na educação escolar que montamos. A prática de transmitir o conhecimento oralmente não funciona como antes. É preciso trazer isso para o espaço da escola, é preciso criar novamente a relação dos jovens com o conhecimento, que antes era produzido nas roças, nas caminhadas no mato, dentro de casa, perto do fogo, de manhã. (RICARDO; RICARDO, 2006, p. 23).

A preocupação com o resgate do conhecimento tradicional também existe na fala do profissional:

[...] tem muitas doenças comuns e temos que identificar quem são as pessoas que trabalham com a medicina tradicional. Casar o conhecimento técnico com o tradicional pra resolver essas doenças [...]. (O.C).

O texto apresenta uma necessidade de mapear na comunidade, onde se encontram os conhecimentos da medicina tradicional. Ao usar o termo “casar o conhecimento tradicional com os conhecimentos técnicos pra resolver essas doenças”, demonstra que é possível essa relação para o enfrentamento dos problemas de saúde nas comunidades.

[...] compartilhar conhecimentos tradicionais com as pessoas mais novas para promover a continuidade desse conhecimento por diferentes gerações. Compartilhar conhecimentos entre as diferentes comunidades [...]. (O.C).

Compartilhar conhecimentos respeitando o saber tradicional é a base para a valorização destes saberes.

[...] a questão do pajé que adquiriu conhecimento ao longo dos anos de vida... o agente deve respeitar esse conhecimento e valorizá-lo [...]. (O.C).

Percebe-se claramente a preocupação das lideranças com o resgate aos conhecimentos tradicionais. Isso porque, atualmente, está havendo uma valorização desses saberes.

A língua também aparece como preocupação em relação ao acesso ao conhecimento.

[...] a questão da língua deve se pensar, que se faça um trabalho para ajudar as etnias que têm dificuldade com a língua. Providenciar alguém que faça a interpretação. (O.T).

Um dos participantes demonstrou preocupação com a língua em determinadas etnias. Sugere que se “faça um trabalho para ajudar as etnias que têm dificuldade com a língua”. É fato que essa dificuldade tem há tempos provocado barreiras para essas comunidades acessarem conhecimentos, informações e interação com outras culturas.

Gradativamente tem se investido na Educação Intercultural e Bilingue o uso da língua tradicional, ou seja, maior presença da língua tradicional em detrimento da língua portuguesa, segundo Lopes e Sichra (2009) esse fator tem gerado uma motivação diversa entre as crianças, assim como uma diminuição da repetição, das faltas nas escolas. Outro efeito bastante visível é o nível de participação dos alunos em sala de aula, a relação horizontal entre as crianças e os docentes e o desenvolvimento da auto-estima.

Essa Educação Intercultural Bilíngüe e a etno-educação devem contribuir para a reconstrução das subjetividades indígenas de maneira que, com essa base reconstruída, eliminem-se as relações assimétricas, negadoras do diferente e opressoras, que marcaram as relações entre indígenas e não-indígenas (LOPES; SICHRA, 2009). Os autores ainda alertam que o fato da demanda que irá reaprender a língua indígena primordial perdida está relacionado ao direito de reivindicar seu caráter indígena e poder acessar, dessa maneira, os novos direitos que a legislação reconhece.

Outro ponto é a questão de gênero relacionado ao perfil adequado para a profissão de AIS, como por exemplo, o de ser responsável pela perpetuação das tradições culturais, conforme este relato:

[...] gênero é importante, eu vi em um encontro que quem leva a tradição e não deixa morrer é a mulher. As mulheres são quem continuam usando a medicina tradicional (O.C).

[...] caso de uma garota de 12 anos e teve problema no parto e o AIS teve dificuldade de cuidar dela. E não tinha contato com ela por essa questão de gênero. (O.C).

A mulher, na segunda fala, é quem melhor cuida da criança e da outra mulher. O relato da experiência mostra que houve “problema no parto e os AIS teve dificuldade de cuidar dela”, da parturiente.

### 5.1.3 Relações interculturais

O próximo texto refere-se às conseqüências do relacionamento com a sociedade indígena.

[...] não temos água tratada e de boa qualidade para beber. A maioria das terras indígenas depende muito da sociedade não-indígena. (O.I).

A dificuldade de acesso à água de boa qualidade para beber pode estar relacionada à relação de dependência com a sociedade envolvente, pois conforme o autor desse relato, “a maioria das terras indígenas depende muito da sociedade não-indígena”.

Essa relação levou a uma dependência e subjugação, causando imobilismo para enfrentamento dos problemas.

[...] podemos trabalhar no sentido de resgatar o que foi perdido. A entrada do homem branco causou a perda dos costumes. (O.I).

Nesse sentido, Thomaz (1995) enfatiza a questão da dinâmica cultural, como as culturas mudam, seja em função de sua dinâmica interna, seja em função de diferentes tipos de pressão externa.

Os grupos indígenas têm demonstrado uma grande capacidade de resistência na re-elaboração contínua de seu patrimônio cultural a partir dos valores próprios da sua sociedade. Quando em contato com a sociedade envolvente, não aceitam passivamente os elementos e valores que lhe são impostos. Aceitam da sociedade aquilo que, de acordo com seus sistemas de significados, é passível de ser adotado (THOMAZ, 1995).

#### 5.1.4 Identidade/diferença

A identidade é reconhecida em um processo relacional entre culturas. A seguir, a fala de uma liderança preocupada com os problemas ocasionados dentro das aldeias a respeito desse relacionamento.

[...] questão do salário é um problema dentro das aldeias, traz divisão na comunidade e alcoolismo. (O.I).

Atualmente, dentro das Terras Indígenas, está havendo, com freqüência, trabalho assalariado através de projetos financiados pelos governos federal, estadual e ONGs. Essa novidade está causando grandes transtornos, divisões, competições, além de estimular o alcoolismo.

Szturman e Gallois (apud RICARDO; RICARDO, 2006) encaram essa situação como um problema social que acontece na maioria das terras indígenas<sup>7</sup>.

A luta é constante, pois políticas públicas estaduais e em geral federais entendem que dar apoio aos índios é assalariá-los. Só que eles acabam assalariando poucos indivíduos num lugar onde há 48 aldeias! Assalariam dez agentes de saúde, mas há 48 aldeias! O lepé está lutando contra esse movimento, formando muita gente e tentando discutir salário. Enfatizamos e apoiamos o uso coletivo do dinheiro particular. Se há cinco assalariados numa aldeia, quem sabe essa aldeia pode passar um pouco para outra, adquirindo bens de uso de todos, como rádios, baterias, ferramentas, etc? O que fazer com um jovem que chega à aldeia com a roupa do mês? Isto tudo é muito discutido. É realmente um trabalho de intervenção enorme. Mas os resultados têm sido bons. (RICARDO; RICARDO, 2006, p. 379).

Nas Terras Indígenas (TI's) também chegou a globalização. Segundo Hall (2003), quanto mais a vida social se torna mediada pelo mercado global, pelas imagens da mídia e pelos sistemas de comunicação globalmente interligados, mais as identidades tornam-se desvinculadas de histórias, tempo e tradições específicas.

---

<sup>7</sup> Entrevista sobre Como o Saber Tradicional se Torna Patrimônio da Humanidade do povo Wajãi, localizado no norte do Pará, Brasil.



Em uma visita técnica ao município de difícil acesso, Marechal Thaumaturgo, tive a oportunidade de conhecer o Centro Ayorenka Atãme Saberes da Floresta, conhecido como o mais estruturado em todo o Brasil, local onde se realizam as capacitações e encontros dos índios. Neste lugar é nítida a presença da globalização através de laboratórios de informática conectados a internet.

O seguinte trecho apresenta uma preocupação com as relações assimétricas advindas desse relacionamento e dos choques que, por vezes, acontecem:

[...] nós solicitamos como achamos melhor, mas a FUNASA faz do jeito que acha melhor. Pedimos poço artesiano e fizeram chafariz, isso não dá certo e aí vêm as doenças. (O.I).

A fala da liderança demonstra e denuncia através da expressão “a FUNASA faz do jeito que acha melhor”, a relação hierárquica de poder, em que as necessidades da comunidade não são consideradas na implantação de políticas e projetos.

Castro (2009) traz uma discussão bastante interessante e pertinente sobre a relação com o Outro. Na perspectiva da interculturalidade e da cooperação é difícil estabelecer uma relação de respeito com o outro e pelo outro fora do contexto de existência compartilhada. As relações simétricas e dialógicas acontecem quando o valor de si mesmo está definido pelo reconhecimento do outro.

## 5.2 Ações integrais

### 5.2.1 Promoção da saúde

O relato de experiência mostra a preocupação que existe em ter alguém capacitado nas comunidades indígenas para lidar com os problemas de saúde mais comuns.

[...] estive nas aldeias há pouco tempo, temos que ter uma pessoa capacitada na comunidade que dê conta daquilo que é mais freqüente. Sabemos que uma das coisas mais graves é a alimentação, se você quiser comer macaxeira não iria encontrar. Isto justifica grande problema de desnutrição entre as crianças. O currículo tem que enfatizar essa questão da prevenção. (O.T).

O texto apresentado torna explícito o conceito de *empoderamento*, no trecho: "...ter uma pessoa capacitada na comunidade que dê conta daquilo que é mais freqüente". O grande problema mencionado nesse texto se refere à desnutrição entre as crianças por falta de alimentos. A idéia de prevenção, citada ao final, não está relacionada com um conjunto de condutas a serem aplicadas ao corpo biológico, mas a uma ação comunitária.

Observa-se que as ações de prevenção estão dirigidas ao desenvolvimento de habilidades à comunidade, capacitando-a para o enfrentamento de problemas que a impossibilitam de possuir melhor qualidade de vida.

Carvalho (2007) enfatiza o compromisso que a nova promoção da saúde deve ter com a defesa da vida, a produção de saúde e de sujeitos, reflexivos, autônomos e socialmente solidários, que podem contribuir para a criação de um novo modo de relações sociais, referenciados na justiça e solidariedade.

Novamente, as falas, a seguir, reforçam a idéia de capacitar a comunidade para o enfrentamento dos problemas.

[...] como a questão da água é um problema, é importante que todos da comunidade tenham conhecimento quanto a manipulação da água e os cuidados que se deve ter. (O.T).

Essa fala ratifica a necessidade e a importância de que todos da comunidade tenham conhecimentos quanto aos cuidados com a água de beber. Isto é, de que a comunidade saiba sobre a importância que existe no cuidado com a água, principalmente, a de consumo humano.

Subentende-se, a partir desses relatos, que as comunidades indígenas estejam enfrentando problemas com doenças de veiculação hídrica ou com pouca escassez de água de boa qualidade. Portanto, todos precisam saber manipular a

água de beber para evitar doenças. Essa ação gera para a comunidade empoderamento para enfrentamento deste problema.

A seguir, observa-se na fala do técnico a preocupação com uma educação em saúde voltada para o empoderamento:

Alerta para a questão de não se formatar um curso que seja de um pacote pronto. Evitar ensinar educação em saúde como, por exemplo, uma fita de vídeo que se coloca para os clientes/pacientes assistirem sem promover uma discussão. É necessário promover discussão. (O.T).

É possível perceber no exemplo acima o “alerta para a questão de não se formatar um curso que seja um pacote pronto”, o que significa trazer para as comunidades indígenas cursos fora do contexto da realidade em que vivem estes povos.

“Evitar ensinar educação em saúde como, por exemplo, colocar uma fita de vídeo para os pacientes assistirem sem promover uma discussão”, é algo que não deve acontecer do ponto de vista do enunciador. Por isso, não se deve ensinar educação em saúde como sinônimo de técnicas e tecnologias que substituam a ação dialógica, que possam interferir no sentir ouvir e, perceber as necessidades do outro.

Pedrosa (2006) enfatiza uma educação em saúde para a cidadania, instrumentalizando a sociedade para participar de intervenções na realidade objetivando uma melhor qualidade de vida.

Note-se agora o que disse uma liderança indígena acerca da importância de seu povo “promover sua própria saúde”.

[...] é preciso que o governo federal trabalhe para que as comunidades chequem a promover sua própria saúde [...]. (O.I).

Atualmente, no Acre, essas lideranças buscam cada vez mais o acesso aos conhecimentos técnicos e políticos da sociedade dominante, a fim de garantir que

sejam reelaboradas as ações das instituições públicas de modo a terem suas comunidades atendidas de forma respeitosa.

Em geral, as lideranças anseiam pelo domínio de mecanismos políticos e saberes da cultura nacional, como estratégia de autodefesa, ou mesmo de sobrevivência, nos enfrentamentos com as instituições governamentais e não-governamentais para viabilizações de alternativas de subsistência e a garantia das famílias nas terras indígenas com qualidade de vida.

É importante que se tenha clareza da relação da água com várias doenças. A etnia Kaxinawá sugere que se insira no curso, saúde, água e preservação de fontes, comunidade e meio ambiente. (O.T).

Percebe-se nesse relato a clareza da concepção do processo saúde-doença, não mais baseado na multicausalidade, mas numa concepção da determinação social deste processo quando chama a atenção para a importância de se “ter clareza da relação da água de beber com várias doenças”. Sugere-se que “se insira no curso saúde, água e preservação das fontes, comunidade e meio ambiente”.

O modelo da determinação social do processo saúde-doença se contrapõe à teoria da multicausalidade porque procura relacionar a forma como a sociedade está organizada ao aparecimento de riscos ou de potencialidades que determinam os processos de adoecer e morrer (FONSECA; BERTOLOZZI, 1997).

O novo modelo da promoção está contemplado na fala deste participante:

[...] importante fazer articulação com a SEAPROF – Secretaria de Agricultura, eles cuidam do fator alimentação [...]. (O.T).

De acordo com o texto, fazer articulação com a SEAPROF remete à idéia de que está havendo nas terras indígenas problemas de escassez de alimentos e que, segundo a fala dessa liderança, este problema poderá ser solucionado ou minimizado através de articulações com outros setores governamentais.

Esse princípio está contemplado dentro do conceito de promoção da saúde baseado na Carta de Ottawa, que apresenta a intersectorialidade entre políticos e dirigentes de todos os setores e em todos os níveis para a construção de prioridades para a saúde.

[...] realmente, o que a gente precisa é articulação desse conhecimento. Evitar trabalhar em caixinhas, mas articular entre as diferentes instituições, por exemplo: Agente Agro florestal, professores, AIS, etc... Para que todos se sintam parte desse projeto e possam construir [...]. (O.T).

Esse pronunciamento reforça, novamente, a necessidade da intersectorialidade e interdisciplinaridade quando diz: “evitar trabalhar em caixinhas, mas articular entre as diferentes instituições”. Subentende-se, ainda, no texto, que nas terras indígenas ocorrem vários cursos de formação para professores, agente agro florestal e os AIS, mas que não há integração de práticas interdisciplinares.

Isso leva a um processo formativo descontextualizado, com visão individual, dificultando uma compreensão mais abrangente dos problemas e intervenções mais efetivas. Nesse sentido, faz-se uma citação sobre esse aspecto no trabalho do Agente Indígena de Saúde, mostrando que

[...] AIS precisa ser um multiplicador dos conhecimentos adquiridos na interação com outras instituições [...]. (O.I).

Durante a realização das oficinas foi solicitado que os participantes colocassem a sua opinião referente às características que os AIS precisam ter para desenvolver seu trabalho e ficou claro, nesse trecho, que um Agente precisa ser “multiplicador dos conhecimentos adquiridos na interação com outras instituições”. Neste caso, manifesta-se um indicativo de solidariedade e cooperação em compartilhar conhecimentos com a comunidade para que ela possa enfrentar seus problemas.

Pode-se perceber nos relatos das falas dos participantes, apresentadas anteriormente, a nova concepção de promoção que traz uma abordagem comprometida com a defesa da vida individual e coletiva.

Segundo Carvalho (2007) as ações de promoção devem pautar-se pela defesa e pelo apoio à qualidade de vida dos indivíduos e agrupamentos humanos nas esferas políticas, econômicas e culturais e que os profissionais responsáveis pela promoção devem ter uma postura que facilite a mediação de interesses conflituosos.

### 5.2.2 Cuidado

Nos relatos apresentados há uma preocupação com o acesso aos serviços de saúde que respondam às necessidades dos indígenas.

Trabalhei como agente de saúde e tem muitos problemas. Acontece muita coisa lá, as crianças adoecem e não temos condições de atender, não tem barco, não em medicamento, não tem infra-estrutura, não tem posto de saúde pra atender os pacientes com diarreia, vômito, pneumonia, verminose e febre. E a gente vê os AshaninKa e Madha enterrar os filhos na beira da praia. (O.I).

[...] nossa reivindicação é pra ter a melhoria de assistência à saúde para os povos indígenas. Queremos achar alternativas pra melhorar. (O.I).

Esse relato, feito por uma liderança, levanta várias questões: Como será o trabalho destes AIS se não há condições de infra-estrutura mínima para desenvolvimento do seu trabalho? Que curso é esse, em que se está discutindo o que na realidade não existe, que é a preocupação com a saúde das comunidades indígenas?

É possível observar nessas falas uma necessidade por um sistema de saúde resolutivo que atenda aos anseios das comunidades indígenas.

O relato a seguir mostra como ocorre o processo de trabalho da equipe na aldeia:

[...] cheguei em uma aldeia e vi a enfermeira com uma técnica de enfermagem sentada numa cadeira com uma fila, consultando e distribuindo medicamento como se aquilo fosse resolver o problema do meu povo [...] (O.I).

Essa fala retrata, através do exemplo da enfermeira com uma técnica de enfermagem consultando e distribuindo medicamento, o nível de organização da atenção à saúde nas comunidades e o processo de trabalho destes profissionais.

Os próximos relatos são extraídos dos relatórios de execução dos módulos, que vem confirmar o processo de trabalho das enfermeiras supervisoras dos Pólos Base do DSEI do Alto Juruá relatado neste documento.

[...] o curso fora mediado por duas enfermeiras supervisoras, que atuam nos Pólos-Base dos Municípios de Marechal Thaumaturgo e Porto Walter. A enfermeira do Pólo Base do Município de Marechal Thaumaturgo atende ao mês, aproximadamente, de oito a dez aldeias e a enfermeira do Pólo Base do Município de Porto Walter, atende 03 aldeias, todas localizadas nos afluentes do Rio Juruá (R.2.1).

[...] ambas as equipes multiprofissionais, não compõem o profissional da área médica. Quem realiza a atenção básica junto às aldeias são as enfermeiras, um odontólogo, um auxiliar de enfermagem e um agente indígena de saúde. No município de Marechal Thaumaturgo nas aldeias Apitwa e Aponina I atuam dois agentes indígenas em saúde. (R.2.1).

O atendimento da enfermeira às aldeias acontece, provavelmente, uma vez ao mês, segundo o texto, já que a enfermeira do Pólo Base do Município de Marechal Thaumaturgo atende ao mês, aproximadamente, de oito a dez aldeias.

Fica explícito que o trabalho dessa profissional está focalizado na realização de consultas e distribuição de medicamentos. Tal fato ocorre devido à grande dificuldade de fixar profissional médico em municípios de difícil acesso com poucas condições de infra-estrutura e oportunidades de atualização.

O texto abaixo confirma as atividades realizadas por enfermeiros nas aldeias:

[...] enfermeiros supervisores realizam as consultas, prescrição de medicamentos, realização de reuniões de prevenção e promoção de saúde, realização de pré-natal, coleta de PCCU e encaminhamentos de pacientes com sintomas mais graves para postos de saúde ou hospital da família (caso de Marechal Thaumaturgo. (R1.1).

[...] é evidente que as enfermeiras supervisoras que atuam nas equipes de saúde multidisciplinar em saúde indígena, não dão conta de acompanhar a atuação dos agentes indígenas de saúde nas atividades específicas de promoção e prevenção, durante as visitas rotineiras nas comunidades indí-

genas, haja vista, o cronograma de atividades relacionadas a cada aldeia não contemplar as relacionadas aos agentes indígenas de saúde e o tempo que requer para o desenvolvimento das atividades das equipes estende-se num período de 03 semanas ao mês, restando apenas uma semana para consolidação e sistematização dos dados. (R1.1).

O sistema de Saúde para os povos indígenas tem enfrentado ao longo de sua história de implantação, vários problemas; desde a formação de equipes multiprofissionais, acesso geográfico às comunidades, infra-estrutura de atendimento nas aldeias, permanência do profissional médico nas equipes por questões financeiras e de acessibilidade aos centros urbanos, a descentralização dos recursos para as prefeituras municipais com pouca compreensão das necessidades de saúde dos descendentes dos primeiros nativos brasileiros.

A fala da liderança remete à idéia de um profissional com práticas de saúde pautadas no modelo biomédico, no “diagnóstico” e tratamento de doenças, priorizando as alterações e lesões corporais em detrimento da ausculta das necessidades de saúde de seu povo.

No final do texto fica explícito que esse tipo de prática não vai “resolver o problema do meu povo”. Essa frase ilustra claramente que os indígenas sabem que tais práticas baseadas no modelo biomédico não resolvem os seus problemas de saúde.

Starfield (2002) apresenta um conceito de atenção primária que poderá satisfazer as necessidades de saúde dos índios. Para a autora, um sistema de saúde baseado em APS busca integrar todos os aspectos desses serviços e que tem por perspectiva as necessidades de saúde da população. Em sua forma mais desenvolvida, atenção primária é o primeiro contato com o sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde das famílias e da população.

Os relatos abaixo se referem aos conhecimentos que os AIS precisam ter para desenvolver seu trabalho.

[...] com relação ao conhecimento dos AIS, ele tem que se aprofundar. Garantir sistema de atendimento com qualidade que faça a comunidade acreditar que o AIS é uma pessoa com conhecimento, na questão da prevenção e curativa [...]. (O.C).

[...] às vezes chegam problemas de saúde na CASAI que não sabemos se é devido a equipe que não está atuando ou se é alguma epidemia que está se



instalando na aldeia. Quando tem um agente que sabe encaminhar os casos, se consegue atuar nisso, é possível fazer o tratamento. A grande dificuldade é convencer os indígenas em fazer o tratamento, então é aí que entra os AIS, que precisam estar aliados às lideranças- pajé, professores, etc., para que possamos fazer um bom trabalho [...]. (O.C).

Os textos apresentados vêm responder à pergunta referente ao conhecimento necessário para o AIS desenvolver seu trabalho. Na primeira fala, fica claro que ele precisa ter conhecimento na questão preventiva e curativa. Não basta somente realizar palestras, orientações, visitas, etc. É preciso, também, conhecer algumas técnicas, utilizar tecnologias simples que possam dar respostas à comunidade diante de problemas de risco iminente à vida.

No segundo texto, a ênfase maior está relacionada à identificação de sinais e sintomas de gravidade das doenças para saber referenciar a Casa de Apoio a Saúde Indígena – CASAI.

O texto indica que a realização de tratamentos com prescrição médica está encontrando dificuldades para serem realizados ou está havendo grandes dificuldades de aceitação do tratamento alopático. Dessa forma, os AIS precisam se aliar às lideranças (pajés, professores, dentre outros) para que se possa fazer um bom trabalho.

Essa preocupação está relacionada ao tratamento prolongado em determinadas doenças crônicas, como é o caso da tuberculose, que ainda apresenta altos índices em determinadas aldeias. A parceria dos AIS com pajés, professores, parteiras, com as lideranças da comunidade e os serviços de saúde que compõem a rede do SUS, está ligada à idéia de rede de cuidado que pode ser estabelecida na comunidade para diminuir o impacto do adoecimento.

A preocupação em conhecer os fluxos adequados para o cuidado está presente na fala a seguir.

[...] conhecer o fluxo adequado para encaminhamento dos pacientes para Pólo Base, CASAI, Distrito e o SUS [...]. (O.C).

Esse texto é uma complementação do analisado anteriormente. Para que os AIS possam encaminhar os pacientes, precisam “conhecer o fluxo adequado”. Para

conhecer o fluxo adequado, o Agente precisa conhecer a Política de Atenção à Saúde Indígena e o Sistema Único de Saúde – SUS.

Agora, a fala da liderança apresenta a percepção que eles, índios, têm em relação à FUNASA.

[...] o que se percebe na equipe da FUNASA é falta de interação com a comunidade [...]. (O.I).

Está explícito no texto, “falta de interação da equipe da FUNASA com a comunidade”.

O objetivo da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é garantir o acesso à atenção integral à saúde de acordo com os princípios do SUS. A Fundação Nacional de Saúde - FUNASA é a responsável pela execução das ações de saúde nos Distritos Sanitários e Pólos Bases.

A história de implantação desta política foi sempre marcada por relacionamentos conflituosos com as comunidades indígenas. Houve resistência dos indígenas a determinadas práticas de gestão, falta de compreensão dos profissionais em relação à cultura, modelo biomédico hegemônico nas práticas de saúde e terceirização da assistência à saúde.

Elaborar um Sistema de Atenção à Saúde Indígena dentro dos princípios do SUS não garante o acesso integral à saúde desta população. Carvalho e Cunha (2006) afirmam que modelos de atenção que procuram atuar fragmentariamente na tríade do modelo ecológico, que constroem projetos terapêuticos a partir da percepção do corpo como máquina ou que consideram a saúde como ausência de doença, têm grandes dificuldades de lidar com a complexidade dos sujeitos individuais e coletivos, com a chamada falta de adesão ao tratamento, com questões subjetivas e relacionais.

**CAPÍTULO – 6 PROPOSTA DE FORMAÇÃO APRESENTADA NOS MÓDULOS: INTRODUTÓRIO, SAÚDE DA MULHER, CRIANÇA E SAÚDE BUCAL**

## 6 PROPOSTA DE FORMAÇÃO APRESENTADA NOS MÓDULOS: INTRODUTÓRIO, SAÚDE DA MULHER, CRIANÇA E SAÚDE BUCAL

---

*É preciso capacitar os formadores que possam pensar sobre a Antropologia... é necessário que compreendam a especificidade de cada povo". (Fala de uma liderança).*

---

Nos módulos analisados, o grupo das ações integrais encontram-se as categorias: integralidade da atenção e processo de trabalho com as subcategorias: promoção, cuidado e planejamento.

No grupo das práticas pedagógicas encontram-se as categorias: identidade/diferença e relações interculturais.

O quadro 5 apresenta os grupos de categorias e subcategorias encontradas nos dois módulos analisados.

Grupos	Categorias	Subcategorias
<b>6.1 Ações Integrais</b>	6.1.1 Integralidade da Atenção.	6.1.1.1 Promoção da Saúde.
	6.1.2 Processo de Trabalho	6.1.2.2 Cuidado
		6.1.2.3 Planejamento
<b>6.2 Práticas Pedagógicas</b>	6.2.1 Identidade/ diferença	
	6.2.2 Relações interculturais	

Quadro 5 - Grupos de categorias e subcategorias dos módulos: Introdutório, saúde da mulher, criança e saúde bucal

## 6.1 AÇÕES INTEGRAIS

### 6.1.1 Promoção da saúde

As unidades de registros, a seguir, apresentam a estrutura curricular, o perfil de conclusão dos AIS e as competências apresentadas nos dois módulos em tela:

A estrutura curricular está organizada em módulos temáticos, sob os princípios da interdisciplinaridade e intersectorialidade, enfocando a promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos de maior impacto epidemiológico entre os povos indígenas. (BRASIL, 2005a).

De acordo com o texto, os módulos são organizados obedecendo aos princípios da interdisciplinaridade e intersectorialidade enfocando a promoção da saúde e prevenção das doenças. O enfoque da promoção da saúde está relacionado à Carta de Ottawa quando cita a intersectorialidade e a interdisciplinaridade como princípios.

A partir desses achados, pode-se inferir que o curso tem a pretensão de formar os educandos para trabalhar no Sistema Único de Saúde – SUS, tendo como eixo norteador a integralidade.

A Constituição de 1988 traz como um dos princípios do SUS, o conceito de integralidade: “[...] entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. (MACHADO et al, 2007). O autor citado mostra que o conceito de integralidade não se configura somente como uma diretriz do SUS, mas permite a identificação do usuário como sujeito histórico, capaz de participar ativamente das decisões.

O Curso apresenta o seguinte perfil de conclusão:

O agente indígena de saúde será formado para participar da atenção à saúde de todos os membros de sua comunidade e das localidades de sua área de abrangência, devendo desenvolver prioritariamente ações de vigilância em saúde, prevenção e controle das doenças e agravos, por meio de visitas domiciliares, atividades educativas individuais, familiares e coletivas e ações de atenção primária à saúde, sob a supervisão e acompanhamento de profissionais de saúde capacitados para exercerem essa função instrutores/supervisores, lotados nas equipes de saúde dos distritos sanitários. (BRASIL, 2005a, p.10).

O perfil profissional apresentado tem uma coerência com a estrutura curricular dos módulos. Traz à tona o sentido de Atenção Primária vinculada à vigilância em saúde e prevenção de doenças e controle de agravos. As atividades educativas, visitas domiciliares e as ações de atenção primária à saúde só poderão ser desenvolvidas com a presença de profissionais de saúde capacitados.

Nesse sentido pode-se questionar como os AIS poderão exercer suas atividades na comunidade se a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) está presente somente uma vez ao mês nas aldeias?

É preciso realizar uma análise crítica do subsistema de saúde indígena implantado atualmente. Como conseqüência, esse perfil apresentado pelo módulo também precisa ser reavaliado, já que não atende ao que ele mesmo determina.

É importante a reflexão a respeito dos Recursos Humanos apropriados para atuar no Sistema de Saúde baseado na Atenção Primária:

[...] Equipes multidisciplinares são essenciais e requerem não apenas a mistura certa de profissionais, mas também uma delimitação de papéis e responsabilidades, sua distribuição geográfica equitativa e treinamento para maximizar a contribuição do trabalho em equipe para os resultados, assim como para a satisfação do trabalhador de saúde e do usuário. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA..., 2008, p. 14-15).

O subsistema de saúde indígena necessita de profissionais que possam responder às necessidades de saúde da população que o utiliza. É preciso, também, de políticas que apontem estratégias para fixação desses profissionais nas TI's,

além de capacitações que possam instrumentalizá-los e satisfazê-los no seu processo de trabalho.

E ainda com relação as ações integrais, apresento as competências e habilidades presentes nos módulos.

- Elaborar seu plano de trabalho com base na identificação das necessidades relacionadas ao processo saúde-doença, de acordo com o contexto de sua atuação.
- Desenvolver ações de promoção da saúde, indicadas para as diferentes fases do ciclo da vida.
- Realizar ações de promoção que resultem em melhorias da qualidade de vida, utilizando os recursos dos serviços e práticas existentes, de forma articulada com recursos de outros setores.
- Empreender ações básicas de atenção à saúde individual, familiar e coletiva, com ênfase na prevenção das doenças transmissíveis e no monitoramento do meio ambiente. (BRASIL, 2005a, p. 13).

O tema “Promoção da Saúde” está presente nas competências apresentadas. A primeira traz explícita a expressão “necessidades relacionadas ao processo saúde doença”, propõe relacionar o processo saúde-doença com os principais determinantes, inclusive os socioculturais. Esse aspecto considera como objeto de atenção o perfil de saúde-doença dos grupos sociais e a questão que desencadeia os processos de adoecimento.

Na segunda competência não está explícita a concepção saúde-doença, e sim, enfoca que ela deve acontecer em “diferentes fases do ciclo da vida”.

Já a terceira traz elementos como “melhoria da qualidade de vida” e “articuladas com outros setores”. Essa competência se relaciona ao conceito de promoção da saúde da Carta de Ottawa (BRASIL, 2001), que traz as ações ligadas às políticas públicas, parcerias interinstitucionais, trabalhando com noções de responsabilização múltipla.

Na quarta competência, o conceito de promoção da saúde é assegurado através de ações de “prevenção das doenças transmissíveis”.

Conclui-se, portanto, que embora seja visível nas competências a preocupação com a qualidade de vida, relacionar o processo saúde e doença com os determinantes sociais. Esta formação poderá conduzir a um processo formativo alicerçado na Medicina Preventivista, pois associa a Promoção da Saúde com a Prevenção de doenças.

O modelo preventivista consiste em uma autoria de Leavell e Clark, os quais defendiam que todas as ações em saúde deveriam ser consideradas preventivas, estabelecendo alguns níveis de prevenção através da História Natural da Doença (MATTOS, 2003).

Dando sequência, vejamos os objetivos gerais e específicos dos Módulos do curso de AIS:

#### Geral [sic]

Capacitar os Agentes Indígenas de Saúde para atuarem em suas comunidades, identificando os problemas de saúde, especificamente os relacionados à diarreia e IRA, visando a resolução precoce e livre de riscos para a população.

Qualificar os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) para atuarem em suas comunidades identificando os problemas de saúde nas diversas fases do ciclo biológico e desenvolvendo ações de promoção à saúde da mulher, criança e saúde bucal. (BRASIL, 2005b).

#### Específicos

Descrever sinais e sintomas das doenças diarreicas infecções respiratórias; Participar, junto à equipe de saúde, das ações de prevenção e controle da diarreia/ desidratação e IRA;

Realizar atividades educativas e de promoção à saúde, relativos à diarreia/desidratação e IRA;  
Participar, junto à equipe de saúde, da aplicação de tratamentos padronizados em casos de diarreia/desidratação e IRA. (BRASIL, 2005a, p. 19).

Realizar atividades educativas relativas à higiene bucal, escovação supervisionada e fluoroterapia;  
Participar junto à equipe de saúde de ações de promoção à saúde da mulher relativas à prevenção das DST/AIDS, câncer de colo uterino e atendimento perinatal;

Participar junto à equipe de saúde de ações de promoção à saúde da criança relativas ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, vigilância nutricional e imunização básica. (BRASIL, 2005b, p. 7).

Os objetivos gerais destes módulos explicitam que a formação está direcionada para a identificação dos problemas de saúde nas diversas fases do ciclo biológico sendo o enfoque da promoção da saúde na biologia humana.

Segundo Saube e Wendhausen (2007), o modelo predominante do Processo Saúde-Doença é o biologicista, teoria da unicausalidade, que tem influenciado a formação dos profissionais, além disso, observa-se as ações de prevenção serem confundidas com promoção.



Os objetivos específicos continuam seguindo a coerência dos objetivos gerais dos módulos, dando ênfase à concepção do processo saúde-doença baseado em fatores uni e multicausal.

As atividades de promoção estão relacionadas com prevenção das doenças, portanto, as ações educativas são verticalizadas e centradas no indivíduo. Em nenhum momento, apresenta a preocupação em verificar como esta comunidade cuida desses problemas de saúde e quais os mecanismos que dispõem para enfrentá-los.

A concepção do processo saúde-doença baseado no modelo biologicista ancorado na prevenção, em ações somente sobre a biologia humana, até hoje, tem influenciado a prática dos profissionais nos serviços de saúde (LEFEVRE; LEFEVRE, 2007).

Após os objetivos, ver-se-á uma seqüência de atividades que serviram de direcionamento para as ações pedagógicas aos educandos e mediadores. As atividades prescritas estão direcionadas para trabalhos em grupos, apresentação dos resultados em plenária, desenhos, dramatizações, estudo de caso, etc.

Quais as doenças mais comuns na sua comunidade?

Desenhe o corpo humano, destacando o caminho da comida, escrevendo os nomes das partes do corpo por onde ela passa.

Discuta as seguintes questões: O que é diarreia?

Discuta as partes e as funções do organismo afetadas quando a pessoa tem diarreia e doença respiratória.

Discuta as funções de cada parte do corpo no caminho do ar.

Faça uma lista dos sinais e sintomas da gripe, que medidas podem ser tomadas para se prevenir a gripe? (BRASIL, 2005a, p. 21).

Retome a lista de doenças elaborada no Módulo Introdutório, seq.1 ativ.4 e responda às perguntas abaixo: as doenças listadas são as mesmas de antigamente? em que fases da vida as mulheres e crianças adoecem mais? por que isso acontece? (BRASIL, 2005b, p. 10).

Nas atividades propostas, observa-se uma operacionalização na prática dos objetivos. Aparecendo sempre os mesmos termos: partes do corpo, funções do organismo, doenças mais comuns, sinais e sintomas.

A ênfase dada ao biológico, nos sinais e sintomas e na presença do microorganismo como responsável pelo aparecimento da doença, reforça a concepção do processo saúde/doença impregnada nas atividades propostas.

Portanto, o modo de conceber, compreender o processo saúde-doença leva a um corpo de conhecimentos e práticas pedagógicas que influenciam o modo de agir nas ações e soluções para problema de saúde (CUTOLO, 2009).

O texto a seguir refere-se a preparação de uma palestra.

Prepare a palestra, considerando os fatores que contribuem para a maior ou menor vulnerabilidade/resistência do organismo a infecções: idade, raça, sexo, estado nutricional, uso de álcool e drogas, presença de infecções repetidas. Ilustre com outras situações cotidianas que envolvem esses fatores. Utilize bibliografia de apoio indicada ao final do módulo. (BRASIL, 2005b, p. 16).

A orientação acima é dirigida ao instrutor para que os educandos elaborem uma ação educativa considerando exclusivamente os fatores biológicos expressos nos termos “maior ou menor vulnerabilidade/resistência do organismo a infecções”.

Segundo Carvalho (2007), a promoção da saúde Behaviorista trabalha com uma concepção de sujeito como se fosse um ser que resulta de determinações de natureza biológica ou comportamental. Essa concepção de educação e saúde é considerada por Pedrosa (2006), como prática positivista, prescritiva, desvinculada da realidade e distante dos sujeitos sociais, tornando-os passivos das intervenções, na maioria das vezes, preconceituosas e punitivas.

### 6.1.2 Cuidado

No Módulo de Saúde da Mulher, Criança e Saúde Bucal as atividades propostas para serem desenvolvidas no trabalho dos AIS, tem-se como exemplo:

Coordene a atividade, estimulando os grupos a criar situações do cotidiano das aldeias, ressaltando os principais cuidados que os AIS podem desenvolver na sua rotina de trabalho, acompanhamento do estado geral da gestante (peso, medida da altura uterina, controle da pressão arterial) a puerpera (controle de temperatura no pós-parto, acompanhamento da amamentação, prevenção de DST e câncer de colo uterino). Trabalhe com os agentes a técnica de verificação de Pressão arterial e de medida da altura uterina, conforme protocolo do Dsei. (BRASIL, 2005b, p. 13).

Esse texto refere-se às orientações que o instrutor deve desenvolver com os educandos, relacionando os principais cuidados que os AIS podem desenvolver na sua rotina de trabalho. As atividades propostas vão desde “o acompanhamento do estado geral das gestantes” ao “acompanhamento da amamentação, prevenção de DST e câncer de colo uterino”.

Parece claro que a preocupação do cuidado explícito nas atividades propostas para os AIS refere-se a um conjunto de técnicas que vão dar respostas a programas verticalizados referentes à Saúde da Mulher e Criança, do Ministério da Saúde, focando somente no ciclo reprodutivo.

A herança deixada pelo modelo liberal privatista individualizado à saúde, responsável pela fragmentação do cuidado, centrado na produção de atos, predominando as técnicas sem levar em consideração o contexto onde ocorre o encontro entre o profissional e o usuário, tem chegado às terras indígenas como modelo hegemônico de saúde.

A noção de integralidade exige certa horizontalidade dos programas anteriormente verticais do Ministério da Saúde. A equipe deve passar a pensar suas práticas a partir das necessidades e não mais na inserção específica neste ou naquele programa.

Para Ayres (2004), cuidado em saúde ou cuidado de saúde não significa um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para se obter sucesso no tratamento. O cuidado é para, além disso, uma categoria filosófica e uma atitude prática frente aos sentidos que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que requer uma ação terapêutica, isto é, um encontro entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou para proporcionar um bem estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para sua finalidade.

Ainda focando no trabalho dos AIS, o próximo texto mostra uma orientação para os instrutores organizarem, a partir das fichas de avaliação de desempenho, uma indicação de proposta para implantação futura de programas de vigilância à saúde da mulher, criança, nascimento e vigilância nutricional.

Supervisione as atividades dos AIS, orientando o trabalho, utilizando as fichas de avaliação de desempenho. Organize esses registros para a implantação futura dos Programas de Vigilância à Saúde da Mulher, Criança, Nascimentos e Vigilância Nutricional. (BRASIL, 2005b, p. 19).

O texto confirma a preocupação apresentada na atividade analisada anteriormente, isto é, a “implantação futura dos programas de vigilância à saúde da mulher, Criança e Vigilância Nutricional”. E, novamente, aparece a idéia do cuidado fragmentado, através de programas verticalizados, sem levar em consideração o contexto social.

Mattos (2004) reforça o pensamento de Ayres quando postula que a idéia de integralidade envolve práticas de saúde intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se relacionam com sujeitos, e não com objetos; o que implica numa dimensão dialógica, em que os conhecimentos técnicos são utilizados para identificar as necessidades de ações e serviços de saúde de cada sujeito onde ocorreu o encontro.

Defender a integralidade nas práticas é defender que a oferta de ações deva estar sintonizada com o contexto específico de cada encontro (MATTOS, 2004).

### 6.1.3 Planejamento

O processo de trabalho dos AIS envolve planejamento das atividades a serem desenvolvidas na comunidade.

Planejar seu trabalho, atuando individualmente ou em equipe, avaliando e reorientando o processo da implementação da atenção básica sob sua responsabilidade. (BRASIL, 2005a, p. 13).

O texto mostra que o trabalho deve ser planejado, não importa se estará atuando em equipe ou individualmente na avaliação e reorientação da atenção básica.

Como o AIS poderá atuar individualmente na avaliação e reorientação da atenção básica sob sua responsabilidade sem a participação da equipe e comunidade?

Langdon (2007) através de uma pesquisa realizada nas Terras Indígenas (T.Is) sobre a formação e o papel do AIS mostrou grandes problemas relacionados com a equipe de trabalho. Dentre esses problemas, destacam-se: a falta de capacitação adequada, a rotatividade da equipe, o excesso de burocratização das atividades, a falta de comunicação e integração entre as atividades e a agenda dos AIS que estão no campo e os postos de saúde que atendem a população.

Outro fator notado neste estudo é a ausência de reconhecimento profissional da categoria de Agente Indígena de Saúde, tanto pela equipe de trabalho, quanto pelos profissionais de saúde na rede referência do SUS (LANGDON, 2007).

É preciso pensar com cuidado, a respeito do papel dos AIS dentro das equipes multidisciplinares de saúde. Abaixo, algumas habilidades referentes ao processo de trabalho dos AIS, a saber:

Identificar a natureza do trabalho a ser realizado, considerando o quê, para quem e como fazer;  
 Organizar seu trabalho, com base nas demandas da comunidade e na programação do seu Distrito Sanitário;  
Participar junto aos conselhos local e distrital de saúde indígena, avaliando a prestação de serviços: cobertura, impacto e satisfação;  
Realizar ações de comunicação, buscando o apoio das lideranças indígenas e a utilização dos meios de comunicação disponíveis, para interagir com sua equipe e com os usuários. (BRASIL, 2005a, p. 14).

As habilidades apresentadas trazem elementos que caracterizam a organização do processo de trabalho, como se pôde observar. No entanto, percebe-se que o trabalho dos AIS encontra resistência também dentro da própria aldeia. Além das relações hierárquicas e desiguais estabelecidas entre os AIS e os membros da equipe, há ainda que salientar as dificuldades encontradas na realização de visitas domiciliares.

Essas dificuldades dizem respeito, por exemplo, ao deslocamento, por causa das distâncias, discórdias políticas, que fazem com que os AIS de famílias rivais não se visitem. Além de tudo isso, a comunidade espera que eles cumpram atividades dos médicos (LANGDON, 2007).

Este estudo mencionado trata da realidade da maioria das TIs. Portanto, no processo formativo é importante levar em consideração tais experiências, problematizando com os AIS o seu papel dentro da equipe e com a comunidade.

A participação dos AIS dentro dos conselhos locais e distritais de saúde precisa ser avaliada. Há de se questionar: como acontece essa participação? Qual é a efetividade dessa participação?

O momento em que eles, AIS, retornam para suas aldeias e têm que realizar determinadas tarefas é nas atividades de dispersão. Eis algumas delas:

Quantas crianças nasceram este ano na aldeia?

Identifique os serviços de saúde existentes em sua terra indígena e descreva as ações de saúde que cada serviço oferece.

Retome a lista das doenças mais comuns em sua comunidade e identifique na rede de serviços locais onde as pessoas são atendidas. (BRASIL, 2005a).

No texto analisado há uma solicitação acerca da informação de quantas crianças nascem nas aldeias, identificar os serviços de saúde existentes e locais onde as pessoas são atendidas. Tudo isso é levado em conta porque é importante que os AIS reconheçam o território que está sob sua responsabilidade, como também identifique a rede de serviços que se relaciona com seu processo de trabalho para garantir o cuidado aos indígenas. O cuidado em saúde não se restringe apenas a um ato pontual e às competências e tarefas técnicas, mas uma atitude de respeito, preocupação e responsabilidade.

Dando seqüência, os textos seguintes apresentam o planejamento de ações educativas.

Com base nas discussões sobre a Saúde da Mulher e da Criança prepare as ações educativas e de promoção da saúde a serem realizadas nas aldeias, conforme o roteiro abaixo: palestras com a comunidade; reuniões com grupos específicos de crianças, gestantes, mães; visitas domiciliares. (BRASIL, 2005b, p. 15).

Participe da atividade de planejamento de ações educativas na comunidade sobre o tema Saúde da Mulher e Saúde da Criança. Utilize o roteiro abaixo: qual será a atividade? como será realizada? quem vai participar? quais pessoas da comunidade podem ajudar no trabalho educativo? qual o material necessário? (BRASIL, 2005b, p. 15).

Observa-se nessas orientações um planejamento de ações educativas a serem desenvolvidas na comunidade pelos AIS, tais como: Palestras, reuniões com

grupos e visitas domiciliares. Essas ações estão restritas a grupos específicos de crianças, gestantes e mães.

Uma das atividades primordiais desenvolvidas no processo de trabalho dos AIS está relacionada com a promoção de saúde manifesta em atividades educativas na comunidade.

A forma como a orientação vem sendo sugerida para essas ações nos dois módulos analisados, estão relacionadas com a concepção do processo saúde-doença, que vem sendo apresentada nos objetivos e atividades pedagógicas baseadas no modelo preventivista compreendendo saúde como desequilíbrio do corpo e ênfase nas doenças.

Esse modelo de formação e práticas em saúde focadas nas ações de prevenção leva a um agir educativo embasado em uma postura autoritária descontextualizada dos anseios e desejos das comunidades.

## 6.2 PRÁTICAS PEDAGÓGICAS

### 6.2.1 Identidade/diferença

A unidade de registro, a seguir, faz parte do texto da introdução do módulo em análise.

A capacitação dos agentes de saúde vem sendo realizada por diversas instituições e é bastante heterogênea quanto aos objetivos, metodologia e aos mecanismos de avaliação. Tem como característica a predominância de cursos teóricos com duração variável, geralmente com grandes períodos de espaçamento entre eles. Os assuntos abordados, embora muitas vezes pertinentes à situação local, geralmente não estão ordenados de modo a favorecer uma formação de complexidade crescente.

Nesse contexto, a proposta aqui apresentada está inserida no processo de construção dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e tem como objetivo normalizar as ações concernentes à sua capacitação e inserção institucional, contemplando a discussão com as comunidades sobre o papel do agente, sua seleção, capacitação e educação continuada, acompanhamento, avaliação e institucionalização do programa. (BRASIL, 2005a, p. 9).

O texto se refere à capacitação dos AIS que vem sendo realizada por diversas instituições de forma diferente, dando heterogeneidade aos objetivos, metodologia, mecanismos de avaliação. Os assuntos abordados, embora sejam importantes, não estão ordenados de modo a favorecer uma formação de complexidade crescente.

Ainda, segundo o texto, a proposta apresentada tem como objetivo normalizar as ações concernentes à sua capacitação e inserção institucional contemplando as discussões com a comunidade sobre o papel do AIS.

*Normalizar* vem de norma, que segundo dicionário de sociologia (JAHNSON, 1997), normas contribuem para criar padrões reconhecíveis que distinguem um sistema ou situação social de outros. Entende-se com isso que a formação dos AIS será realizada a partir de um padrão ou modelo elaborado para os Distritos Especiais Indígenas.

Candau (2008) afirma que uma educação baseada no multiculturalismo assimilacionista promove uma política de universalização da escolarização. Todos são chamados a participar do sistema escolar, mas não se discute o caráter homogeneizado presente na sua dinâmica. Essa posição defende o projeto da cultura comum, ao afirmar que essa deve ser hegemônica, trazendo uma desconsideração dos saberes, crenças, valores pertencentes a grupos subordinados, considerados inferiores, implicitamente. Nesta perspectiva não se abre espaço para a explicitação das diferenças.

### 6.2.2 Relações interculturais

As unidades de registros evidenciam as relações interculturais, como apresentado no texto abaixo:

Recomenda-se que o Módulo Introdutório, com 120 horas de concentração e 60 horas de dispersão seja o primeiro a ser aplicado, por introduzir o contexto das relações interculturais e suas implicações no processo saúde-doença e na mudança do perfil de morbimortalidade e a organização dos DSEI. O critério epidemiológico indica a escolha dos módulos subsequentes. (BRASIL, 2005a, p. 9).



O texto apresenta o cuidado em considerar o processo saúde-doença no “contexto das relações interculturais”. Ainda, segundo o texto, esse módulo deve ser o primeiro a ser aplicado, **por introduzir o contexto das relações interculturais**, dando a entender o quão intenso será esse contexto no primeiro módulo. Observa-se uma preocupação, logo no início, com o contexto das relações interculturais, porém, não permanece em todo o documento analisado.

Nas seqüências das atividades pedagógicas, a seguir, se evidencia este pensamento:

Como o seu povo ocupou a terra?  
 Como se deu o contato com o não índio?  
 Que mudanças aconteceram daquela época até hoje?  
 Quais problemas de saúde ocorreram com os povos indígenas após a relação com os não índios?  
 Oriente a discussão em grupos, explorando a utilização do tratamento tradicional e da medicina ocidental:  
Apresente a padronização do Ministério da Saúde para o tratamento da desidratação (TRO). (BRASIL, 2005a, p. 22-24).

O início da sequência de atividades propostas no módulo traz a questão da interculturalidade quando investiga a ocupação da terra, como se deu o contato com o não índio, as mudanças que aconteceram e as relações com os não-índios. Em seguida, começa a ênfase no tratamento, fazendo uma relação entre o tradicional e a medicina ocidental. Por fim, apresenta o tratamento padronizado pelo Ministério da Saúde.

Dessa forma, todo o questionamento acerca da interculturalidade não permeia transversalmente as atividades pedagógicas; o que prevalece é uma preocupação com práticas que valorizam o tratamento das doenças. Não há uma exploração de como as diversas etnias procuram resolver os problemas de saúde a partir das tradições e costumes. Essas ações também homogeneizam a questão dos índios, entre eles não há diferença, como se todos, por serem índios, fossem iguais, trabalhando-se na perspectiva que as identidades são fixas.

Candau (2008) coloca que quando se promove o diálogo intercultural se assume uma abordagem de orientação e se focaliza, com freqüência, as interações entre diferentes grupos socioculturais de modo superficial, reduzindo a visibilização

de algumas expressões culturais desses grupos, sem enfrentar a temática das relações de poder que perpassam as relações interculturais (CANDAUI, 2008).

Nas atividades pedagógicas aparece o contexto étnico não como elemento norteador das práticas pedagógicas, mas simplesmente como narrativas étnicas. A preocupação maior ainda é reforçar um processo saúde-doença baseado na teoria da multicausalidade.

Em síntese, pode-se observar, na seqüência das atividades pedagógicas, a intencionalidade implícita em apresentar a “padronização do Ministério da Saúde para o tratamento de desidratação”.

Apesar da intenção de discutir a interculturalidade esta discussão não permeia o processo educativo. Lopes e Sichra (2009) afirmam que para que exista uma educação na perspectiva intercultural é preciso avançar numa intencionalidade que apele para a transformação da sociedade hegemônica no reconhecimento do caráter multicultural do país e da necessidade de construir uma sociedade intercultural.

Segundo os autores, ainda não se conseguiu operacionalizar de modo suficiente a noção de interculturalidade, ultrapassando as narrativas étnicas discursivas e incipientes que não têm contribuído para a modificação dos comportamentos e das relações sociais na sala de aula e na escola para impregnar o conjunto da sociedade.

O texto a seguir, refere-se ao instrutor.

O instrutor deverá também ser sensibilizado sobre aspectos culturais dos grupos indígenas sob sua responsabilidade, com vistas a uma interação respeitosa com a população. (BRASIL, 2005a).

Na frase que o texto apresenta, o instrutor deve ser sensibilizado sobre aspectos culturais dos grupos indígenas. O objetivo da sensibilização, segundo o texto, visa uma interação respeitosa.

Silva (2003) chama atenção para um “multiculturalismo humanista ou liberal”, que reforça a idéia de que diferentes grupos culturais seriam iguados por sua comum “humanidade”. Esse tipo de multiculturalismo apele para o respeito, a tolerância e a convivência pacífica entre as diferentes culturas.

Essa idéia de tolerância, respeito, implica num certo essencialismo cultural pelo qual as diferenças são fixas, restando apenas respeitá-las. Não obstante, no currículo não se deve ensinar a tolerância e o respeito, mas insistir numa análise dos processos pelos quais as diferenças são produzidas (SILVA, 2003).

Nas atividades pedagógicas, também é possível visualizar, no Módulo de Saúde da Mulher, Criança e Saúde Bucal, a forma como as experiências de práticas tradicionais são abordadas as relações interculturais.

Divida os alunos em pequenos grupos que irão trabalhar as seguintes fases do ciclo biológico: do nascimento até o desmame, da infância até a puberdade, vida adulta e velhice. Atente para os aspectos culturais na divisão das fases da vida. Nas discussões, estimule o relato de práticas tradicionais para prevenção de doenças (alimentos, ervas, raízes, rezas e rituais). (BRASIL, 2005b, p. 9).

Novamente, fica notória a preocupação com os aspectos culturais, quando se pede para que “atente para os aspectos culturais na divisão das fases da vida”. No momento dos relatos de “práticas tradicionais para prevenção de doenças”, observa-se a preocupação com os aspectos culturais.

Infelizmente, essa inquietação em considerar a interculturalidade nas atividades pedagógicas não é uma constante, aparece em momentos pontuais, como foi também observado no módulo anterior.

Para Silva (2003), o texto racial e étnico não poderá ser somente “tema transversal” no currículo. É uma questão de conhecimento, poder e identidade. O conhecimento sobre raça e etnia não pode ser separado daquilo que os educandos se tornarão como seres sociais.

Portanto, o currículo não se tornaria multicultural pelo simples acréscimo de informações superficiais sobre outras culturas e etnias. Não se trata somente de ressaltar a diferença e a diversidade, mas de questioná-la (SILVA, 2003).

As atividades pedagógicas continuam enfatizando as práticas tradicionais como práticas de prevenção.

Apóie os preparos e a apresentação dos grupos. Auxilie na listagem dos problemas de saúde da mulher e da criança – incluindo os problemas de saúde bucal – relatados em cada grupo, para discussão posterior. Auxilie na sistematização das diferenças e semelhanças entre as práticas tradicionais de prevenção das doenças de cada grupo. (BRASIL, 2005b, p. 9).

Nessa orientação para o mediador aparecem na lista de problemas de saúde da mulher e da criança, os que se relacionam com a saúde bucal. O objetivo dessa atividade é identificar as “diferenças e semelhanças entre as práticas tradicionais de prevenção das doenças de cada grupo”.

Há um interesse em resgatar as práticas tradicionais para comparar com o modo de prevenção de doenças entre as etnias e com as utilizadas atualmente pelo sistema de saúde. Nessa relação entre as etnias, o foco está somente em conhecer as diferentes formas de prevenção, sem enfrentar as relações de poder que se configuram nessas relações interculturais e nem a história que marca suas especificidades (SILVA, 2003).

Este estudo de caso serve para evidenciar as conseqüências do relacionamento intercultural.

Amrebe, kubenkryt boi ket kam, me kuni awameikumre, meprire, menire, meabatoit, mekuni...(Faz tempo, quando o homem branco não chegou ainda, todos nós tínhamos os dentes bons, crianças, mulheres, adultos, todos nós...). Assim, em 1979, os mais velhos Metyktire começaram a me contar sobre seu povo, seus dentes e o que aconteceu com eles após o contato com a sociedade envolvente. O aparecimento da cárie dental, assim como o da tuberculose e muitas outras doenças contagiosas é sempre associado por eles com o início do contato com pessoas de nossa sociedade. (BRASIL, 2005b, p. 16).

O texto faz um relato das conseqüências ocorridas, ao longo do tempo, nas relações interculturais, mencionando o aparecimento de cárie, tuberculose e outras doenças contagiosas, sempre associadas por eles, os índios, com o início do contato com pessoas de nossa sociedade.

É importante salientar que este processo ocorre de forma diferenciada em cada grupo indígena específico. Quanto mais próximas estiverem as aldeias das cidades, mais intenso o processo de assimilação.

As relações interculturais são vistas como ameaçadoras, pois existe uma relação de poder no qual uma cultura enfraquece outra. Lopes (2005) afirma que convivemos cotidianamente com dois discursos em que um afirma o encontro entre duas culturas diferentes como uma relação assimétrica, o outro discurso valoriza a interação e a complementaridade entre as diferentes culturas. Estes discursos

concretizam-se no processo de globalização, na valorização das identidades nacionais e na desvalorização dos diferentes.

Muitas vezes se questiona a possibilidade de um grupo indígena manter a sua cultura quando esse passa a adotar alguns costumes ocidentais. A cultura dos grupos indígenas, como qualquer outra, é dinâmica, assimila certos elementos culturais da sociedade envolvente, dando-lhes novos significados e questionando outros (THOMAZ, 1995).

A Identidade/diferença está presente em alguns objetivos e atividades pedagógicas do Módulo Saúde da Mulher, Criança e Saúde Bucal.

[...] reconhecer a estrutura familiar indígena e o papel da mulher no grupo; reconhecer as diversas fases do ciclo biológico da mulher e os problemas de saúde característicos de cada uma delas, atentando para as especificidades culturais de cada povo [...]. (BRASIL, 2005b, p. 9).

[...] Desenhe sua família. Participe da montagem de um painel com os desenhos e discuta: quem são os membros da família? Quais as atividades de cada um no cuidado da família? [...]. (BRASIL, 2005b, p. 9).

Nessas atividades pedagógicas os AIS apresentam a estrutura familiar, o papel da mulher no grupo atentando para as especificidades culturais de cada povo.

**CAPÍTULO - 7 ANALISANDO O CURSO EM MOVIMENTO ATRAVÉS DOS RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DOS MÓDULOS: INTRODUTÓRIO, SAÚDE DA MULHER, CRIANÇA E SAÚDE BUCAL**

## 7 ANALISANDO O CURSO E MOVIMENTO ATRAVÉS DOS RELATÓRIOS DE EXECUÇÃO DOS MÓDULOS: INTRODUTÓRIO, SAÚDE DA MULHER, CRIANÇA E SAÚDE BUCAL

---

*Agradeço a Deus, a natureza, a todos nós, durante os 16 dias de formação, eu acho importante a aula do professor, como na escrita e oralidade. Aprendi algumas coisas, outras não aprendi. Queremos mais capacitação para cuidar melhor de nossas famílias. (Fala de um Agente Indígena).*

---



Figura 10 - Vista área do município de Jordão  
Fonte: Acervo da ETSMMR



Figura 10 - Centro Ayorenka Atãme Saberes da Floresta – Marechal Thaumaturgo  
Fonte: Acervo da ETSMMR



Figura 10 - Escola Ixubai Rabuy Puyanawá, local da realização das aulas.  
Fonte: Acervo da ETSMMR

Os relatórios descrevem as atividades pedagógicas, a metodologia, o desempenho dos educandos, infra-estrutura, aspectos negativos e positivos do processo de acompanhamento e considerações finais.

A infra-estrutura, (alimentação, hospedagem, material didático, equipamentos) foi providenciada pela equipe da FUNASA dos cinco Pólos Bases.

A equipe de acompanhamento do processo de aprendizagem enfrentou vários problemas relacionados ao transporte, hospedagem, alimentação, atraso na realização do módulo por falta de combustível para o transporte dos indígenas.

As práticas pedagógicas concentraram-se em trabalhos de grupos com apresentação em plenária, desenhos, dramatizações, dinâmicas, estudo de caso, apresentação de slides em *data show* e explanação oral de conteúdos.

Foram utilizados instrumentos de avaliação tanto elaborados e padronizados pela FUNASA quanto pela Escola Técnica em Saúde. A forma mais acessível mencionada pelos AIS foi a exposição oral dos sentimentos e aprendizagem adquirida nos momentos presenciais.

Nos relatórios de execução dos módulos foi possível visualizar nos grupos das ações integrais a categoria processo de trabalho com as seguintes subcategorias: planejamento e organização da assistência.

No grupo das práticas pedagógicas encontram-se as categorias: Relações interculturais, identidade/diferença e a formação com as subcategorias motivação e processo de mediação.

No quadro 6 apresenta-se os grupos de categorias e subcategorias:

<b>Grupos</b>	<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
<b>7.1 Ações integrais</b>	7.1.1 Processo de trabalho	7.1.1.1 Planejamento
		7.1.1.2 Organização da Assistência
<b>7.2 Práticas pedagógica</b>	7.2.1 Formação	7.2.1.1 Processo de mediação
		7.2.1.2 Motivação
	7.2.2 Relações interculturais	
	7.2.3 Identidade/ Diferença	

Quadro 6 - Grupos de categorias e subcategorias dos relatórios de execução dos módulos: Introdutório, saúde da mulher, criança e saúde bucal



## 7.1 AÇÕES INTEGRAIS

### 7.1.1 Processo de Trabalho

#### 7.1.1.1 Planejamento

Parte das ações de planejamento e das ações educativas pode ser acompanhada a partir dos relatos que serão vislumbrados:

[...] o mediador orientou como eles iriam elaborar seus planejamentos, dentro do que foi orientado pela equipe de acompanhamento do processo ensino-aprendizagem. Logo após as apresentações, o mediador introduziu o tema educação em saúde explicando como deve ser feito as atividades educativas: Não pode ser imposto; não dar ordens; tem que ocorrer diálogo, explicar que não pode ocorrer esporadicamente; não interferir muito na cultura ou regras familiares, não desvalorizando o conhecimento dos outros; não falar só em doenças e sim como preveni-las; ensinar o que é possível; ensinar que as pessoas são responsáveis pela própria saúde; dividir decisões com as outras pessoas da Aldeia; decidir com a comunidade as ações de saúde. (R2.2).

Nessa exposição, observa-se uma preocupação para que a ação educativa não seja impositiva, deve-se abrir para o diálogo, valorizar o conhecimento do outro, ensinar que as pessoas são responsáveis pela própria saúde, dividir decisões e decidir com a comunidade as ações de saúde.

Apesar da concepção do processo saúde-doença centrado nos aspectos biológicos das fases do ciclo da vida estarem impregnados nas atividades pedagógicas, a equipe demonstrou uma preocupação com as práticas educativas estarem voltadas para a promoção da autonomia da comunidade.

Para que haja o fortalecimento das populações para alcançar essa autonomia, parece claro que é preciso lançar mão de uma pedagogia não-normativa e prescritiva, mas dialogal, do tipo proposta por Paulo Freire, que possa propiciar oportunidades de encontros e de trocas entre os profissionais da saúde e a comunidade (LEFEVRE; LEFEVRE; CORNETA, 2004).

É importante ressaltar também que, o empoderamento comunitário é um ato social que acontece quando os indivíduos são capazes de reconfigurar o contexto social no qual vivem para a promoção da qualidade de vida da comunidade (CARVALHO, 2007).

Nesse contexto, Carvalho (2007, p. 76) apresenta os objetivos do empoderamento comunitário.

[...] busca, portanto contribuir para a emancipação humana, o desenvolvimento do pensamento crítico, a superação das estruturas institucionais e ideológicas de opressão propondo um modelo pedagógico que tem por objetivo promover a participação dos indivíduos e coletivos na identificação e na análise crítica de seus problemas visando a elaboração de estratégias de ação que busquem a transformação do instituído [...].

#### 7.1.1.2 Organização da Assistência

Nesse momento, relata-se acerca da falta de profissional para o atendimento nas aldeias.

[...] na primeira semana de aula, os cursistas gostaram das novidades, uso do fio dental e principalmente da saúde bucal preventiva, pois para eles, a restauração não seria possível, devido a falta de odontólogo no município, eles só são atendidos pela Equipe Multidisciplinar com extração de dentes. A turma lamentou a falta de atendimento e no intervalo do almoço elaborou um documento com a assinatura de todos os presentes, solicitando da FUNASA um dentista para o município de Feijó, para atendimento exclusivo das comunidades indígenas do alto e baixo rio Envira. (R2.5).

Aparece nos relatos dos dois módulos a necessidade de profissionais para atuação nas aldeias. Neste caso falta a figura do cirurgião dentista, sendo expresso através de um documento elaborado pelos AIS “solicitando da FUNASA um dentista para o município de Feijó para atendimento exclusivo das comunidades indígenas do alto e baixo rio Envira”.

Este fato parece ser comum nas comunidades indígenas: ausência por longo tempo da presença do profissional para o atendimento às minorias étnicas. O Sistema de Atenção à Saúde Indígena não consegue resolver problemas cruciais para melhorar a qualidade da assistência aos povos nativos.

Segundo Langdon et al (2006), o princípio de atenção diferenciada que pressupõe que os profissionais de saúde devem considerar a particularidade cultural e respeitar práticas de saúde tradicionais ainda não desenvolveu diretrizes que orientem as equipes de saúde. O esforço para oferecer atenção diferenciada são raros, e o que se verifica, na realidade, é uma luta por poder entre a comunidade e as equipes de saúde.

Uma terceira questão está relacionada com a eficiência da participação e controle social. Apesar da participação indígena estar garantida em todos os níveis, mas não se tem eficiência dessa participação através de estudos.

Os relatos, a seguir, reforçam o pensamento de Langdon et al (2006) a respeito do sistema de Atenção à Saúde Indígena.

Nenhuma aldeia possui Centros de Saúde ou local específico para o trabalho das equipes de saúde indígena. As atividades são realizadas nas escolas, casas dos agentes indígenas de saúde, Cupixawá – Casa de reuniões - e na casa do professor da aldeia e até ao ar livre. Os medicamentos prescritos pelas enfermeiras e odontólogo são guardados nas casas dos agentes, do professor ou nas escolas. (R.1.1).

Segundo depoimentos de alguns agentes e das enfermeiras supervisoras, os mesmos encontram muitas dificuldades para a realização de alguns serviços, principalmente a coleta do PCCU – Prevenção do Câncer Colo Uterino, e na realização do pré-natal, onde as mulheres indígenas ficam expostas a curiosos e observadores e em muitas aldeias, os profissionais ficam impossibilitados de realizarem essas atividades de prevenção, porque as mesmas se recusam a se expor. (R1.1).

Em outras aldeias, são colocados lençóis para as mulheres indígenas se acomodarem no chão para a realização do pré natal. Um “indígena lamentou que em determinadas situações esses serviços fossem realizados como os animais irracionais, - “bichos”. (R1.1).

Observa-se que nas aldeias não existem locais adequados para o trabalho das equipes de saúde indígena, o que dificulta a realização de muitos serviços. O segundo texto reforça a pouca infra-estrutura para a prestação do cuidado, já que

“as mulheres indígenas têm que se acomodarem no chão para realizarem o pré-natal”.

Faltam condições mínimas de infra-estrutura para prestação do cuidado, além do modelo de atenção baseado exclusivamente no biologicismo, em que as práticas assistenciais de saúde se focalizam no corpo que apresenta sinais e sintomas de doenças.

O texto a seguir, mostra claramente a situação de saúde em que se encontram as comunidades. Condições precárias de saúde parecem ter interferido, de certa forma, na realização das atividades.

[...] durante o período de realização do curso, houve um surto de diarreia, resultando em 4 mortes de crianças; as aldeias não possuem hipoclorito para ser colocada na água de consumo da população; Os indígenas encontravam-se sem odontólogo há pelo menos 1 ano, o que debilitou a saúde bucal da população [...]. (R.1.4).

Os povos indígenas apresentam um complexo e dinâmico quadro de saúde diretamente relacionados a processos históricos de mudanças sociais e ambientais. O processo de distritalização obteve avanços na extensão de cobertura e no financiamento da saúde indígena. Mas o princípio de uma atenção “culturalmente diferenciada” não tem sido posto em prática, além da baixa qualidade dos serviços prestados. Alguns desses problemas referem-se às insuficiências na gestão da FUNASA, devido a rotatividade dos recursos humanos nos DESEI e ação dos modelos dos convênios para viabilizar uma provisão regular e organizada de serviços. (SANTOS; COIMBRA JR., 1994).

## 7.2 PRÁTICAS PEDAGÓGICAS

### 7.2.1 Formação

#### 7.2.1.1 Processo de Mediação

A mediação dos momentos presenciais foi realizada pelos profissionais da equipe de saúde que fazem atendimento nas aldeias, sendo a maioria os enfermeiros supervisores dos agentes.

Através dos textos, observa-se a grande dificuldade destes profissionais em realizar essa atividade de mediação, seja pela falta de experiência em conduzir processos pedagógicos ou pela não-identificação com esse trabalho.

[...] percebe-se a necessidade de planejamento e capacitação dos profissionais que atuam no processo formativo juntos aos agentes indígenas, despreparo da equipe nos procedimentos metodológicos (R1.3).

[...] a proposta do curso técnico é muito interessante e promissora, no entanto, o material teórico precisa sofrer reformulação minuciosa para que se adéque à realidade dos agentes, que em sua maioria possuem grau de escolaridade muito baixo, ficando incapacitados de realizar algumas tarefas devido a incompreensão das mesmas. A apostila trabalhada não possui fundamentação teórica, seguindo apenas um roteiro aplicado aos agentes (R1.4).

A dificuldade percebida nos instrutores foi um mínimo preparo para atuarem como tais, não sei se existe capacitação destinadas a eles, mas se existe ainda fica a desejar no que concerne ao verdadeiro papel que desempenham, como também a falta de um planejamento único, pois quando cheguei lá me deparei com os instrutores trabalhando com um planejamento diferente do nosso e até uma carga horária diferente e daí precisei conciliar o planejamento deles com o da Escola Técnica. Mas mesmo assim conseguimos fazer uma boa pactuação e as aulas foram muito bem sucedidas. (R.2.4).

Nesses relatos, percebe-se “uma preocupação com a preparação dos mediadores e os procedimentos metodológicos. Os textos são descontextualizados e que não dão respostas às questões do processo ora formatado”. “A apostila trabalhada não possui fundamentação teórica, seguindo apenas um roteiro aplicado aos agentes”.

Observa-se que no planejamento das atividades pedagógicas não se levou em consideração a realidade das comunidades e o grau de escolaridade dos agentes indígenas.

[...] diante desse desafio, sugere-se que a equipe da Escola Técnica em Saúde que acompanhou o referido processo formativo do Módulo Introdutório do referido curso, elabore uma proposta de capacitação contemplando

as dificuldades apresentadas, sugerindo a realização de pesquisa de material teórico para fundamentação das bases e a construção do material didático pedagógico, contemplando o planejamento pedagógico, dentre outros. (R.1.4).

Com isso, a Escola Técnica também é convidada a realizar “capacitação contemplando as dificuldades apresentadas”, sugerida também a “pesquisa de material teórico para a fundamentação das bases e a construção do material didático pedagógico”.

Devido à distância entre os Pólos Bases onde ficam as equipes de mediadores e a Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha, não foi possível realizar o planejamento e a capacitação. Isto é um dos pontos que tem deixado a equipe de supervisão preocupada com os processos pedagógicos.

Percebe-se nos relatórios analisados a inquietação no que tange à descontextualização do material didático com a realidade das comunidades indígenas, deixando claro que os textos básicos utilizados durante o processo de aprendizagem foram inadequados a realidade local e às necessidades dos índios. No contexto das práticas pedagógicas que o currículo se constrói, se faz necessário estabelecer uma íntima relação entre currículo, cultura e prática pedagógica (SACRISTÁN, 2000).

Conforme Sacristán (2000), a escolha em refletir a partir da prática e da realidade local se constitui um problema para a maioria dos professores que se limitam em ensinar somente aqueles conteúdos selecionados previamente pela equipe gestora dos processos pedagógicos de uma Escola. Essa tradição contribui decisivamente para deixar nas mãos de outras pessoas (geralmente as editoras de livro-texto) os conteúdos que devem integrar o currículo e o que é pior, “coisifica” os processos formativos.

Em diversas ocasiões, os conteúdos são contemplados pelos educandos como fórmulas vazias e mal chegam a compreender seu sentido. Ao mesmo tempo, criou-se uma tradição na qual os conteúdos dos livros-textos aparecem como os únicos possíveis, fazendo com que os professores tenham dificuldades em verificar outras possibilidades de conteúdos que poderiam ser incorporados no contexto do processo de aprendizagem. Conseqüentemente, a essa altura já existem muitas vozes ausentes e/ou deformadas na maioria dos currículos planejados e desenvolvidos nas instituições e salas de aula (SACRISTÁN, 2000).

Na verdade, não há uma preocupação com o conteúdo e nem em organizá-lo de forma lógica e contextualizada com os padrões culturais dos escolares. Isso nos dá a impressão de que a escola é um lugar onde os educandos estão passando algumas horas e, assim, sendo beneficiados com alguns conteúdos sem conexão pedagógica, ou seja, sem o devido sentido do que se ensina (SACRISTÁN, 2000).

Os questionamentos apresentados nesse texto são coerentes com as observações encontradas nos relatórios. Sendo assim, com a responsabilidade de certificação, a Escola Técnica começa a questionar a formatação do curso para a realidade das comunidades indígenas. As grandes interrogações da equipe de acompanhamento são:

[...] Como se dará o acompanhamento nas atividades de dispersão?  
Como a equipe acompanhará as comunidades indígenas em tão divergente realidade?  
Como elaborar e cumprir um cronograma de trabalho?  
Como acompanhar o desenvolvimento da competência em sua parte prática?  
Como evidenciar o desenvolvimento da competência?  
A proposta do currículo por competência se adequa a essa realidade?  
Que outra proposta curricular que se adequa a essa realidade?  
Que indicador pode estabelecer como qualidade do curso na parte prática?  
(R1.1).

#### 7.2.1.2 Motivação

Ao analisar os relatórios de acompanhamento pedagógico dos módulos foi possível verificar o alto grau de motivação dos educandos em aprender, bem como o desprovimento de espírito competitivo e egoísmo.

O relato da experiência, a seguir, demonstra a admiração da equipe pedagógica com relação à vontade e motivação dos agentes para aprender. A figura 11 exemplifica a motivação dos AIS.



Figura 11 - Atividades práticas – AIS do Pólo de Marechal Thaumaturgo.

Fonte: Acervo da ETMMS

[...] são eles pessoas maravilhosas de uma inteligência fora de sério, adoram desenhar e interpretar o que desenham numa facilidade impressionante. São muito participativos e assíduos. Durante os quinze dias nunca faltaram e nem chegaram atrasados. Percebe-se neles uma sede enorme pelo conhecimento e na medida em que conhecem já colocam em prática [...]. (R2.4).

O texto refere-se aos agentes indígenas como “pessoas maravilhosas de uma inteligência fora do comum, adoram desenhar e interpretar o que desenham numa facilidade”. Todas as supervisoras da Escola Técnica que realizaram o acompanhamento do processo de aprendizagem tiveram esse sentimento expresso neste relato.

Osório (2005) fala a respeito das inteligências múltiplas baseando-se em H. Gardner. Para o autor, o desenvolvimento cognitivo significa não só as condições biológicas, mas também as sociais e culturais. O cuidado com a saúde, o interesse em descobrir os acontecimentos da vida e ter curiosidade perante a realidade são elementos-chave para se continuar a aprender, já que o nosso cérebro não é um órgão estático.

Assim, os indígenas, devido as condições históricas de subjugação, encontram-se diante da oportunidade de aprender e apresentam-se motivados e interessados em descobrir novos conhecimentos que os tornem mais autônomos e livres.



Durante a realização dos módulos, a equipe de acompanhamento, juntamente com os mediadores, tem convidado para os momentos presenciais as lideranças indígenas para dialogar com os educandos sobre assuntos relacionados às experiências vivenciadas na comunidade.

Neste trecho, a convidada foi uma parteira tradicional, vice-presidente das parteiras da região.

[...] para conversar com os agentes sobre a temática, a equipe convidou uma parteira tradicional Senhora Alzenira da Silva Leal, vice-presidente das parteiras no município, que ministrou uma palestra por meio de uma conversa informal, relatando histórias de vida vivenciadas durante sua trajetória profissional e orientou sobre as principais atividades/habilidades, valores e atitudes necessários a esse profissional. Houve boa participação dos agentes, e algumas perguntas relacionadas com a temática. (R2.1).

O relato explicita que a presença de líderes da comunidade nos momentos presenciais para relatar histórias de vida vivenciadas durante a trajetória profissional torna mais atrativo o momento e garante uma boa participação. Esse momento é interativo: o diálogo acontece numa posição horizontal, a história relatada faz parte da história de todos os envolvidos, então, tudo parece ter significado.

Nesta perspectiva educacional, integrando os diferentes atores, tanto os da comunidade, como os das instituições oficiais estão envolvidos no processo de aprendizagem, procurando encontrar os caminhos mais adequados para refletir e compreender os aspectos que se encontram imersos na vida da comunidade, enfim, a maneira de produzir sua existência.

Este pensamento é reforçado por Cituk (2009, p.158):

[...] procura-se alcançar processos educacionais que integrem as experiências e os processos comunitários, resgatando a articulação dos diferentes agentes comunitários capazes de transmitir suas experiência a outro e de vinculá-los, além disso, ao setor educacional oficial [...].

Em seguida, faz-se necessário comentar relatos referentes à motivação dos atores envolvidos no processo de aprendizagem.

[...] agradeço a Deus, a natureza, a todos nós, durante os 16 dias de formação, eu acho importante a aula do professor, como na escrita e oralidade. Aprendi algumas coisas, outras não aprendi. Queremos mais capacitação para cuidar melhor de nossas famílias. (R2.2).

O texto expressa a gratidão do indígena a vários entes, tais como a gratidão a Deus e a natureza por ter participado do processo de formação. Esse sentimento representa todos os AIS que conseguiram dizer de formas diferentes, ou por escrito, oralmente, no sorriso, essa emoção, algo que se apresenta desde o primeiro módulo.

Há também a sinceridade em dizer que algumas coisas aprenderam, outras não, demonstrando a necessidade de continuar a formação com a realização de outros módulos. O grande motivo dessa necessidade “é poder cuidar melhor de nossas famílias.”

O processo de formação na área de saúde para povos indígenas no Acre tem atravessado períodos críticos. Desde 1999, com a criação dos Distritos Sanitários no Estado, foi iniciado um processo de capacitação para AIS, através de uma Organização Não-Governamental - ONG que não conseguiu concluir o módulo introdutório. Já em 2004, a FUNASA assumiu esta formação sem nenhum registro do processo já iniciado, recomeçando, a partir desse módulo.

Essas interrupções têm contribuído para gerar ansiedade na população autóctone e incerteza de poder concluir essa formação. Por esse motivo, no momento em que o curso está em movimento, sentem o sonho de concluir, mais próximo da realidade.

Na sociedade envolvente, os educandos não costumam valorizar o processo de formação como os indígenas o fazem. O ato de aprender representa uma promoção individual dentro da sociedade capitalista. Já para os índios, a aprendizagem se constitui num processo para autonomia e melhoria de vida do coletivo.

Assim, no contexto das comunidades indígenas a educação comunitária é a que melhor tenta responder às necessidades quotidianas e concretas dessa população. Nessa linha, C. Poster (1982 apud OSÓRIO, 2005, p. 185) discorre sobre a educação comunitária:

[...] envolvendo todas as pessoas e coletivos no conhecimento e na valorização das suas necessidades e oportunidades para perseguirem e descobrirem as suas identidades e aspirações pessoais, alcançarem o bem-estar nos seus papéis com as famílias, a comunidade e a sociedade no seu conjunto participarem do ordenamento do ambiente físico e social e na gestão dos assuntos locais e nacionais [...].

Apesar das grandes dificuldades que tiveram que enfrentar, tais como os problemas com alimentação, que causaram infecção intestinal, bem como a falta de alimentação e lanche em algumas aldeias; incompreensão da língua portuguesa por parte de alguns AIS, o que motivou os alunos a se mostrarem solidários e cooperativos com os que estavam enfrentando algum tipo de problema.

[...] a equipe representante dos Kaxinawas nos mostrou que este curso tem importância, pois sua sede de aprender foi a grande motivação para ensinar a maior prova de que vale a pena dar continuidade ao mesmo, após pequenos aprimoramentos. (R1.4).

[...] durante o período mediado, a turma apresentou comportamentos, procedimentos, atitudes, ou seja, valores que vão ao encontro de uma das dimensões dos saberes da competência, representados pela união do grupo como um todo, pela humildade, o desconhecimento da vaidade, do orgulho e do egoísmo [...]. (R1.1).

[...] ausência do espírito da competitividade entre todos, foi outro sentimento que contribuiu decisivamente para o aprendizado fluir de forma inocente e coerente com o grau de maturidade que cada um já possui [...]. (R1.1).

[...] Observa-se que os agentes indígenas de saúde se vêem sujeitos de transformação das práticas educativas sobre saúde básica, em suas aldeias. Eles se colocam como protagonistas em suas comunidades e esse foi outro aspecto que contribuiu significativamente para a aprendizagem. (R1.1).

[...] durante a realização do módulo introdutório, foi possível perceber a curiosidade de todos, e isso motivava a aprender novas maneiras de realizar seus trabalhos. Não existia preocupação em quem sabia mais e sim no aprender. Mostraram-se aplicados e unidos, pois a sede de aprender era a grande motivação de todos. (R1.1).

Os índios, há milhares de anos, foram espoliados, subjugados, escravizados, mortos, humilhados, sem direito a escolarização, posse da terra, enfim, sem direito de ser índio. Com isso, diante da oportunidade de uma formação, apresentam comportamentos de motivação, referidos em todos os relatórios, com

expressões como: sede de aprender, curiosidade, descobrir novas maneiras de realizar seus trabalhos diários, disponibilidade para aprender, união do grupo como um todo, humildade, desconhecimento da vaidade, do orgulho e do egoísmo, ausência do espírito da competitividade, se vêem sujeitos de transformação das práticas educativas. Esse comportamento influenciou consideravelmente o processo de aprendizagem e a motivação dos mediadores e toda a equipe.

Para Ferri (2000), a estruturação de uma aprendizagem cooperativa é a base para um trabalho na perspectiva multicultural, que pode ser facilitada a partir de processos interativos. O modelo hegemônico de escola que centra suas práticas pedagógicas em promover o individualismo, a competição e a falta de solidariedade, está fadada ao fracasso.

Ferri (2000) afirma que adotar uma aprendizagem individualizada de sala de aula contraria o modo de agir dos indígenas em suas tarefas cotidianas. Este é um desafio para quem pretende realizar cursos de formação para esse tipo de população.

O texto a seguir, algumas dificuldades apresentadas pelos AIS.

[...] durante os trabalhos, os grupos apresentaram dificuldades para interpretar as Competências, porém foi explicado em uma linguagem clara e simples, procurando contextualizar com a realidade local de cada etnia. (R1.1).

O texto deixa clara a dificuldade dos educandos em compreender e interpretar as competências propostas pelo curso. Apesar das explicações, clara e simples, feita pelo mediador, para eles não faz sentido, falta a compreensão do que significa formar para o trabalho, já que essa não é uma necessidade implícita dessa população. O principal objetivo, neste momento, para eles, é acessar conhecimentos que possibilitem dar-lhes condições de resolubilidade aos problemas de saúde.

Como mostra o texto, eles tiveram vários tipos de dificuldades: infraestrutura, alimentação, hospedagem, material didático descontextualizado, compreensão da língua portuguesa por alguns indígenas, interpretação de texto, variações no grau de escolaridade e instrumento de avaliação.

[...] os “parentes” chegaram a comer fora do horário combinado, devido ao atraso do almoço; Não houve lanche para eles na maioria dos dias, o que fez com que ficassem apáticos e desanimados durante as aulas e reclamassem. (R1.4).

Em grande medida, as dificuldades apresentadas nos relatórios estão relacionadas com a estrutura curricular do curso, que enfatiza a transmissão de conteúdos descontextualizados, sem levar em consideração o grau de escolaridade, a questão intercultural bilíngüe, apostilas recheadas de textos com termos de difícil interpretação pelos educandos, instrumentos de avaliação de difícil compreensão que não conseguem monitorar e acompanhar o processo de ensino-aprendizagem.

A seguir, algumas estratégias de aprendizagem, utilizadas durante os momentos presenciais.

[...] apresentaram os trabalhos de grupos, com exposição de cartazes com desenhos do aparelho respiratório. No início tiveram dificuldade em aprender as novas palavras do trajeto do ar, por causa da linguagem (bilíngüe), e todo o processo do ar, mas a mediadora mostrou maneiras mais simples na linguagem para um melhor entendimento, enfim todos assimilaram o processo de trajeto do ar. Foram realizados outros trabalhos em grupos onde se trabalhou a identificação das doenças respiratórias mais comuns na comunidade (gripe, resfriado, dor de ouvido, dor na garganta, pneumonia e bronquite). Após apresentação dos trabalhos foi repassado slide sobre as doenças respiratórias, onde a mediadora foi explicando cada item. (R1.2).

[...] na continuidade, as mediadoras foram questionando e problematizando as informações do painel, relacionando com os desenhos e os nomes técnicos com cada um dos agentes. Observa-se que há muitas dificuldades, principalmente na pronúncia de determinadas palavras. Os mesmos enfatizaram que em seu dialeto compreendem e conhecem os nomes específicos de cada parte do aparelho reprodutor feminino, só não sabem traduzi-los. (R2.1).

Segundo os relatos as mediadoras utilizaram os nomes técnicos dos órgãos dos sistemas através da apresentação de desenhos. Os educandos tiveram muitas dificuldades em compreender e pronunciar os termos. Eles afirmaram que no seu

dialeto compreendem e conhecem os nomes específicos de cada parte dos aparelho reprodutor feminino, só não sabem traduzi-los.

Essa dificuldade foi apresentada no primeiro módulo, com bastante intensidade, e continua no segundo sem proposições explícitas para resolver ou minimizar essa dificuldade. Os AIS, implicitamente, querem dizer que, não é porque não compreendem na língua portuguesa os nomes específicos do aparelho reprodutor que não sabem a respeito desse conhecimento. É necessária a criatividade e estratégias de aprendizagem capazes de tornar o diálogo horizontal, inclusivo e sem discriminação.

Inturralde (2009) fala sobre os direitos que os povos indígenas vêm conquistando e sobre o direito à língua e à terra como os mais antigos e pertencentes ao campo dos direitos territoriais e culturais.

Quando as comunidades indígenas reivindicam, hoje em dia, pelo direito à língua, referem-se a vários objetivos: o primeiro e mais antigo, é o de conseguir o reconhecimento formal de sua existência, o que implica em colocá-lo junto ao idioma nacional, que ainda parece ter dificuldades por parte de missionários, autoridades militares, que consideram o uso como atitude conspirativa.

O uso da língua para a educação passou por várias fases, sendo que no primeiro momento os índios passaram a usar suas línguas não como fim educacional, mas como objeto de comunicação/imposição entre o dominador e o dominado. Depois foi proposto que determinados conteúdos fossem ensinados adicionalmente na língua indígena; após, que a educação fosse bilíngüe e, por último, que ela fosse bicultural ou intercultural. (INTURRALDE, 2009).

No Estado do Acre existem 14 etnias pertencentes às famílias lingüísticas Pano, Aruak e Arawá. Por isso, pensar cursos para as Terras Indígenas precisa levar em consideração esta realidade, viabilizando o acesso dos educandos a textos orais e escritos não somente em língua portuguesa, mas também nas línguas indígenas, o que é um desafio por si só para um processo de formação que visa a verticalização dos conteúdos e saberes proposta pela FUNASA.

A proposta do curso de formação para Agente Indígena de Saúde determina que os educandos conquistem autonomia, possuam uma inteligência prática capaz de relacionar o conhecimento com o contexto, sejam capazes de iniciar uma ação. Para que isso seja possível, a metodologia proposta é a problematização apresentada a seguir, através das práticas pedagógicas.

[...] no decorrer das diferentes atividades, como problematização, desenhos e questionamentos sobre a saúde bucal, os agentes se envolveram e participaram demonstrando maior compreensão. A aproximação no quadro para verificação de imagens sobre a anatomia dental com explicações de seus funcionamentos e funções explicadas pelos agentes propiciou maior atenção, visualização, memorização e interesse de todos. (R2.1).

Em outras palavras, os educandos demonstram maior compreensão ao assunto estudado quando são utilizados os desenhos, questionamentos, imagens sobre anatomia dental. Provavelmente, os desenhos e imagens tornam a aprendizagem mais atrativa, concreta, possível de fazer conexão com esquemas mentais, além de não ter que interpretar termos técnicos que são incompreensíveis na sua língua materna. A figura 12 apresenta alguns molduras realizadas pelos educandos.

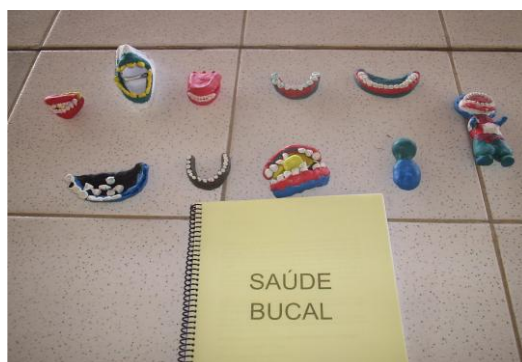


Figura 12 - Molduras realizadas pelos educandos do Pólo Base de Jordão  
Fonte: Acervo da ETSMMR

A aprendizagem torna-se significativa quando parte do contexto no qual está inserido o educando. “[...] as diferentes etapas da aprendizagem dialógica têm como objetivo partir da realidade cultural do sujeito (seu universo temático) para se relacionar com as condições sociais, políticas e econômicas do analfabeto [...]” (O-SÓRIO, 2005).

### 7.2.2 Relações interculturais

Os relatos a serem apresentados estão relacionados com as dificuldades encontradas pelos AIS durante a realização do Módulo Introdutório, dificuldades essas, vinculadas as relações interculturais.

[...] há falta de envolvimento por parte de alguns membros da equipe, o que interfere no desenvolvimento do curso. Faz-se necessário que sejam selecionados profissionais com perfil para trabalhar com o agente indígena, destacando-se aqueles que encontram-se unicamente interessados na renda gerada. (R1.4).

O texto não menciona explicitamente que a falta de envolvimento é do mediador, mas torna isso implícito quando se afirma que “[.] Faz-se necessário que sejam selecionados profissionais com perfil para trabalhar com o agente indígena, destacando-se aqueles que se encontram unicamente interessados na renda gerada”.

Essa denúncia se explica tendo em vista que a maior parte dos profissionais das equipes de saúde do Pólo Base, geralmente, são enfermeiros recém-chegados de outros Estados, que não conhecem a realidade e são atraídos pela oferta salarial, que é bem diferenciada, em relação a dos municípios.

Em geral, esses profissionais esperam organizar sua própria vida financeira para depois partirem em busca de outras ofertas de emprego nos municípios com melhor estrutura. Logo, esses profissionais motivados por seus interesses, seguem fielmente o *script* da formação elaborada previamente sem procurar conhecer a cultura do povo com o qual se vai trabalhar.

Esta relação entre as duas culturas, professor e educando, pode ser considerada como um multiculturalismo assimilacionista, em que segundo Candau (2008), procura-se integrar os grupos marginalizados e discriminados aos valores, mentalidades, conhecimentos socialmente valorizados pela cultura hegemônica.

A gestão da política de saúde indígena vem enfrentando grandes problemas com a rotatividade de recursos humanos para trabalhar nos DESEI, favorecendo uma relação assimilacionista e configurando um modelo de atenção campanhista à



saúde, herança das antigas Equipes Volantes de Saúde da FUNAI, fundamentada no deslocamento periódico de equipes de saúde para as aldeias (SANTOS; COIMBRA JR., 1994).

O trecho a seguir menciona outra dificuldade enfrentada pelos educandos.

[...] outra dificuldade foi o grau de escolaridade (implicou na elaboração dos trabalhos escritos, pois os mesmos se mostraram bastante capacitados para os trabalhos orais). Dificuldade em compreender a língua portuguesa e interpretação de texto e escrita. (R1.2).

Nesse ponto, fica patente que os educandos “se mostraram bastante capacitados para os trabalhos orais”. Entretanto, o mesmo não acontece com os trabalhos escritos devido à dificuldade de compreender a língua portuguesa, bem como o grau de escolaridade dos participantes.

O multiculturalismo conservador, segundo McLaren (1997), procura tornar homogênea a cultura dominante e pressupõe a inferioridade e a incapacidade de outros grupos, desprezando e minimizando os seus valores, crenças, costumes e comportamentos, além de rejeitar projetos de educação bilíngüe.

Em contrapartida, Quiroga (2001 apud LOPES; SICHRA, 2009, p. 110), fala da importância da educação bilíngüe:

[...] Enquanto estratégia pedagógica, a educação intercultural bilíngüe é um recurso para a construção de uma pedagogia diferente e significativa em sociedades pluriculturais e multilíngües. A respeito do seu enfoque metodológico, a Educação Intercultural Bilíngüe enfatiza a necessidade de se repensar a relação entre conhecimento, língua e cultura, na sala de aula e na comunidade, para considerar os valores, saberes e conhecimentos, linguais e outras expressões culturais como recurso que só não respeitem a diversidade, mas que assegurem uma igualdade de oportunidades para esses mundos postergados, ignorados e espoliados em nome da economia de mercado.

Ao se pensar numa formação com abordagem intercultural nas Terras indígenas, é preciso considerar estratégias pedagógicas que estimulem a oralidade nas suas línguas maternas, bem como para as línguas com registro escrito, já que para algumas famílias lingüísticas essa é uma realidade que deve ser considerada.

### 7.2.3 Identidade/diferença

Os dois próximos relatos estão ligados ao processo de formação das identidades nas relações interculturais.

[...] os Agentes Indígenas de Saúde do município de Tarauacá são 26, sendo que os mesmos são de localidades e etnias diferentes, mas isso não dificultou os trabalhos, pois foram unidos, sem levar em conta suas diferenças, mas se aproveitaram disso para somarem suas experiências [...]. (R.2.4).

Nesse relato se observa a questão da diversidade cultural através do encontro entre AIS de localidades e etnias diferentes. Percebeu-se que isso não atrapalhou o trabalho de mediação, pois estiveram juntos sem levar em conta a suas diferenças. Mesmo sendo de etnias diferentes eles não se dividiram, mas se uniram para somarem suas experiências.

Candau (2008) admite que existam *diferenças e diferenças*, o que traduzindo para a diferença apresentada no texto analisado notou-se que não ocorreram maiores problemas, visto que, eles são indígenas, possuem história de vida semelhante e enfrentam problemas também semelhantes. Mas, ao se comparar os índios com a equipe de aprendizagem, então, existe uma heterogeneidade bastante significativa. “Torna-se claro que as diversidades são construídas socialmente, e que subjacente a elas, se encontra uma relação de poder” (CANDAU, 2008, p. 42).

O conceito de identidade, entendido atualmente, não é uma essência, não é um dado, não é fixa, não é estável, nem centrada, nem unificada, nem homogênea, nem definitiva. É uma construção, um efeito, um processo, de produção, uma relação, um ato performativo (SILVA, 2000b).

É importante, agora, ressaltar a visão do mediador a respeito da relação intercultural dos índios com a sociedade envolvente.

[...] após as apresentações, o mediador, conversou como eram os hábitos antes do contato com o branco, buscando sensibilizá-los que seria melhor que os mesmos permanecessem no seu local, sem o contato com os outros, a fim de evitar possíveis doenças. (R.2.2).

O pensamento do mediador em relação ao contato dos índios com os não-índios é o de procurar reforçar a posição de isolamento, quando diz “que seria melhor que os mesmos permanecessem no local, sem contato com os outros”.

Como isto é possível?, se a história desses povos mostra subjugação, escravidão, ação de missionários, invasão às terras, exploração dos recursos naturais, expulsão de seus territórios etc...? Esse contato era inevitável e não provocou somente doenças, mas a quase extinção das tradições, costumes, língua, cultura e principalmente dos povos.

Hall (2003) fala a respeito da oscilação entre as identidades, que não são fixas, principalmente num mundo globalizado em que o cruzamento e misturas culturais são cada vez mais comuns, no que acabam desaparecendo através da assimilação e da homogeneização.

O autor apresenta outra possibilidade de oscilação entre as identidades que é por meio da tradição. Esse conceito descreve aquelas formações de identidades que atravessam as fronteiras naturais, compostas por pessoas que tiveram que deixar sua terra natal, mas que conservam ainda fortes vínculos com suas tradições, mas sem a ilusão de retorno ao passado. Elas preservam silenciosamente os traços das culturas, tradições, das linguagens, e das histórias particulares pelas quais foram marcadas. Elas devem aprender a conviver nas duas identidades, a falar duas linguagens culturais e a negociar entre elas (HALL, 2003).

Sendo assim, a posição do mediador, no texto analisado, demonstra um despreparo para lidar com as questões da diferença como uma questão histórica e política. Não cabe simplesmente justificar a ausência de doenças nas comunidades indígenas através do isolamento, mas questionar os mecanismos de construção da identidade e da diferença e descobrir como a identidade dominante tornou-se a referência pelas quais as outras são construídas. (SILVA, 2003).

É preciso averiguar também quais os mecanismos institucionais responsáveis pela manutenção da posição de subordinada de certos grupos étnicos (SILVA, 2003).

A Identidade/diferença encontra-se também nas atividades de avaliação.

[...] na avaliação foi utilizado o modelo padrão da FUNASA, por ser um instrumento já conhecido pelos cursistas. Porém, estes comentaram que preferiam avaliar em grupos, com apresentações individuais, o que ficou como sugestão para no próximo módulo, ser elaborado um modelo de avaliação mais subjetiva e oral, para ser registrado pela equipe todo o momento do debate da avaliação. (R.1.5).

A experiência relatada deixa público que os educandos preferem avaliar em grupos, com apresentações individuais. Ao final das atividades desenvolvidas durante a realização do módulo foi aplicado um formulário para avaliar o processo de aprendizagem. Esse instrumento não era claro para os educandos, apresentava termos não compreensíveis, além de uma complicada estrutura para o preenchimento.

A partir desse fato é que se questiona: como tornar um instrumento de avaliação padrão sem levar em consideração as dificuldades enfrentadas no processo de aprendizagem? Apesar da relação hierárquica de poder, os AIS fizeram sua escolha, rejeitando o modelo de avaliação padronizado pela FUNASA.

Na sala de aula nem sempre é possível eliminar as barreiras entre as diferenças, não basta fazer o convite para que todos participem do diálogo. As relações de poder existentes na sala de aula têm impedido que muitos participem efetivamente do processo de ensino aprendizagem, já que essas são caracterizadas por vários modelos de opressão, entre eles o uso de língua, no caso da Língua Portuguesa, que não é a natural de todos os participantes (CANDAU, 2008).

Candau (2008, p. 23) expõe sua perspectiva intercultural da seguinte forma:

A perspectiva intercultural que defendo quer promover uma educação para o reconhecimento do “outro”, para o diálogo entre os diferentes grupos sociais e culturais. Uma educação para a negociação cultural, que enfrenta os conflitos provocados pela assimetria de poder entre os diferentes grupos socioculturais nas nossas sociedades e é capaz de favorecer a construção de um projeto comum, pelo qual as diferenças sejam dialeticamente incluídas.

Estão vivas, ainda, e atuantes, as perspectivas homogeneizantes e universalizantes da educação tradicional nas práticas pedagógicas.

[...] todos foram compenetrados, atenciosos, silenciam-se plenamente quando algum mediador estava explicando o conteúdo. Procuravam assimilar tudo, pra poder transmitir para a sua comunidade de forma simples e objetiva. (R.1.4).

O segundo relato mostra a posição dos AIS, frente às práticas pedagógicas, como alunos concentrados, o que proporcionou verificar a necessidade de assimilação do conteúdo para transmitir para sua comunidade. Esse relato também manifesta uma pedagogia da transmissão com ênfase na verticalização da informação.

Fleuri (2001) postula que a educação intercultural deixa de ser concebida como transmissão de informação de um indivíduo para outro, para ser concebida como construção de processos em que diferentes sujeitos desenvolvem relações de reciprocidade (cooperativa e conflitual) entre si. Através das relações entre pessoas pertencentes a contextos diferentes, estes mesmos contextos interagem, influenciando-se e transformando-se mutuamente.

Os relatos referentes aos aspectos culturais surgiram no módulo da saúde da mulher, criança e saúde bucal, devido às orientações pedagógicas propostas para o mediador e educando. Desse modo, foi explorado mais o modo de vida na comunidade, as crenças, tradições, cuidado com a mulher e a criança, nas diversas fases do ciclo da vida, objetivando conhecer melhor a realidade para direcionar as práticas pedagógicas.

Cada etnia presente no momento presencial deste módulo foi convidada a expor os aspectos culturais presentes nas famílias.

Na família Jaminawá, os aspectos Culturais /Rituais  
[...] rapé, cachimbo; Corrierias para se preparar para a guerra; Só os mais velhos compreendem a linguagem da etnia; Pintura no corpo com genipapo [...]. (R.2.1).

Na família dos Araras, os rituais/hábitos culturais  
[...] a cultura muito centrada aos mais antigos. Poucos sabem falar o dialeto da etnia [...]. (R.2.1).

Os textos indicam nas atividades os aspectos culturais, que só os mais velhos compreendem a linguagem da etnia. Novamente surge a preocupação com a cultura centrada nos mais antigos, o que mostra que os jovens não tinham preocupação em resgatar o dialeto da etnia.

Atualmente, com o movimento indigenista organizado e fortalecido pelas instituições governamentais e não-governamentais, inclusive as internacionais, começa, então, a despertar uma necessidade de resgatar a cultura como também exteriorizá-la. Há algum tempo atrás, ser índio era motivo de vergonha, discriminação e exclusão social.

No processo de construção de projetos de formação para as terras indígenas deve-se levar em consideração os aspectos da interculturalidade. Os indígenas representam o conflito cotidiano de uma identidade em permanente recomposição, em condições desvantajosas para os mesmos e no qual se perdem elementos que configuram a memória identitária deles (NAVA, 2009).

Assim, Navas (2009, p. 175) reforça esse discurso:

[...] documentar e sistematizar o conhecimento próprio em diversos campos (produção, a saúde, a alimentação, o corpo, a natureza, o território), com vistas ao fortalecimento identitário e a possibilidade de estabelecer diálogos e contrastes com outros saberes, atualizando e ressignificando os elementos da identidade própria diante da identidade do outro, e abrindo assim a possibilidade de construir projetos de vida melhor que incorporem criticamente o próprio e o alheio, em harmonia com quem se quer ser, a partir de posições de identidade e autonomia [...].

Ao longo da história sempre o que se tem visto, nos projetos de formação, é a dificuldade, tanto para desconstruir as atitudes de dominação/subordinação, quanto a imposição da cultura dominante. Este processo é, sem dúvida, desafiador; não basta adotar metodologias ativas, os fatores fundamentais são as pessoas e, portanto, a construção de relações interculturais efetivas.

Agora, o relato é sobre a prática cultural do uso da *caiçuma*.

[...] a prática da *caiçuma* foi mais freqüente. Hoje o agente de saúde proíbe essa prática, porque foi comprovado que houve epidemia de tuberculose, por meio da contaminação com o uso de vasos, copos, entre as crianças e os adultos [...]. (R.2.1).

A caiçuma é uma bebida alcoólica dos indígenas consumidas em festas e rituais religiosos. No seu processo de fabricação artesanal, as mulheres da comunidade cozinham a macaxeira, depois se reúnem para mastigarem, colocando em um recipiente feito de argila. A maneira de preparar e tomar varia de grupo étnico.

Incrivelmente foi relatado que essa prática já foi mais freqüente e que ocorreu sua proibição devido a epidemia de tuberculose por meio da contaminação com o uso do mesmo copo entre as crianças e adultos. Essa prática é milenar na população indígena. Não deveria haver a proibição, mas um processo de conscientização e reflexão a respeito dessa tradição.

Segundo Navas (2009), deve-se fortalecer a reflexão em torno de ritos, tradições e costumes, para encontrar seus sentidos e significá-los encontrando os elementos valiosos para serem transpostos a novas situações e transformando aqueles que reproduzem a situação de subordinação.

## **CAPÍTULO 8 - SÍNTESE PROPOSITIVA**



## 8 SÍNTESE PROPOSITIVA

Esta síntese tem como pressuposto uma formação que considera elementos da interculturalidade nas práticas pedagógicas e norteia os conteúdos na perspectiva da integralidade para que os AIS possam atuar nas ações de promoção e proteção da saúde para o trabalho no subsistema de saúde indígena e conseqüentemente no Sistema Único de Saúde.

Para melhor compreensão, apresento a síntese baseada nos dados mais relevantes encontrados nos documentos analisados, dividida nos dois grupos de categorias: ações integrais e práticas pedagógicas. Cada síntese vem precedida das proposições.

### 8.1 AÇÕES INTEGRAIS

Ações integrais significam a superação do modelo de gestão à saúde individual, fragmentado, curativo, hospitalocêntrico centrado na doença para um foco centrado na promoção da saúde.

Neste grupo de categorias foram elencadas três sínteses com suas respectivas proposições.

A Figura 13 apresenta a concepção do processo saúde–doença presente nos três documentos. Verifica-se que há uma predominância de conteúdos e práticas pedagógicas cujo entendimento do processo saúde–doença se baseia no biologicismo e na multicausalidade.

<b>Oficina de Ouvidoria</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Processo saúde/doença baseado na determinação social.</li> <li>2. Ação educativa sinônimo de diálogo, objetivo é ouvir as necessidades do outro.</li> <li>3. Promoção da saúde capacitação da comunidade para o empoderamento</li> </ol>
<b>Módulos do Curso dos AIS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Processo saúde/doença prevenção de doenças e descrição de sinais e sintomas.</li> <li>2. Ações educativas prescritivas e preventivistas.</li> <li>3. Promoção da saúde preventivista.</li> </ol>
<b>Relatórios de Execução</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Processo saúde/doença se baseia no modelo biologicista e na multicausalidade.</li> <li>2. Promoção da saúde baseado na história natural da doença, preventivista</li> </ol>

Figura 13 - A concepção do processo saúde-doença e promoção da saúde.

### Síntese 1 - A concepção saúde–doença é predominantemente biologicista e higienista/preventivista

Observando a Figura 13, há uma coordenação entre os módulos e relatório de execução e um distanciamento da oficina de ouvidoria. Isto porque, nos momentos de realização do curso os instrutores seguiram fielmente o que estava proposto para a formação.

O conceito de promoção da saúde ainda está relacionado a qualquer ação e que atuando precocemente num determinado problema de saúde, recuperando ou reabilitando o paciente, é que se tornam formas de promover a saúde.

A atuação dos instrutor/supervisor tanto nas práticas assistenciais quanto na mediação dos momentos presenciais aconteceu conforme a visão que se tem de saúde e doença.

### Proposição 1 – A concepção do processo saúde-doença baseado na determinação social

- a) Capacitar às equipes multiprofissionais, docentes, equipe pedagógica para o entendimento da concepção do processo saúde-doença baseado na determinação social;

- b) Rever os conteúdos dos módulos do curso dos AIS, focalizando as atividades, orientações pedagógicas e conteúdos para a concepção do processo saúde-doença na determinação social;
- c) Educação permanente para os docentes.

## Síntese 2 – Práticas educativas baseadas no modelo preventivista.

Existe nas orientações pedagógicas e nas atividades propostas para os educando nos módulos uma abordagem de educação em saúde baseada na orientação para mudança de comportamento, ações verticalizadas, prescritivas, higienista.

Em alguns relatórios houve orientação da equipe de acompanhamento para uma prática educativa emancipatória, mas que não foi transposta para a prática continuando a predominância na mudança de comportamento.

Novamente nas oficinas de ouvidoria, a proposta de educação em saúde se assemelha com as contidas no empoderamento comunitário valorizando o diálogo e a escuta das necessidades do coletivo.

Para que as práticas educativas possam ser efetivas nas práticas curriculares e nas ações de saúde é preciso uma concepção do processo saúde-doença baseado na integralidade e uma metodologia alicerçada na pedagogia da problematização.

## Proposição 2– Práticas educativas emancipatórias

- a) Formar e fortalecer os atores sociais com informações pertinentes sobre saúde.
- b) Educação em Saúde dialógica, problematizadora, com perspectivas para o empoderamento;
- c) Reformular as propostas de educação em saúde dos módulos do curso do AIS, para proposição que leve em consideração a saúde como produção social com base em determinantes que ultrapassem o biológico e que se tenha o entendimento integral do processo saúde-doença;

- d) Reforçar nos encontros o processo de escuta qualificada que possibilita uma comunicação mais eficaz no qual valoriza o outro e se tenha uma percepção das necessidades.
- e) Privilegiar as atividades coletivas.

Síntese 3 – Processo de trabalho com práticas predominantemente biologicista/preventivista.

A Figura 14, caracteriza o processo de trabalho das equipes de saúde do Pólo Base. De acordo com os documentos analisados observa-se práticas de cuidado fragmentadas com predominância no modelo preventivista/biologicista.



Figura 14 - Característica do processo de trabalho das equipes de saúde do Pólo Base.

O subsistema de saúde indígena com proposta de um modelo de atenção à saúde diferenciado baseado nos princípios do SUS, na prática não consegue atingir a esses objetivos.

Os problemas evidenciados nos documentos são: processo de trabalho fragmentado com ações voltadas para aplicação de técnicas, equipes multiprofissionais com grande rotatividade e incompletas, faltas infra-estrutura para a

prestação do cuidado, modelo de atenção campanhista sendo as visitas dos profissionais realizadas nas aldeias uma vez ao mês. Os profissionais de saúde ao exercitarem suas práticas, reafirmam a lógica hegemônica medicalizante, atuando segundo a teoria uni e multicausais do processo saúde-doença

O conceito de integralidade na atenção tem como objetivo responder por uma concepção de saúde não centrada somente no tratamento das doenças, mas na inclusão de pessoas em uma rede de práticas cuidadoras de saúde e de afirmação da vida.

Os sistemas fragmentados de serviços de saúde, ainda fortemente hegemônico, se organizam através de um conjunto de pontos isolados e incomunicáveis entre si, com uma frágil atenção primária à saúde, e, por conseqüência, incapazes de prestar uma atenção contínua às pessoas e de se responsabilizar por uma população determinada.

Contrariamente, os sistemas integrados de serviços de saúde organizados pela atenção primária à saúde que presta uma assistência continuam a uma população definida e influencia as respostas das pessoas a seus problemas de saúde (STARFIELD, 2002).

### Proposição 3 – Processo de trabalho baseado no novo conceito de promoção da saúde

- a) Adotar nas práticas assistenciais uma clinica ampliada que traga para análise do problema, não somente os aspectos biológicos, mas solidariedade, compreensão, e vínculo com o sujeito.
- b) Adotar como instrumento de trabalho o acolhimento valorizando a atenção dispensada na relação envolvendo a escuta, a valorização das queixas, a identificação das necessidades, sejam estas no plano individual ou no coletivo;
- c) Nas visitas domiciliares os profissionais das equipes precisam identificar como se apresentam, nas famílias, as formas de vida dos membros, como estas formas são compartilhadas entre os membros, quais as formas de solidariedade e quais os recursos que dispõe e que podem contribuir para o processo de cuidado, cura ou reabilitação de um de seus membros;

- d) Aproximação dos membros das equipes com os demais setores sociais existentes na comunidade: buscar se relacionar com as escolas, lideranças indígenas, parteiras tradicionais, administrações regionais, estabelecendo uma rede de cuidado no território;
- e) As equipes precisam participar dos conselhos locais e regionais para discutirem com os outros segmentos da comunidade as necessidades de saúde dos povos indígenas;
- f) Planejar junto com as lideranças indígenas, direção do Pólo Base e as Secretarias municipais de saúde, estratégias para solução dos problemas e que estejam focalizadas no entendimento da integralidade das ações e no processo saúde–doença baseado nos determinantes sociais;
- g) Organizar atenção à saúde de acordo com as necessidades da população analisando a situação destas comunidades, conhecendo as relações que se estabelecem nos locais onde se desenvolve as práticas de saúde.

## 8.2 PRÁTICAS PEDAGÓGICAS

As práticas pedagógicas que foram identificadas nos documentos analisados estão relacionadas com as orientações e atividades propostas para os educandos e docentes. É através delas que se manifesta na prática, a real concepção de currículo.

Neste grupo, apresento duas sínteses com suas respectivas proposições

### Síntese 1 – Proposta de formação prescritiva e descontextualizada

Observa-se no Quadro 7, as características da formação do AIS nos documentos analisados.

<b>Oficina de Ouvidoria</b>	<b>Módulos do Curso</b>	<b>Relatórios de Execução</b>
<p>1- Há uma rejeição ao currículo tradicional que prioriza a transmissão de conteúdos e técnicas;</p> <p>2- Não considera apropriado o currículo por competência para as TIs;</p> <p>3- Identifica a necessidade de discutir a formação com toda a comunidade;</p> <p>4- Aponta para a necessidade de profissionais preparados para facilitar os processos de aprendizagem.</p>	<p>1- As atividades são prescritivas com orientações para o educando e instrutor.</p> <p>2- A formação está baseada no modelo por competência;</p> <p>3- Metodologia proposta é a pedagogia da problematização;</p>	<p>1- Material didático descontextualizado;</p> <p>2- Instrutores despreparados;</p> <p>3- Dificuldade com a língua por algumas etnias ;</p> <p>4- Dificuldade de compreensão dos educando dos termos técnicos;</p> <p>5- Instrumento de avaliação de difícil compreensão;</p> <p>6- Identificam-se com as atividades orais, desenhos e imagens;</p> <p>7- São cooperativos, solidários, curiosos e ávidos por conhecimentos;</p> <p>8- A não compreensão da formação por competência pelos educando.</p>

Quadro 7 - Características do processo formativo do curso dos AIS

A necessidade por educação profissional nas aldeias indígenas no Acre vem aumentando gradativamente nos últimos anos caracterizada pela busca intensa de formações pelas lideranças às instituições governamentais .

A relação de trabalho–educação configura-se como processo contraditório e marcado pelos valores capitalistas. À medida que se institucionaliza, criam-se categorias apropriadas para defini-la socialmente, como, por exemplo: educação básica, formação profissional, educação profissional, qualificação profissional (RAMOS, 2002).

Ainda nas oficinas de ouvidoria existe uma manifestação contrária ao currículo por competência para as TIs, e uma rejeição ao currículo que prioriza a transmissão de conteúdos.

Apesar da proposta de formação ser concebida para um ensino por competências/habilidades com uma metodologia baseada na pedagogia da problematização, como mostra no módulo introdutório; não foi o suficiente para garantir que problemas graves aparecessem nos relatórios de acompanhamento do processo de aprendizagem como: material didático descontextualizados, professores despreparados, dificuldade em compreender a língua portuguesa por alguns indígenas, termos técnicos utilizados, interpretação de texto, grau de escolaridade e instrumento de avaliação.

Quando se pensa uma formação para as TIs devem-se levar em consideração alguns elementos que são essenciais para garantir um processo de aprendizagem de qualidade, além é claro, da metodologia adotada.

Nanni (1998, p. 51-55 apud FLEURI, 2001) apresenta a importância da elaboração do livro didático:

[...] Mas principalmente os livros didáticos deverão sofrer profundas mudanças. Estes são escritos geralmente na perspectiva da cultura oficial e hegemônica, e não para alunos pertencentes a “muitas culturas”, diferentes entre si, justamente no modo de interpretar fatos, eventos, modelos de comportamento, idéias, valores. E talvez sejam usados justamente por aqueles alunos cujas culturas são representadas e julgadas, a partir da cultura hegemônica, e modo preconceituoso e discriminatório.

Outro elemento a ser considerado no processo de formação nas TIs é a diversidade lingüística e cultural. Lopes (2009), ressalta que a Educação Intercultural Bilíngüe e a etnoeducação devem contribuir para a reconstrução das subjetividades indígenas levando também a reconstrução das relações assimétricas, negadoras do diferentes e opressoras que marcaram as relações dos indígenas e dos não-indígenas.

#### Proposição 4 – Formação que leva em consideração a interculturalidade

- a) A produção do material didático para os cursos na área de saúde deve começar a ser efetivada no primeiro encontro presencial. Os desenhos, as histórias, as cantigas, as dinâmicas, os textos produzidos pelos educandos, devem ser confeccionados para posteriormente serem revisados e traduzidos para a língua das etnias e serem transformados em cartilhas;
- b) Educação permanente do corpo docente;
- c) Antes de iniciar uma formação técnica nas TIs, promover uma discussão com os atores envolvidos sobre o modelo de formação, o perfil que se pretende, qual o objetivo desta formação, qual será o trabalho deste profissional e qual o retorno para a comunidade;



- d) Adotar a pedagogia da problematização nos processos formativos valorizando o saber do educando e instrumentalizando-o para a transformação de sua realidade;
- e) A seleção de conteúdos deve-se fazer pela integralidade, suporte para as práticas de cuidado. É fundamental operar com uma seleção de conteúdos coerentes com critérios de competência para aprendê-lo a aprender, e não com o critério de cercar todos os conteúdos ou suas faces ainda que superficialmente;
- f) Nas atividades pedagógicas devem-se valorizar as pinturas, os desenhos, as músicas próprias das etnias, o lúdico, os relatos de experiências, as discussões em grupo, debates, presença de liderança no planejamento e realização de palestras em momentos presenciais;
- g) Nos momentos presenciais contar sempre com a presença de intérprete de determinadas línguas para facilitar a compreensão dos professores e educandos evitando assim a inibição da oralidade de determinadas etnias e exclusão no processo de aprendizagem;
- h) Processo de formação precisa ser planejado em conjunto com os atores envolvidos, de acordo com os contextos socioculturais evitando assim que as atividades pedagógicas sejam prescritivas;
- i) Capacitar a equipe pedagógica e de mediadores para conhecer a história, cultura e modo de vida das comunidades envolvidas no processo de aprendizagem;
- j) Construir coletivamente instrumentos de avaliação que seja fácil e acessível para os educandos e que possam acompanhar o processo de aprendizagem;
- k) Evitar cursos de formação básica com carga-horária longa, o que torna o processo de formação prolongado e provoca desistências dos participantes.

Síntese 5 – Relações interculturais com predominância a homogeneização da cultura dominante.

Durante o processo de análise dos módulos, observa-se uma preocupação, logo no início, com o contexto das relações interculturais, porém, não permanece em todo o documento analisado.

A figura 15 apresenta uma síntese das práticas pedagógicas relacionadas com elementos da interculturalidade.

As práticas pedagógicas apresentam-se como narrativa étnica da cultura (modo de vida, tradições, rituais, crenças, práticas de saúde baseadas no conhecimento tradicional).

O currículo não se tornaria intercultural pelo simples acréscimo de informações superficiais sobre outras culturas e etnias. Não se trata somente de ressaltar a diferença e a diversidade, mais de questioná-la (SILVA, 2003).

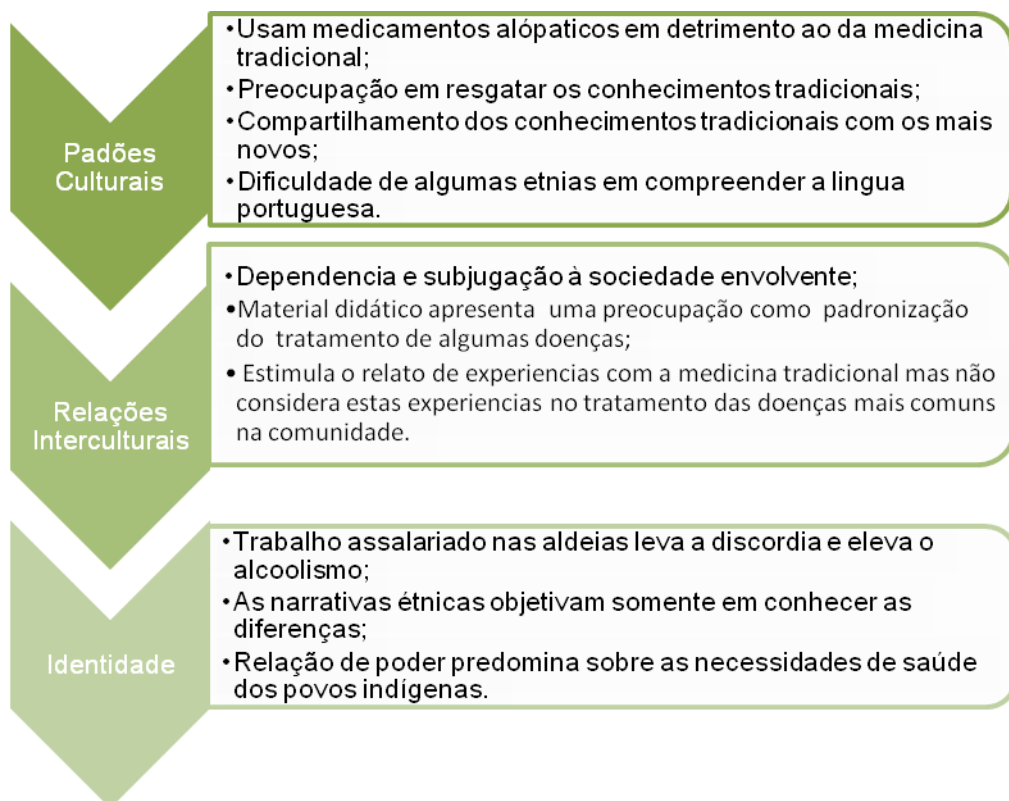


Figura 15 - Características relativas aos padrões culturais, relações interculturais e identidade/diferença

Observa-se na Figura 15, que há uma relação de poder historicamente construída pela FUNASA sobre as comunidades indígenas.

Estas relações são herdeiras do colonialismo, marcado pela exploração, violência e humilhação, o que sempre coloca os outros povos em desvantagem e que produz efeitos profundos nas trocas e no diálogo intercultural.

No decorrer do desenvolvimento das práticas pedagógicas observa-se uma grande preocupação das etnias em resgatar os conhecimentos tradicionais e compartilhá-los com os mais jovens para que não se perca.

A principal diferença entre a sociedade moderna e as sociedades tradicionais é que as modernas estão em mudanças constantes, rápidas e permanentes (HALL, 2003).

Isto significa que à medida que as comunidades indígenas tornam-se mais expostas às influências do mundo externo é difícil conservar as identidades culturais intactas ou impedir que elas se tornem enfraquecidas através da infiltração cultural.

Portanto, o movimento indigenista atualmente vem procurando lutar contra as conseqüências do contato entre diferentes tradições culturais tentando recuperar sua “pureza” anterior. Ao mesmo tempo em que há um movimento para resgatar os conhecimentos tradicionais, já se instalou uma dependência ao longo da história destes povos com a sociedade envolvente.

Observa-se nos relatos de alguns documentos uma dependência ao tratamento alopático em detrimento aos trazidos pelos conhecimentos da medicina tradicional. Também se observa uma homogeneização da cultura entre as etnias, nas atividades pedagógicas proposta pelos módulos analisados e na prática docente, como se todas tivessem o mesmo padrão cultural.

A identidade é construída a partir das relações sociais, ela existe sempre em relação de outra. A identificação acompanha a diferenciação. A identidade e a diferença estão em estreita conexão com relações de poder. Traduzem-se em declarações sobre quem pertencem e quem não pertencem quem está incluído e quem não está incluído (HALL, 2005).

- a) Promover práticas pedagógicas que valorizem o conhecimento próprio de cada etnia objetivando o fortalecimento identitário e a possibilidade de estabelecer diálogo com os diferentes atores, com vistas a adquirir experiências que possibilitem atualizar e ressignificar os conhecimentos diante da identidade do outro.
- b) Construir processos de ensino aprendizagem que não leve à homogeneização do ensino valorizando a história dos sujeitos e buscando a compreensão do ator social;
- c) Compreender a manifestação das diversas línguas das etnias enquanto veículo de cultura e permitir o seu uso nos momentos de aprendizagem como possibilidade de comunicação e inclusão sem descuidar da língua portuguesa, enquanto veículo de diálogo com o outro.
- d) Gerar processos de aprendizagem que fortaleçam a construção de capacidades técnicas e políticas para a formulação e negociação de projetos na área de saúde, que contemplem a intersetorialidade e a interdisciplinaridade buscando uma perspectiva de vida digna construída com autonomia;
- e) Construir processo de aprendizagem que se proponha a horizontalidade no diálogo, sem atitudes de dominação, mas também sem aceitação benevolente que, na maioria das vezes disfarça a diminuição do outro;
- f) Oferecer oportunidades educativas a todos, respeitando e integrando as diversidades dos sujeitos e de seu ponto de vista;
- g) Capacitar os atores envolvidos no processo formativo para as terras indígenas realizando um trabalho de conscientização freireana, no qual a importância da educação constitui um capital ou um ativo da sociedade atual e dos coletivos que a constituem;
- h) Repensar e ressignificar o papel do docente no contexto educativo para as diversidades étnicas. A ele compete propor situações que ativem as diferenças entre os sujeitos e entre seus contextos (histórias, culturas, organizações sociais).

## **CAPÍTULO 9 - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O interesse em estudar o processo formativo do curso de Agente Indígena de Saúde surgiu antes do processo seletivo para o mestrado, quando ainda coordenava o curso dos AIS na Escola e presenciava a ansiedade da equipe de aprendizagem em conhecer a realidade indígena para contribuir com processos de aprendizagens adequados para essa realidade.

Foi na busca de compreender o processo de formação, já iniciado, com a perspectiva de uma abordagem da integralidade e interculturalidade nas práticas pedagógicas que se desenvolveu este estudo.

O percurso trilhado foi fruto de alguns desafios como realizar uma pesquisa que tem como foco formação em área indígena, trabalhar e estudar comitadamente, além de estudar conceitos como identidade/diferença, interculturalismo, integralidade na formação.

Observei que para promover um currículo com uma concepção de integralidade e interculturalidade se coloca o desafio de reconhecer o valor intrínseco de cada cultura e a necessidade do respeito entre diferentes grupos identitários.

A característica chave entre esses dois conceitos está na promoção do diálogo horizontal para compreender os contextos específicos dos diferentes encontros, bem como a apreensão ampliada das necessidades do outro, que é uma força essencial, e que impulsiona os intercâmbios culturais.

Acredito que para desenvolver um currículo com concepções de interculturalidade e integralidade é imprescindível a formação do mediador como aquele que estabelece caminhos e pontes a serem objetos de transposição de dificuldades.

Segundo Fleuri (2001), a capacitação e qualificação dos educadores depende, em grande medida, do sucesso ou fracasso da proposta intercultural. O grande desafio é como torná-los conscientes do etnocentrismo presente nas práticas pedagógicas, a forma de pensar e se relacionar com o outro, enfim, como desconstruir esses preconceitos para superá-los.

Na análise dos documentos identificou-se uma preocupação dos índios com a preservação dos recursos naturais como as fontes de água para o consumo, escassez de alimentos como a caça e a pesca.

Segundo Minayo (2006), os próprios educandos nos mostram o fracasso do modelo biomédico em proporcionar a população condições sanitárias dignas. A visão social apartada da compreensão ecológica também é reducionista. E a solução tecnológica apenas é insuficiente para dar conta da interação de vários fatores.

Então, Minayo (2006), traz o enfoque de ecossistema em saúde humana que vinculam as estratégias de gestão integral do meio ambiente (ecossistemas saudáveis) com uma abordagem da ecologia da promoção da saúde. O objetivo desse enfoque é desenvolver novos conhecimentos sobre saúde e meio ambiente, em situações concretas, que gere ações adequadas e saudáveis para as pessoas que se encontram vivendo em ambientes que trazem riscos à saúde.

Outros assuntos surgiram neste estudo e que apontam a necessidade de aprofundamento posterior, como a questão de gênero no cuidado, subsistema de saúde indígena e o SUS, a participação dos índios nos fóruns de debates e decisão, necessidades de saúde das comunidades e o sistema de informação.

Pode-se identificar nos discursos dos índios a clareza que eles têm de seus problemas e necessidades de saúde e as estratégias para resolvê-los. Eles esforçam-se para ressignificar a diferença, não mais como objeto de discriminação e, sim, com base no direito a diferença.

Pensando no interesse inicial que motivou este estudo em que se afirmava, através de hipótese, que existiria no curso de Agente Indígena de saúde práticas pedagógicas descontextualizadas da realidade indígena e conteúdos focados nos aspectos biológicos. Descobriu-se que existem sim práticas pedagógicas que apresentam a interculturalidade como sinônimo de introdução de um tema nos momentos presenciais, como narrativas étnicas sem problematizar as relações de poder e conteúdos que reforçam a concepção do processo saúde-doença voltado para o biológico.

Por fim, embora as proposições feitas nesse estudo fossem consideradas na execução do curso do Agente Indígena de Saúde, ainda continuarei com alguns questionamentos. Como fazer mudanças na formação se não houve estas mudanças na gestão do subsistema de saúde indígena e nas práticas de saúde? Será que o currículo por competência que traz à concepção do mundo do trabalho

dá conta de responder às necessidades de formação para área de saúde para as comunidades?

A principal limitação desse estudo consiste na não participação direta dos AIS na análise do processo formativo do curso, exceto no relatório da oficina de ouvidoria que apresenta as falas de algumas lideranças indígenas.

Contudo, essa limitação se justifica pelo fato do tempo ser limitado para se obter a autorização do comitê de ética da FUNASA para a realização das entrevistas.

A intencionalidade dessa pesquisa em nenhum momento foi de criticar a proposta de formação apresentada pela FUNASA à Escola. Mas sim de apresentar proposições que possam desencadear um processo de discussão e readequação da formação do curso AIS.

Tendo a clareza que a discussão das práticas curriculares constitui-se através de uma construção coletiva, e, portanto esta pesquisa não teve a intenção de apresentar uma proposta fechada. Mas de propor sugestões preliminares para propor discussões com todo equipe Escola Técnica e docente do curso.

A expectativa é de que a Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha possa reformular as práticas pedagógicas ou construir uma nova proposta que considere os achados e as proposições feitas neste trabalho.

Enquanto pesquisadora, essa investigação despertou ainda mais o interesse em continuar a aprofundar a pesquisa sobre as necessidades de saúde deste povo contribuindo assim, para o fortalecimento do subsistema de saúde indígena.

A FUNASA já vem estabelecendo um trabalho de parceria com as Escolas Técnicas/Centros Formadores de recursos Humanos da rede do SUS para a capacitação de pessoal na área de vigilância em saúde e dos próprios AIS (BRASIL, 2005a).

Sendo assim, esse estudo poderá também contribuir para desencadear processos de discussões no âmbito das Escolas Técnicas do SUS e apontar estratégias para a construção de processos formativos para as comunidades indígenas.



## REFERÊNCIAS

ACRE. Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha. **Relatório de Execução do I Módulo Introdutório do Curso de Agente Indígena de Saúde**. Rio Branco, 2007.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 8, n. 14, p.73-92, fev. 2004.

BARROS, M. E. B. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIN, Ricardo Burg; MATOS, Ruben Araújo. (Orgs.). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos Cursos de Graduação da Área da Saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: ABRASCO, 2005.

BARUZZI, Roberto G.. A universidade na atenção à saúde dos povos indígenas: a experiência do Projeto Xingu da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina. **Saude soc.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 182- 186, ago. 2007.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. A metodologia da problematização no ensino superior e sua contribuição para o plano da práxis. **Semina: Ci. Soc./Hum.**, Londrina, v. 17, p. 7-17, nov. 1996. (Edição Especial).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007a. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, v. 8).

BRASIL. Portaria nº 2.656, de 17 de outubro de 2007. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação dos incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 18 de out. 2007b.

BRASIL. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, mar. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde: Portaria GM n. 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, mar. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde: **Educação Profissional Básica para Agentes Indígenas de Saúde**: Módulo Introdutório. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Educação Profissional Básica para Agentes Indígenas de Saúde**: módulo promovendo a Saúde da Mulher, Criança, Saúde Bucal. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde, 2005b.

BRASIL. Portaria nº 70, de 20 de janeiro de 2004. Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à saúde Indígena. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, jan. 2004a.

BRASIL. Portaria nº 69, de 22 de janeiro de 2004. Dispõe sobre a criação do Comitê Consultivo da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, vinculado a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, jan. 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, mar. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Promoção da Saúde**: declaração de Alma-Ata: Carta de Ottawa: declaração de Adelaide: declaração de Sundsvall: declaração de Santa Fé: declaração de Jacarta: rede dos Megapaíses: declaração do México. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Formação do Agente Indígena de Saúde**: Propostas e diretrizes. Brasília, DF: FUNASA, 1996.

CAMPOS, Célia Maria Sivalli; BATAEIRO, Marcel Oliveira. **Necessidades de saúde**: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 605-618, set.-dez. 2007.

CANDAU, Vera Maria Ferrão. Multiculturalismo e Educação: desafios para a prática pedagógica. In: MOREIRA, Antônio Flávio; CADAU, Vera Maria Ferrão. (Orgs.). **Multiculturalismo**: Diferenças e Práticas Pedagógicas. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

CARVALHO, Sérgio Resende; CUNHA, Gustavo Tenório. A Gestão da Atenção na Saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAM-

POS, Gastão Wagner de Sousa; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; DRUMOND JÚNIOR, Marcos; CARVALHO, Yara Maria de. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006. p. 837-862. (Saúde em Debate).

CARVALHO, Sérgio Resende. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeitos e mudança**. São Paulo: Hucitec. 2007.

CASTRO, Guillermo Williamson. Reflexão político-pedagógica sobre a diversidade e a educação intercultural bilíngüe. In: HERNALIZ, Ignácio (Org.). **Educação na Diversidade: experiências e desafios na Educação Intercultural Bilíngüe**. Brasília, DF: Ministério da Educação; UNESCO, 2009. p. 126-145. (Coleção Educação para Todos, v. 28).

CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Yara Maria de. Formação e educação em saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; DRUMOND JÚNIOR, Marcos; CARVALHO, Yara Maria de. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006. (Saúde em Debate).

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATOS, Ruben Araújo de. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2001. p. 113-127.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MATSUMOTO, Norma Fumie. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO, Roseni; FERLA, Alcindo Antonio; MATTOS, Ruben Araújo de. (Orgs.). **Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Caxias do Sul: EdUCS/UFRS; Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESQ, 2006.

CITUK, Andy May. Ação educacional integral para o desenvolvimento comunitário. In: HERNALIZ, Ignácio (Org.). **Educação na Diversidade: experiências e desafios na Educação Intercultural Bilíngüe**. Brasília, DF: Ministério da Educação; UNESCO, 2009. p. 158-163. (Coleção Educação para Todos, v. 28).

COSTA, Dina Czeresnia. Política indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 388-401, out.-dez. 1987.

CUTOLO, Luiz Roberto Agea. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arq. Catarin. Med.**, Florianópolis, v. 35, n. 4, p. 16-24, out.-dez. 2006.

CUTOLO, Luiz Roberto Agea. **Estratégia de Saúde da Família: Bases Conceituais**. UMA SUS, 2009. (mimeo).

EVANGELISTA, Adriana Cristina. **A gestão da saúde indígena no DSEI Alto Rio Purus**: análise de um processo em construção. 2006. 73f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Gestão e Sistemas de Saúde, Universidade Federal do Acre, Rio Branco, 2006.

FLEURI, Reinaldo Matias. Intercultura e Educação. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 23, ago. 2003.

FLEURI, Reinaldo Matias. Desafios à educação intercultural no Brasil. **Revista Percursos**, Florianópolis, v.2, p. 109-128, 2001.

FERRI, Cássia. **Gênese de um currículo multicultural**: tramas de uma experiência em construção no contexto da educação escolar indígena. 2000. 234f. Tese (Doutorado em Educação) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2000.

FONSECA, R. M. G. S.; BERTOLOZZI, M. R. **A classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva e o uso da epidemiologia social**. Brasília, DF: Associação Brasileira de Enfermagem, 1997. (Série Didática).

FORQUIN, J. C. **Escola e cultura**: As bases sociais e epistemológicas do conhecimento escolar. Tradução Guacira Lopes Louro. Porto Alegre: Artmed, 1993.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Esperança**: um reencontro com a pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 45. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2007.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. 1. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GARNELO, Luiza. Taxonomias das doenças entre os índios Baninwa (Arewak) e Desana (tucano oriental) do Alto Rio Negro. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 12, n. 26, p. 231-260, jul.-dez. 2006.

GARNELO, Luiza; SAMPAIO, Sully. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de “fazer ver” e “fazer crer” nas políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1217-1223, ago. 2005.

GIL, Laura Pérez. Políticas de saúde, pluralidade terapêutica e identidade na Amazônia. **Saude soc.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 48- 60, ago. 2007

HALL, S. A. Identidade Cultura na Pós-Modernidade. In: SILVA, Tomaz Tadeu da (Org.). **Identidade e diferenças**. Petrópolis: Vozes, 2003.

INTURRALDE, Diego Alfonso. Direitos culturais indígenas e educação intercultural bilíngüe: a situação legal na América Central. In: HERNALIZ, Ignácio (Org.). **Educação na Diversidade: experiências e desafios na Educação Intercultural Bilíngüe**. Brasília, DF: Ministério da Educação; UNESCO, 2009. p. 92-99. (Coleção Educação para Todos, v. 28).

JAHNSON, 1997.LANGDON, Esther Jean. Diversidade cultural e os desafios da política brasileira de saúde do índio. **Saude soc.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 7-12, ago. 2007.

LANGDON, Esther Jean. Saúde e Povos Indígenas: os desafios na virada do século. In: CONGRESSO LATINOAMERICANO DE CIENCIAS SOCIALES Y MEDICINA, 5., 1999, Venezuela. **Proceedings...** Venezuela, 1999. Disponível em: <<http://www.cfh.ufsc.br/~nessi/Margsav.htm>>.

LANGDON, Esther Jean et al. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2637-2646, dez. 2006.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. Saúde como Negação da Negação: uma perspectiva Dialética. **FHYSIS: Rev. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 15-28, 2007.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C; CORNETA, V. K. Recurso humanos para promoção da saúde In: LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Promoção da saúde: a negação da negação**.Rio de Janeiro: Vieira & Lendt, 2004.

LOPES, Luiz. Enrique; SICHRA, Inge. Educação em áreas indígenas da América Latina: balanços e perspectivas. In: HERNAIZ, Ignácio (Org.). **Educação na Diversidade**: experiências e desafios na Educação Intercultural Bilingüe. Brasília, DF: Ministério da Educação; UNESCO, 2009. p. 102-122. (Coleção Educação para Todos, v. 28).

LOPES, Stella Maris Brum. **Vivendo longe de Gardel...** a experiência de migrantes argentinos com a saúde e doença no município de Balneário Camboriú, SC. 2005. 130 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2005.

LUZ, M. T. **As Instituições Médicas no Brasil**: Instituições e Estratégias de Hegemonia. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et. al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

McLAREN, Peter. **Multiculturalismo crítico**. São Paulo: Cortez, 1997.

MATTOS, Ruben Araújo de. A Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set.-out., 2004.

MATTOS, Ruben Araújo de. Integralidade e a formações de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATOS, Ruben Araújo de. (Orgs.). **Construção da integralidade**: Cotidiano, saberes e práticas em Saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A evolução histórica da prática médica**. Belo Horizonte: FUMARC, 1985.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Um agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES GONÇALVES, Ricardo B. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde**: Característica do Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC; Abrasco, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Saúde e ambiente: uma relação necessária. In: CAMPOS et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em Saúde. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1998.

NAVAS, Ulisses Márquez. Rede de Comunidades de Aprendizagem: a visão a partir de uma organização da sociedade civil. In: HERNAIZ, Ignácio (Org.). **Educação na Diversidade**: experiências e desafios na Educação Intercultural Bilíngüe. Brasília, DF: Ministério da Educação; UNESCO, 2009. p. 166-177. (Coleção Educação para Todos, v. 28).

OSÓRIO, Agustín Requejo. **Educação permanente e educação de adultos**: horizontes pedagógicos. Lisboa: Instituto Piaget Divisão Editorial, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA de Saúde. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde. (OPAS/MS). Washington, DC: OPAS, mar. 2008.

PEDROSA, José Ivo dos Santos. Promoção da Saúde e Educação em Saúde. In: CASTRO, Adriana; MALO, Miguel. (Orgs.). **SUS**: Ressignificando a Promoção da Saúde. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 77-95. (Coleção Saúde em Debate).

PINTO, Heldina Pereira. O educador frente aos conflitos dos alunos e os saberes escolares. In: SAUL, Ana Maria (Org.). **Paulo Freire e a Formação de Educadores**: múltiplos olhares. São Paulo: Articulação Universidade Escola, 2000.

POLLOCK, Donald. Etnomedicina kulina. In: SANTOS, Ricardo Ventura; COIMBRA JR., Carlos Everaldo Alvares. (Orgs.). **Saúde & Povos Indígenas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

RICARDO, Beto; RICARDO, Fany. (Eds.). **Povos Indígenas no Brasil**: 2001-2005. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006.

RAMOS, Marise Nogueira. **A Pedagogia das Competências**: autonomia ou adaptação? 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SACRISTÁN, Jose Gimeno. **Educar e conviver na cultura global**: as exigências da cidadania. Tradução de Ernani Rosa. Porto Alegre: Artmed, 2002.

SACRISTÁN, Jose Gimeno. **O currículo**: uma reflexão sobre a prática. Tradução Ernani Rosa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

SANTOS, Ricardo Ventura; COIMBRA JR., Carlos Everaldo Alvares. (Orgs.). **Saúde & Povos Indígenas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

SAUPE, Rosita; WENDHAUSEN, Águeda Lenita Pereira. Os desdobramentos da Promoção da Saúde na realidade Latino/Americana/Brasileira: Participação, Empoderamento e Interdisciplinaridade. In: WENDHAUSEN, Águeda Lenita Pereira; SAUPE, Rosita (Orgs.). **Interdisciplinaridade e Saúde**. Itajaí: Editora UNIVALI, 2007.

SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni Rosângela de. A Formação do Enfermeiro: Construindo a integralidade do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 4, p. 488-91, jul.-ago. 2006.

SILVA, Tomaz Tadeu da Silva. **Documento de identidade**: uma introdução às teorias do currículo. 2. ed., 11. reimp. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

SILVA, Tomaz Tadeu da Silva. A produção social da identidade e da diferença. In: HALL, Stuart; WOODWARD, Kathryn; SILVA, Tomaz Tadeu da Silva. (Orgs.). **Identidade e diferença**: perspectiva dos estudos culturais. Petrópolis: Vozes, 2000a.

SILVA, Tomaz Tadeu da Silva. **Teoria Cultural e Educação**: um vocabulário crítico. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2000b.

STARFIELD, Bárbara: **Atenção Primária**: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

THOMAZ, Osmar Ribeiro: A Antropologia e o Mundo Contemporâneo: cultura e diversidade. In: SILVA, Aracy.Lopes; GRUPIONI, Luís Donisete Benzi. (Orgs.). **A Temática Indígena na Escola**: novos subsídios para professores de 1 e 2 graus. Brasília, DF: MEC/MARI/UNESCO, 1995. p. 426 - 444.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Editora Atlas, 1987.



WOODWARD, Kathryn. Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. In: HALL, Stuart; WOODWARD, Kathryn; SILVA, Tomaz Tadeu da Silva. (Orgs.). **Identidade e diferença: perspectiva dos estudos culturais**. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 7-72.

YAMAMOTO, Renato Minoru. (Org.). **Manual de Atenção à Saúde da Criança Indígena Brasileira: orientações técnicas**. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde, 2004.

## APÊNDICES

## **APÊNDICE A - Termo de Aceite de Orientação**

Eu, **Stella Maris Brum Lopes**, Professora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho concordo em orientar a aluna **Vânia Maria Lima da Silva**, no desenvolvimento de sua dissertação, tendo como tema: **Formação do Agente Indígena de Saúde: processo reflexivo com perspectiva de uma abordagem da integralidade e de um currículo intercultural.**

Itajaí, .....de..... de 2009.

**Dra. Stella Maris Brum Lopes**  
Orientadora

**APÊNDICE B** - Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí

Andamento do projeto – CAAE – 0091.0.223.000-09			
<b>Título do Projeto de Pesquisa</b>			
FORMAÇÃO DO AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE: PROCESSO REFLEXIVO COM PERSPECTIVA DE UMA ABORDAGEM INTERCULTURAL.			
<b>Situação no CEP</b>	<b>Data Inicial no CEP</b>	<b>Data Final</b>	
Aprovado	05/05/2009 11:47:40	05/05/2009	
<b>Descrição</b>	<b>Data</b>	<b>Documento</b>	<b>N° do Doc</b>
1-Envio da Folha de Rosto pela Internet	08/04/2009 16:31:04	Folha de Rosto	FR254527
3-Protocolo A-provado no CEP	05/05/2009 11:48:41	Folha de Rosto	42/09
Recebimento de Protocolo pelo CEP(Check-list)	05/05/2009 11:47:40	Folha de Rosto	0091.0223.000-09

## APÊNDICE C – Autorização para Utilização dos Dados

Ao  
**Sr. Iraiton de Lima Sousa**  
**Diretor – Presidente do Instituto de Desenvolvimento da Educação Profissional**  
**Dom Moacyr Grechi**  
**Rio Branco – Acre**

Senhor Diretor,

Eu, Vânia Maria Lima da Silva, servidora pública estadual, lotada neste Instituto desde 2001, venho por meio desta solicitar a vossa Excelência autorização para uso de informações institucionais da Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha na realização da pesquisa **Formação do Agente Indígena de Saúde: Processo Reflexivo com Perspectiva de Uma Abordagem da Integralidade e Interculturalidade**, cujo objetivo geral é analisar o processo reflexivo da formação do Agente Indígena de Saúde com perspectiva de uma abordagem da integralidade e intercultural.

A referida pesquisa é parte do Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí-UNIVALI, tendo como orientadora a Prof.<sup>a</sup>. DR.<sup>a</sup>. Stella Maris Brum Lopes.

A coleta de dados será realizada no âmbito da Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha, através dos seguintes documentos: Relatórios das oficinas de ouvidoria e os relatórios de execução dos módulos introdutório e saúde da mulher, criança e saúde bucal.

Atenciosamente,

**Vânia Maria Lima da Silva**

Aluna do Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho da UNIVALI

Rio Branco- Acre, 30 de maio de 2009.

07.827.773/0001 - 95  
 Instituto Estadual de  
 Desenvolvimento da Educação  
 Profissional Dom Moacyr Grechi  
 Av. Nações Unidas, 1.068  
 Bosque  
 Rio Branco

ACRE

Iraiton de Lima Sousa  
 Diretor Presidente/IDEP-DM  
 Decreto nº 143/2007

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)