



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB

Instituto de Psicologia - IP

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE

Sâmia Kelle de Araújo

Brasília, Fevereiro de 2014



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB

Instituto de Psicologia - IP

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE

Sâmia Kelle de Araújo

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, área de concentração Psicologia da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Maurício Robayo Tamayo

Co-orientador: Prof. Dr. Oviromar Flores

Brasília, Fevereiro de 2014

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de
Brasília. Acervo 1014861.

Araújo, Sâmia Kelle de.
A663f A formação profissional dos agentes indígenas de saúde
/ Sâmia Kelle de Araújo. -- 2014.
xiii, 59 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília,
Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação
em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, 2014
Inclui bibliografia.

Orientação: Maurício Robayo Tamayo ; Coorientação:
Oviromar Flores.

1. Agentes comunitários de saúde - Treinamento. 2.
Índios. I. Tamayo, Maurício Robayo. II. Flores, Oviromar.
III. Título.

CDU 614(81=082)

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Programa de pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA SEGUINTE BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Maurício Robayo Tamayo - Presidente
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Sílvia Maria Ferreira Guimarães - Membro
Universidade de Brasília

Prfa. Dra. Elizabeth Queiroz - Membro
Universidade de Brasília

Prfa. Dra. Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira - Suplente
Universidade de Brasília

DEDICATÓRIA

À minha avó **Albertina** (*in memoriam*) por sempre incentivar na persistência em busca de meus objetivos e crer que tudo é possível.

Aos meus pais **Mírian e Bento**, pelo amor e incentivo em todos os momentos da minha vida e ao meu filho **Aleksandr**, pelo amor incondicional, aceitando e entendendo minha ausência. Amo vocês!

QUEM MORRE?

(De Pablo Neruda)

Morre lentamente quem não viaja, quem não lê, quem não ouve música, quem não encontra graça em si mesmo.

Morre lentamente quem destrói o seu amor-próprio, quem não se deixa ajudar.

Morre lentamente quem se transforma em escravo do hábito, repetindo todos os dias os mesmos trajetos, quem não muda de marca, não se arrisca a vestir uma nova cor ou não conversa com quem não conhece.

Morre lentamente quem faz da televisão o seu guru.

Morre lentamente quem evita uma paixão, quem prefere o negro sobre o branco e os pontos sobre os “is” em detrimento de um redemoinho de emoções justamente as que resgatam o brilho dos olhos, sorrisos dos bocejos, corações aos tropeços e sentimentos.

Morre lentamente quem não vira a mesa quando está infeliz com seu trabalho, quem não arrisca o certo pelo incerto para ir atrás de um sonho, quem não se permite pelo menos uma vez na vida fugir dos conselhos sensatos.

Morre lentamente, quem passa os dias queixando-se da sua má sorte ou da chuva incessante.

Morre lentamente, quem abandona um projeto antes de iniciá-lo, não pergunta sobre o assunto que desconhece ou não responde quando lhe indagam sobre algo que sabe.

Evitemos a morte em doses suaves, recordando sempre que estar vivo exige um esforço muito maior que o simples fato de respirar.

Somente a perseverança fará com que conquistemos um estágio esplêndido de felicidade.

Pablo Neruda

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar presente em minha vida, orientando minha caminhada e guiando minhas decisões.

A Aleksandr, meu filho amado, por acreditar em mim, entender-me e aceitar minha ausência. Por me ouvir e compartilhar, mesmo à distância, as conquistas, as perdas, os apanhos e as alegrias. Um homem forte, guerreiro e decidido do qual me orgulho.

À minha Família, em especial minha amada mãe Mírian, meu pai Bento, minha avó Albertina (in memoriam) e meus irmãos queridos (Jhony, Rosângela, Robyson, Franck, Everton, Bruna, Mediã, Hevellyn e Maricélia) por acreditar em mim e apoiar em todos os momentos que precisei, dispensando carinho, atenção e respeitando minhas limitações.

Aos meus colegas de mestrado e doutorado do projeto Pró-Ensino na Saúde (2011), que me proporcionaram aprendizado acadêmico e para a vida.

Aos amigos Edna Vieira, Diita Fontoura, Hannya Herrera, Guilherme Máximo e Alessandra Lucena, com os quais compartilhei momentos alegres e difíceis, mas juntos conseguimos superar as dificuldades.

À minha amada amiga e irmã Simone Alves, uma pessoa admirável, uma mulher guerreira e decidida, que esteve comigo em todos os momentos e com a qual aprendi o significado da determinação.

Ao grupo Gestor do projeto Pró-ensino na Saúde (Professoras: Gardênia Abbad, Diana Pinho, Elizabeth Queiroz e Clélia Parreira) pela iniciativa, coragem e pela oportunidade de colaborar para a formação dos futuros profissionais de saúde do Brasil.

Às secretárias e equipe de apoio do Pró-ensino na Saúde pela disponibilidade e o trabalho dedicado e prestado a todos.

Ao Professor Stephen Baines, pelo apoio, paciência, orientação e pelo belíssimo trabalho que vem prestando aos povos indígenas do Brasil, servindo para mim como um exemplo a ser seguido.

Aos meus Orientadores Professores Maurício Tamayo e Oviomar Flores, pela paciência e orientação na construção deste Estudo.

Às professoras Sílvia Guimarães, Elizabeth Queiroz e Clélia Parreira por aceitarem o convite para participar da banca de avaliação deste trabalho.

Ao Professor Oviomar, pela paciência, incentivo e escuta na construção deste Estudo.

À Dulce e Talita, pelo apoio, confiança e atenção em momentos críticos.

À Guitty Milani, pelo carinho, cuidado espiritual e orientação pra vida.

Aos povos indígenas do Brasil, meu respeito e admiração.

A todos que estiveram presente em minha vida durante a construção deste trabalho e realização do sonho de colaborar para a atenção à saúde dos povos indígenas, com respeito às especificidades e cultura de cada povo.

RESUMO

No Brasil a formação dos agentes indígenas é um processo que está sendo realizado nesta última década, e este estudo visou analisar este tipo de formação interligado à Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASPI), onde a formação e a capacitação de indígenas, como agentes de saúde, são vistas como uma estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, de forma a somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não desses povos. Os objetivos específicos deste trabalho foram: a caracterização do perfil dos AIS, visto como o conjunto de atitudes, habilidades e competências mobilizadas nas suas atividades de articulação e mobilização das comunidades, bem como na mediação do diálogo entre a medicina tradicional indígena e a medicina hegemônica científica, além da descrição dos componentes estruturantes das bases curriculares propostas para a formação dos AIS. A metodologia utilizada foi realizada análise documental e de conteúdo dos seguintes documentos: Curso de Formação proposto pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e o plano de curso para Agentes Comunitários Indígenas de Saúde (ACIS) de uma Escola Técnica do Sistema Único de Saúde (ETSUS) de acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígena (PNASPI); e os relatórios das quatro Conferências Nacionais de Saúde Indígena (CNSI). Os resultados foram sistematizados com base nos objetivos e nas categorias de análise concentradas em quatro questões prioritárias na estruturação das práticas de atenção à saúde indígena: intermedialidade; interculturalidade; o modelo tecnoassistencial de atenção à saúde indígena; e o processo de formação do AIS. Concluiu-se através dos documentos analisados que o curso proposto para os AIS apresenta na estruturação dos módulos uma formação voltada para o cuidado às doenças prevalentes na comunidade, sem trazer uma discussão acerca das dimensões interculturais que permeiam o processo saúde-doença para esses povos. Não há definição de que forma o AIS irá atuar, em contexto interétnico, junto às equipes de saúde ou discussão de como deve ser abordada a intermedialidade durante o processo formativo, muito menos como ocorreria o diálogo de saberes entre as formas terapêuticas de assistência.

Palavras-Chave: Formação do Agente Indígena de Saúde, Intermedialidade, Subsistema de Saúde Indígena, Ensino na Saúde.

ABSTRACT

In Brazil the formation of Indigenous Agents - AIS is a process that is being done in this last decade, and this study aimed to analyze this type of training linked to the National Policy for Indigenous Health (PNASPI), where training and capacity building of indigenous people, as agents health is seen as a strategy to promote ownership by indigenous peoples, knowledge and technical resources of Western Medicine in order to add to the collection of own and other therapies, or non traditional cultural practices of these people. The specific objectives of this work were to characterize the profile of AIS, seen as a set of attitudes, skills and competencies mobilized in their activities coordination and mobilization of communities as well as in mediating the dialogue between traditional medicine and indigenous hegemonic scientific medicine, beyond the description of the structural components of the curriculum bases proposed for the formation of the AIS. The methodology used documentary analysis was performed and the content of the following documents: Training Course offered by the National Health Foundation (FUNASA) and course plan for Indigenous Health Community Agents (ACIS) of the Technical School of the Unified Health System (ETSUS) in accordance with the National Policy for the Indigenous Peoples Health (PNASPI) and the reports of the four National Conference on Indigenous Health (CNSI). The results were summarized based on the objectives and categories of analysis focused on four priority issues in structuring practices of indigenous health care: intermedialidade; interculturalism; the technical care model of indigenous health care; and the training of AIS process. It was concluded that the documents analyzed by the proposed AIS course introduces the structuring of training modules focused on the care of diseases prevalent in the community, without bringing a discussion of intercultural dimensions that permeate the health and disease process for these people. Not defining how the AIS will act in interethnic context, next to do health and does not discuss how the intermediality should be addressed during the training process , as would occur much less the dialogue of knowledge between therapeutic assistance.

Keys words: Training Indigenous Health Agents, Intermediality, Indigenous Health Subsystem, Education in Health.

SUMÁRIO

ABSTRACT	viii
LISTA DE SIGLAS	xi
LISTA DE FIGURAS	xiii
INTRODUÇÃO	01
Capítulo 1 – ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA: UMA HISTÓRIA EM CONSTRUÇÃO	04
1.1. Sistema Único de Saúde: estratégias de qualificação	04
1.2. Bases conceituais e configurações práticas no campo da saúde.....	09
1.3. O modelo tecnoassistencial de saúde indígena.....	14
1.3.1. Gênese do modelo de atenção à saúde indígena	15
1.3.2. Subsistema de saúde indígena	17
1.3.3. Organização da assistência e funcionamento.....	20
1.4. O agente indígena de saúde	22
1.4.1. Sobre o perfil político	23
1.4.2. Sobre o perfil técnico.....	24
1.4.3. Sobre a Formação Profissional do AIS.....	27
Capítulo 2 – OBJETIVOS	30
2.1. Objetivo Geral	30
2.2. Objetivos Específicos.....	30
Capítulo 3 – METODOLOGIA	31
3.1 Caracterização do Estudo	31
3.2 O desenvolvimento de pesquisas nos diferentes campos de atuação	31
3.3 A pesquisa qualitativa	32
3.4 Análise dos documentos.....	33
3.5 Considerações éticas.....	34
Capítulo 4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
4.1 Análise documental: as categorias de análise	35
a. Intermedialidade e interculturalidade.....	35
b. Atenção diferenciada à saúde indígena.....	37
c. Formação profissional do AIS.....	39
4.2 Frequência das categorias de análise nos relatórios das quatro conferências nacionais de	

Saúde indígena.....	44
4.3 Análise de conteúdo: curso de formação inicial e continuada para agentes indígenas de saúde De uma Escola Técnica em Saúde	45
Capítulo 5 - CONSIDERACOES FINAIS	49
REFERÊNCIAS	52
Anexo A – Frequência das categorias de análise nos relatórios das quatro conferências nacionais de saúde indígena.....	57
Anexo B - Parecer do comitê de ética em pesquisa	58

LISTAS DE SIGLAS

AIS – Agente Indígena de Saúde
ACS - Agente Comunitário de Saúde
ACIS – Agente Comunitário Indígena de Saúde
APS –Atenção Primária à Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CASAI – Casa de Saúde do Índio
CEFET – Centro Federal de Educação Tecnológica
CEFLORA – Centro de Educação Profissional da Floresta
CBO – Classificação Brasileira de Ocupações
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
COOPE – Coordenação de Operações
CLSI – Conselho Local de Saúde Indígena
CNSI – Conferência Nacional de Saúde Indígena
CONDISI – Conselho Distrital de Saúde Indígena
DESAI – Departamento de Saúde Indígena
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena
DST/AIDS – Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
EMSI – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
EP – Educação Permanente
ESF – Estratégia Saúde da Família
ETSUS – Escola Técnica do Sistema Único de Saúde
EVS – Equipes Volantes de Saúde
FUNAI – Fundação Nacional do Índio
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
FUNRURAL – Fundo de Assistência Previdenciária
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MEC – Ministério da Educação e Cultura
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PFAIS – Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde
PNASPI – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

SASI – Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena

SNT – Serviço Nacional de Tuberculose

SSS – Saúde Sem Limites

SUCAM – Superintendência de Campanha de Saúde

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição dos Distritos Sanitários no Brasil

Figura 2 – Modelo de Atenção à Saúde Indígena

INTRODUÇÃO

A temática indígena e a atenção à saúde dos povos indígenas não constavam dos meus planos de estudo quando iniciei o curso de graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Acre, realizado durante o período de 1997 a 2002. Recordo-me que estas temáticas foram tratadas de forma abreviada como tópicos de Disciplinas como Sociologia e Saúde Coletiva.

No entanto, durante a elaboração do projeto de trabalho de conclusão de curso – TCC, tive a oportunidade de me envolver com esses assuntos quando um colega de curso propôs desenvolver a pesquisa sobre saúde indígena. Na época, realizamos um levantamento da situação de saúde da população de uma aldeia localizada no interior do Amazonas na cidade de Boca do Acre onde trabalhamos com aproximadamente 350 pessoas da etnia Apurinã¹.

Durante a realização da pesquisa no ano de 2002 visitamos as aldeias e algo em especial chamou minha atenção. A Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), que na época era o órgão responsável pela atenção à saúde indígena, havia instalado vasos sanitários nas aldeias e para minha surpresa, esses sanitários estavam sendo utilizados como depósito de mantimentos, particularmente bananas, principal fruta utilizada nessas aldeias. Buscando um significado para este fato, conversei com um Agente Indígena de Saúde (AIS) e perguntei por que eles colocavam os cachos de bananas nos vasos sanitários. Segundo o agente, era possível que a utilidade dos vasos não tivesse sido compreendida ou, talvez, não adotada pela comunidade por outras razões que ele desconhecia.

A partir desse episódio, passei a refletir acerca dos processos de formulação e implementação da política de saúde indígena que chegam às aldeias:

- Como se configura o Modelo tecnoassistencial de saúde indígena?
- Como é realizado o levantamento das necessidades locais de saúde que informam as propostas dessas Políticas?
- Como se definem, planejam, avaliam e monitoram as ações de saúde?
- Qual é o protagonismo dos gestores, equipe de saúde e comunidades indígenas no processo de deliberação e implantação dessas Políticas?

No final desse mesmo ano, fui aprovada em um processo seletivo para trabalhar como Técnico na FUNASA durante o período de 2002 a 2004 no Acre, junto aos povos indígenas adscritos aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), Alto Rio Purus e Alto Rio Juruá, atendendo a população nas aldeias e na Casa de Saúde do Índio (CASAI). Nesse período, os desafios iniciais para mim estavam vinculados mais a compreensão da língua e a melhor abordagem para o atendimento em se tratando de etnias distintas com costumes e tradições diferentes.

Observei que a língua deixou de ser o maior obstáculo no trabalho e que a própria atenção à saúde indígena se mostrava como o maior desafio para nós profissionais que fazíamos parte das equipes de saúde. Éramos órfãos de informações acerca da atenção diferenciada, do itinerário da

¹ Os apurinãs são uma tribo que falam a língua apurinã do tronco linguístico aruak e habitam ao longo do rio Purus no Amazonas e seus afluentes.

atenção vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), do tratamento vinculado à medicina tradicional por conta das lacunas no nosso processo de formação, já referidas.

Nesse período, as discussões sobre o processo de construção de um sistema de saúde junto às equipes estavam mais voltadas para a dificuldade em prestarmos uma atenção diferenciada com respeito à diversidade étnica, bem como para o diálogo da medicina tradicional e os vários níveis de atenção à saúde do SUS.

Entre 2004 e 2007, trabalhei como gestora de políticas de saúde indígena na Coordenação de Operações (COOPE) do Departamento de Atenção à Saúde Indígena (DESAI) da FUNASA, acompanhando atividades municipais, estaduais e federais, que me permitiram uma aproximação com o trabalho das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) em diversos DSEI e em especial com o trabalho do AIS. Pude observar a importância do trabalho desses profissionais nos espaços das práticas de atenção à saúde, demarcados nas suas respectivas aldeias, ao mesmo tempo em que fui tocada por algumas questões pertinentes à formação destes mesmos profissionais, quais sejam:

- Como o processo de formação deste profissional está estruturado?
- Quais são as abordagens/orientações metodológicas adotadas?
- Como são tratadas as questões relativas à interculturalidade, intermedicalidade e atenção diferenciada?
- Qual o seu perfil profissiográfico em termos das suas funções técnicas e de mediação política (perfil político) entre as comunidades indígenas e o SUS e entre as racionalidades que estruturam a medicina tradicional e a medicina hegemônica científica.

Nessa perspectiva, este estudo busca descrever o processo de formação profissional dos AIS à luz da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASPI), identificando sua gênese no decorrer das quatro Conferências Nacionais de Saúde Indígena (CNSI), realizadas no âmbito do SUS.

Em relação à estrutura do texto, no primeiro capítulo, buscou-se mostrar a reconstituição do processo sócio-histórico de formação do subsistema de saúde indígena, que culminou com a implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Em seguida, trabalhou-se a identificação dos componentes estruturantes do modelo tecnoassistencial de saúde indígena: a atenção básica face os demais níveis de complexidade desse modelo como cenário da ação do Agente Indígena de Saúde; a construção da proposta de formação do AIS durante as quatro conferências nacionais de saúde indígena; e sua inserção na Equipe Multidisciplinar de Saúde, bem como seu papel enquanto interlocutor entre a medicina ocidental e a medicina hegemônica científica.

Já o segundo capítulo apresenta os objetivos do estudo e seu delineamento. No terceiro capítulo serão apresentados os pressupostos da pesquisa qualitativa e os diferentes momentos para construção das informações. Os documentos analisados e a descrição da análise também constam desta parte do texto.

O capítulo quatro trata das análises e discussões dos resultados. O processo formativo dos Agentes Indígenas de Saúde à luz da Política a partir de quatro abordagens: a) no contexto da atenção

diferenciada; b) da intermedialidade; c) da interculturalidade; d) da formação dos AIS, em diálogo com o referencial teórico elaborado e os objetivos do estudo.

Nas considerações finais, será demonstrada uma síntese das contribuições da pesquisa para a compreensão dos desafios e potencialidades da formação dos AIS, a partir dos principais achados e reflexões, bem como, sugestão de uma agenda de pesquisa referente a formação desse profissional e algumas limitações do estudo.

CAPITULO 1 – ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA: UMA HISTÓRIA EM CONSTRUÇÃO

Este capítulo tem por finalidade a reconstituição do processo sócio-histórico de formação do Subsistema de Saúde Indígena, que culminou com a implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

1.1. Sistema Único de Saúde: estratégias de qualificação

O Movimento da Reforma Sanitária que surgiu a partir do fim da década de 1970 congregou em torno da bandeira “Saúde e Democracia”, sindicatos, movimentos populares e universidade, preparando a consolidação de um marco conceitual sobre o campo da saúde, com implicações consideráveis nas práticas de atenção à saúde. Promoção, proteção à saúde, acesso universal, atenção primária, equidade, integralidade e controle social são alguns dos novos conceitos que fazem do SUS uma proposta de ruptura ao modelo assistencialista construído até então.

No período entre as décadas de 1970 a 2000, observa-se o desencadeamento de grandes inflexões no sentido das políticas de saúde que teve como pano de fundo os movimentos sociais, expressão do potencial de articulação e mobilização da sociedade brasileira em prol da sua redemocratização, dentre os quais emergem o Movimento Contra a Carestia; as Associações de Bairro; as Comunidades Eclesiais de Base; Movimentos pela educação; os movimentos de luta pela saúde, saneamento e moradia; O Movimento das Mulheres; o Movimento de Emancipação das Mulheres; o Movimento pela Anistia e outros (Flores, 2007).

Ainda segundo Flores (2007) no campo da Saúde, o Movimento Sanitário Brasileiro, secundado pelo Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira por um longo período assumiram a condição de atores sociais, revestidos das funções de intelectuais no campo das lutas pela saúde, cujo produto da sua ação culminou com a construção do Paradigma da Saúde Coletiva como uma produção nacional, que direcionou a estratégia da construção e estruturação do SUS e na época:

- Denunciou a crise do Modelo bio-médico em nível mundial;
- Evidenciou a precarização das condições de vida e de saúde da sociedade brasileira;
- Denunciou as tendências neoliberais insinuadas na formulação e implementação das políticas sociais.
- Sistematizou e evidenciou os vínculos entre a crise da medicina, crise da Previdência e crise de legitimidade do Estado Brasileiro;
- Gestou o paradigma da saúde coletiva;
- Mobilizou a sociedade brasileira em torno das transformações na Previdência e no Sistema de Saúde Brasileiro;
- Desenvolveu experiências pilotos visando a modelos de estruturação e organização da atenção à saúde;
- Promoveu a adequação e incorporação de novos paradigmas às necessidades de saúde da sociedade brasileira, como foi o caso do Paradigma da medicina comunitária.

A Constituição Federal do Brasil (1988) definiu os princípios gerais do SUS e estabeleceu que a direção única e a responsabilidade da gestão federal do sistema são do Ministério da Saúde. No que se refere à saúde dos povos indígenas, estabeleceu o reconhecimento e o respeito às suas organizações socioculturais, assegurando-lhes a capacidade civil plena e estabelecendo a competência privada da União para legislar e tratar sobre as questões indígenas.

Desde o reconhecimento da saúde como um direito universal corroborada com a regulamentação da lei orgânica (Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90) construiu-se uma ampla rede de serviços que atendessem as necessidades de saúde de milhões de pessoas, constituindo-se em um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo.

O SUS vem passando por diversas dificuldades para o desenvolvimento desse modelo de atenção à saúde. Segundo Vieira (2013) a partir da década de 1990 surgiram no cenário nacional, alguns movimentos que confluíram ideologicamente para a utopia dos princípios do SUS, tais como: Estratégia Saúde da Família – ESF, Política Nacional de Atenção Básica, a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena e a Política Nacional de Práticas Integrativas.

Esses movimentos foram ao encontro da Constituição de 1988, que incorporou novas concepções teóricas da educação e da saúde no contexto político nacional, favorecendo a emergência de novos significados, no que diz respeito a sua função social, missão e organização.

Desse modo, o Ministério da Saúde lançou em 1994, inicialmente como programa, a Estratégia Saúde da Família – ESF. Tal estratégia originou-se da reformulação das prioridades do Ministério da Saúde em relação à Atenção Básica, sendo proposta como caminho para reorganização da atenção à saúde no Brasil. Compromete-se em prestar atenção à saúde pautando-se no atendimento integral, contínuo, com equidade e resolutividade, por meio de prática humanizada, e desenvolver ações de prevenção e promoção de saúde.

A ESF parte de um processo de trabalho em equipe multiprofissional, que deve: conhecer as famílias do território sob sua abrangência; identificar problemas de saúde e situações de risco da comunidade; exercer planejamento local com base e imerso na realidade que planeja, pautando-se no rompimento da lógica biomédico-curativo-medicalizada. O enfoque deve privilegiar ações educativas e intersetoriais, fazendo valer o princípio da integralidade na atenção, em uma relação continuada com os demais níveis de assistência, que crie vínculos entre os profissionais e usuários, por intermédio da corresponsabilização na resolução dos problemas de saúde (Brasil, 2007).

Autores como Mendes (1985) e Paim (2001) consideram que a concepção brasileira sobre a Estratégia da Saúde da Família articula noções e conceitos originários de distintas disciplinas do campo da saúde pública e saúde coletiva que se traduzem em princípios e diretrizes operacionais que buscam conformar um modelo de atenção pautado pela organização sistêmica dos serviços (complementaridade e hierarquização), pelo caráter multiprofissional das equipes de trabalho, pela utilização da informação epidemiológica para o planejamento e programação das ações de saúde e pela busca de integralidade das práticas (promoção, proteção e recuperação) ainda que no âmbito da Atenção Básica.

Nessa perspectiva, surge a figura do Agente Comunitário de Saúde – ACS, que tem como função precípua ser o elemento de vinculação entre a equipe do Programa Saúde da Família e a comunidade, mediante práticas de educação em saúde. Considerado como um componente estratégico da equipe, um dos critérios principais para a seleção deste profissional é seu pertencimento à comunidade na qual trabalha.

A exemplo do ACS, no espaço da atenção à saúde indígena se constitui a figura do AIS, como elemento de ligação entre os diferentes níveis de complexidade do SUS e as comunidades indígenas, na perspectiva da atenção diferenciada e da incorporação das práticas terapêuticas tradicionais na atenção à saúde desses povos.

O Programa Saúde da Família é considerado como a estratégia direcionada para a atenção básica a saúde como ponto de partida para a implementação do SUS, o que significa estabelecer as bases para intervenções mais avançadas nos seus níveis de média e alta complexidade.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) resulta da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do SUS, como movimentos sociais, trabalhadores e gestores das três esferas de governo (Brasil, 2012). É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas, uma vez que ela constitui a porta de entrada do Sistema de Saúde, centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde, seja a atenção prestada para populações urbanas ou para povos indígenas, impondo-se a observação dos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da humanização, da equidade e do controle social (Brasil, 2012).

Impõe-se também, que o trabalho dos profissionais de saúde seja realizado em equipe, de forma que os saberes somem e possam se concretizar em cuidados efetivos dirigidos a populações de territórios definidos, pelos quais essa equipe de saúde assume a responsabilidade sanitária, reiterando-se o PSF como a estratégia de organização da atenção à saúde mediante o processo de territorialização e a responsabilidade sanitária das equipes de saúde.

No entanto, ainda é possível identificar desafios que indicam a necessidade de articulação de estratégias de forma a considerar as necessidades de populações específicas, garantindo o princípio da universalidade e da integralidade, considerando o acesso a todos os níveis de atenção à saúde, como é o caso dos povos indígenas.

Nesse contexto, considerando a atenção à saúde dos povos indígenas, as lutas desses povos, em busca de uma saúde de qualidade, não foram diferentes. A garantia pela atenção diferenciada, o respeito à cultura e às tradições, bem como à medicina tradicional foram conquistas alcançadas após períodos de negociações e discussões acerca da política de saúde, em espaços como as conferências nacionais de saúde e as conferências de saúde indígena, envolvendo lideranças indígenas, profissionais de saúde e gestores, culminando com a atual Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI).

Nessa perspectiva da participação dos indígenas na atenção à saúde dos seus povos, de acordo com Oliveira (2002) a criação de instâncias políticas que viabilizassem a participação indígena nas decisões sobre a saúde foi definida nos moldes do SUS: Conferências Nacionais de Saúde dos Povos Indígenas, realizadas como parte das Conferências Nacionais de Saúde, Conselho Nacional de Saúde/CNS, assim como Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, visto que os indígenas se constituem, também, usuários do SUS.

A PNASPI foi elaborada e aprovada pela portaria ministerial Nº 254 de 31 de Janeiro de 2002. Contempla aspectos referentes à promoção, prevenção e recuperação da saúde dos povos Indígenas, destacando o processo de colonização desses povos e as consequências em relação aos agravos à saúde. Culminando na formulação de um subsistema de atenção à saúde indígena vinculado ao SUS que contempla as especificidades e as responsabilidades das Instâncias Federal, Estadual e Municipal. Traz ainda a organização do modelo de atenção à saúde, destacando o papel do AIS como elemento fundamental no processo de interlocução de saberes.

O Ministério da Saúde, nessa mesma direção, formulou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC, com vistas à integração de sistemas médicos complexos, medicina tradicional e complementar aos sistemas oficiais de saúde.

Dentre as diretrizes da PNPIC destacam-se aspectos voltados para: a estruturação e fortalecimento da atenção em PIC no SUS; o desenvolvimento de estratégias de qualificação em PIC para profissionais do SUS, em conformidade com os princípios e diretrizes estabelecidos para Educação Permanente; a divulgação e informação dos conhecimentos básicos da PIC para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional; o estímulo às ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações; o fortalecimento da participação social, bem como o fomento ao acesso a medicamentos homeopáticos e fitoterápicos na perspectiva da ampliação da produção pública, assegurando as especificidades da assistência farmacêutica.

Trata-se, portanto, da modificação de toda uma prática biomédica, onde o paciente passa a ser o protagonista de sua saúde na realização de uma atenção diferenciada, onde ocorre o fortalecimento da relação profissional de saúde-paciente e a expansão da escolha da terapia adequada.

Para Fleuri (2001) em nível das práticas de formação profissional a interculturalidade propõe novas estratégias de relação entre sujeitos e entre grupos diferentes, buscando a construção de identidades particulares; o reconhecimento das diferenças culturais; e a relação crítica e solidária entre elas.

Na perspectiva intercultural a educação passa a ser entendida não apenas como transmissão de informações de um indivíduo para outro. A educação passa a ser concebida como construção de processos em que diferentes sujeitos desenvolvem relações de reciprocidade (cooperativa e conflito) entre si. As ações e reações entre sujeitos criam, sustentam e modificam contextos relacionais. Estes contextos, por um lado, configuram referências culturais, a partir das quais os atos individuais adquirem significados. Por outro lado, através das relações entre pessoas pertencentes a contextos

diferentes, estes mesmos contextos interagem, influenciando-se e transformando-se mutuamente (Fleuri, 2001).

No contexto da atenção à saúde indígena, de acordo com a PNASPI, é fundamental considerar o conhecimento tradicional desses povos no processo de promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento das enfermidades. As Conferências Nacionais de Atenção à Saúde Indígena atestam uma discussão sobre atenção diferenciada como centrada no trabalho conjunto entre as comunidades indígenas e os profissionais de saúde através da troca de experiências, compreensão do universo indígena e da aproximação entre a medicina hegemônica científica e a medicina tradicional indígena.

Os profissionais da área da saúde devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade. Devem desenvolver ferramentas que permitam ir além da técnica permitindo observar seus estados emocionais, crenças, valores e significações, ampliando suas percepções e potencializando as ações de prevenção, promoção e intervenção (Ceccim, 2005).

Um destaque dado nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena – CNSI foi a necessidade de capacitação dos profissionais indígenas de saúde, enquanto elo fundamental de um sistema baseado na comunicação intercultural, na autogestão e na medicina tradicional indígena, para a atuação na atenção à saúde em suas comunidades.

A II Conferência de Saúde Indígena destaca a ampliação do processo formativo dos profissionais, para atuação em contexto intercultural, em todos os níveis de atenção. A III Conferência incorpora a necessidade do trabalho intersetorial entre saúde e educação de forma a alcançar o princípio da integralidade e a IV CNSI propõe que fique sob a responsabilidade do órgão responsável pela atenção à saúde indígena promover oficinas, palestras e cursos junto a esses profissionais.

Para Novo (2009), em trabalho realizado junto aos AIS no Alto Xingu, a concepção do AIS como um técnico gera conflitos, na medida em que esses agentes são considerados desqualificados para o trabalho na saúde, muitas vezes devido à formação incipiente.

Para os profissionais que atuam na atenção à saúde indígena, promover o diálogo entre os saberes do homem branco e dos povos da floresta, aqui entendido como intermedicalidade, constitui-se em um desafio a ser superado em contexto intercultural.

De acordo com Follér (2004), a participação dos AIS em contextos de saúde intercultural ou de intermedicalidade, é um tema ainda pouco explorado pela literatura. No entanto, este tema tende a receber maior atenção nas discussões atuais sobre as políticas públicas de saúde indígena no Brasil, uma vez que o AIS é figura essencial para viabilizar o modelo de ‘atenção diferenciada à saúde’. A intermedicalidade se refere às negociações de sentido feitas pelos sujeitos, que, frente ao sofrimento lançam mão de variadas práticas médicas, em busca de alívio para o sofrimento.

Langdon (2005) afirma que em áreas indígenas a rejeição à biomedicina não é um problema ou desafio para os profissionais, pois ela é recebida positivamente pelos povos indígenas. Ressalva, porém, que isso não implica numa mudança da cosmovisão explicativa do processo saúde-doença. A autora ressalva que em situações de intermedicalidade os indígenas tendem a manter suas taxonomias

e nexos causais, utilizando o arsenal terapêutico da biomedicina mais como uma alternativa para a supressão mais veloz dos sintomas. Dessa forma, nos territórios indígenas observa-se uma coexistência produtiva entre os sistemas biomédico e nativo com grande permeabilidade nos limites entre eles.

Segundo Pontes (2013) é importante considerarmos as dimensões coletivas dos problemas de saúde que se incorporam ao cotidiano dos serviços e que é possível que a intermedicalidade passe a se constituir como um instrumento de reorientação das práticas de atenção à saúde, uma vez que ela dinamiza, desobstrui e fortalece a relação com a população e seus movimentos organizados. Passa a ser um instrumento de construção de uma ação de saúde mais integral e mais adequada à população indígena.

1.2. Bases conceituais e configurações práticas no campo da saúde

A atenção à saúde configura-se como prática social nas formas de políticas, programas e serviços de saúde. Segundo Matta e Morosini (2009) a atenção à saúde busca designar a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde enquanto resposta às necessidades da população.

O modelo tecnoassistencial ou modelo de atenção à saúde definidor e operacionalizador da atenção à saúde resultaria do entrecruzamento de práticas de natureza política, teórica, ideológica e técnica num contexto específico. Visto da perspectiva setorial ou a partir de um olhar para a totalidade da sociedade brasileira, o modelo tecnoassistencial configura o campo da saúde como um espaço de lutas com características singulares reveladoras do modo de vida da população ou de grupos sociais beneficiados; das suas relações com o meio ambiente; das evidências dos seus perfis epidemiológicos e da organização dos serviços de saúde (Teixeira, 2003).

Os modelos tecnoassistenciais em saúde, segundo Teixeira (2003), decorrem de diversas políticas/programas de saúde implantadas em diferentes contextos sociopolíticos e econômicos do país, pois não se limitam a aspectos de organização, de gestão dos serviços ou dos sistemas de saúde, mas constituem um dos componentes desses mesmos sistemas, que podem se orientar para a totalidade do sistema de saúde ou a aspectos parciais dos Índios; agravos específicos; ciclos de vida, gênero, grupos étnicos etc.

Campos (1997) definiu o modelo assistencial ou modelo de atenção a saúde como - “o modo como são produzidas as ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las”. Para este autor, modelo de assistência à saúde diz respeito às formas ou ao modelo de produção de serviços influenciado pelo modo de produção da sociedade e estruturação do sistema.

Para Merhy (2002) o modelo de atenção à saúde coexiste no “modo como se constrói a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar da saúde”, considerando o trabalho em saúde como produção de atos de cuidar. O autor destaca que um modelo tecnoassistencial é resultante de uma estratégia em torno de uso de tecnologias

denominadas duras, leves-duras e leves, que articulam profissionais e ambientes de modo mais adequado às necessidades de saúde que se apresentam em contextos específicos.

As tecnologias duras referem-se a equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais; as tecnologias leves-duras referem-se aos saberes, que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, e outras. As tecnologias leves mediarão a produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho.

As bases da institucionalização de um modelo tecnoassistencial em saúde, em âmbito mundial, operam-se em um processo que se inicia em meados do século XVIII com a consolidação do Estado Moderno, primórdios do capitalismo, quando a Medicina se afirma como prática social. A definição do Modelo da Medicina Científica, ou Modelo Bio-médico, consuma-se em 1910, na esteira das transformações no modo de vida característica do período de consolidação do capitalismo monopolista e passa a orientar as práticas médicas em todo o mundo ocidental. O marco desta definição foi o Relatório Flexner, que sistematiza as transformações em curso no campo da saúde nesse período e toma como ponto de partida, medidas radicais na formação do profissional médico, que repercutem rapidamente no modo de estruturação, organização, uso tecnológico, processo de trabalho no âmbito das práticas de atenção à saúde. Nesses mesmos termos, seguem-se ao Relatório Flexner outras iniciativas desta natureza, as quais buscam implementar mudanças em outras profissões e práticas de saúde, como na Enfermagem e na Odontologia.

No que se refere ao ensino e formação médica, as medidas propostas encaminhadas pelo Relatório apontavam para:

- Estímulo à docência em tempo integral;
- Expansão do ensino clínico; especialmente em hospitais;
- Vinculação das escolas médicas às universidades;
- Ênfase na pesquisa biológica;
- Definição de padrões de entrada e ampliação, para quatro anos, da duração dos cursos;
- Introdução do ensino laboratorial;
- Vinculação da pesquisa ao ensino;
- Estímulo à especialização médica e controle do exercício profissional pela profissão organizada.

No que se refere às reorientações da prática médica propriamente ditas, os novos elementos estruturantes referiam-se a:

- O biologicismo;
- O mecanicismo;
- O individualismo;
- A especialização;
- A exclusão de práticas alternativas;

- A tecnificação do ato médico;
- A ênfase na medicina curativa; e
- A concentração de recursos.

Ainda hoje, as bases conceituais e filosóficas são reconhecidas nos componentes estruturantes dos sistemas de saúde de diferentes países, identificadas, também, como fatores desencadeantes das suas respectivas crises. Se por um lado, é inegável que a Medicina Ocidental Científica experimentou um avanço científico e tecnológico inédito na história da humanidade, culminando na valorização da pesquisa e na descoberta de etiologias, diagnósticos, prognósticos e tratamento de diferentes patologias, é importante observar que, por outro lado, esse mesmo modelo nunca esteve isento de crises cíclicas por conta dos seus componentes estruturadores, como já foi dito, à luz das crises estruturais mais amplas características do modo de produção imperante, dentre as quais cita-se a crise financeira na década de 1920.

Tomando como ponto de partida o contexto sócio-político-econômico em que ocorrem essas reformulações nas práticas médicas e, por extensão, das práticas de atenção à saúde, Aguiar (2003), analisa o Modelo da Medicina Científica sob três aspectos:

- A transição epidemiológica;
- A questão dos custos em saúde e
- O processo de trabalho em saúde.

No que diz respeito à transição epidemiológica, foi possível verificar uma diminuição da mortalidade por doenças infecciosas nos países europeus no século XX, à medida em que se modernizavam, ao mesmo tempo se observou um aumento da participação de doenças crônicas.

Quanto ao aumento dos custos em saúde, estes ocorriam devido às características do uso da tecnologia e da especialização presentes no relatório Flexner, direcionando para o lucro em potencial do mercado pelo modelo instituído (Aguiar, 2003).

Já em relação às transformações no processo de trabalho em saúde por força das transformações na clínica médica, verificou-se o distanciamento de um olhar holístico na organização de bens e serviços; a desumanização do atendimento em parte relacionado à fragmentação do trabalho médico, o enfraquecimento das relações profissionais de saúde/paciente, além da incorporação de características capitalistas de produção no desenvolvimento das práticas de saúde.

Para Mendes (1985), a crise da medicina científica materializou-se no aparecimento de problemas crescentes relativos a três aspectos:

- A desigualdade social expressa no acesso aos bens e serviços de saúde;
- A ineficiência expressa pela inexistência de correlação entre os investimentos em saúde e os avanços na qualidade de saúde e de vida das populações;
- À ineficácia dos sistemas de saúde, quando se passou a perceber que a melhora dos níveis mundiais de saúde se deve muito mais às mudanças no ambiente do que às mudanças de caráter tecnológico implementadas no campo da saúde.

No entanto, é nos cenários dessas crises – crise do capitalismo, crise de legitimidade do Estado, crise nas condições de vida das populações – que se abrem as oportunidades para o questionamento, avaliação e denúncia das práticas assistenciais em saúde vigentes, que de uma maneira geral são seguidas de mobilizações da sociedade em torno da sustentação do direito dos povos à saúde, articulados às lutas mais gerais de democratização do Estado. Esses movimentos ensejam mudanças nos processos de formulação de políticas e programas de saúde e na consolidação de modelos tecnoassistenciais na perspectiva de adequação das práticas de saúde no formato de sistemas de saúde.

A experiência da incorporação do modelo técnicoassistencial da medicina comunitária no Brasil opera-se na década de 70 do século passado, num cenário de crise do Modelo biomédico em nível mundial, como expressão da crise do capitalismo no campo da saúde.

Originalmente concebida pela Inglaterra como política de saúde direcionada às suas colônias na África, seu êxito em grande parte residia no fato de combinar um arcabouço tecnológico considerado simples, que era direcionado a populações consideradas simples, cujos problemas de saúde seriam simples e, por consequência, as suas soluções também seriam simples. O cunho ideológico dessas afirmações embasava a defesa das tecnologias apropriadas no âmbito desse modelo, que nada mais seria do que a materialização da visão dominante sobre as populações e grupos sociais em condições subalternas para as quais essa Política se destinava.

Posteriormente, este modelo foi adotado pelos Estados Unidos e passou a orientar a Política de saúde direcionada para populações periféricas e marginalizadas resultantes do incremento das correntes migratórias para aquele país, como parte de um conjunto de estratégias propostas para a neutralização dos crescentes conflitos sociais característicos do modo de produção em consolidação.

O modelo da medicina comunitária apresentava-se, então, como uma proposta portadora de um potencial para a inclusão de expressivos contingentes populacionais até então marginalizados nos espaços das práticas assistenciais em saúde. Os seus componentes estruturantes apresentavam-se como plenamente ajustáveis aos componentes do modelo tecnoassistencial hegemônico numa relação de complementariedade, o que significava que as novas práticas de atenção em saúde não colocavam em questão as práticas em vigência. Além disso, a medicina comunitária emitia sinais de um potencial racionalizador de custo-benefício das práticas de atenção à saúde que apontava para a expansão do campo da saúde, e para a possibilidade de alargamento do mercado consumidor de medicamentos e equipamentos.

Nesses termos, dentre outros modelos em discussão, o modelo da medicina comunitária, à época, apresentava-se como a alternativa mais viável para o enfrentamento da crise da saúde, sem alterar a relação de forças nesse campo. Além disso, a possibilidade de adequação dessa proposta às realidades nacionais conferiu capilaridade ao Modelo da medicina comunitária que passa a assumir expressão mundial, legitimado e mediado pela ação da Organização Mundial de Saúde e da Organização Panamericana de Saúde mobilizadas na discussão sobre a necessidade de se promover

extensão de cobertura em nível das políticas nacionais de saúde, de modo articulado com universidades, agências e fundações financiadoras internacionais.

Em síntese, a medicina comunitária passa, à época, a constituir uma alternativa a ser reformulada, adequada e incorporada ao modelo assistencial privatista, acenando para a possibilidade de incorporação de inovações que buscavam dar conta da produtividade, diminuição de custos, extensão de cobertura, simplificação dos recursos e participação comunitária.

Por outro lado, considera-se que, para além dos possíveis avanços relativos às questões do acesso aos bens e serviços, à eficiência e eficácia das práticas de atenção à saúde, o modelo da medicina comunitária, pelas suas características estruturantes, se coadunaria com a filosofia neoliberal em ascensão em uma fase de recessão mundial. Nesse período, a ideologia neoliberal propunha um Estado suficientemente vigoroso face o poderio sindical e a capacidade reivindicatória do operariado, considerados como fatores principais da corrosão da acumulação capitalista em curso. Partindo da idéia da combinação das baixas taxas de crescimento com altas taxas de inflação, propunha-se um crescente controle estatal da economia por um lado e por outro o recuo do investimento no plano das políticas de bem estar e do emprego (Flores, 2007).

Nesse cenário, ao ritmo da mobilização da sociedade brasileira nas lutas pela democratização e por direitos sociais, emergem inúmeras experiências autônomas, destinadas a vários setores da sociedade, no sentido de enfrentar necessidades urgentes apresentadas pelas populações, dentre as quais se sobressaiam às demandas no campo da saúde. Estas experiências foram implantadas em estados brasileiros como Minas Gerais, Paraná, São Paulo, Goiás, Rio Grande do Sul.

A experiência brasileira nesse sentido não é a única, uma vez que esse é um contexto que caracterizou a América Latina na década de 60 e 70, como expressão da estratégia de reperfilamento dos países periféricos frente às crises já referidas (Mendes, 1985).

Dessa forma, vários países latino americanos constituíram campos de experimentação desse modelo, que, como já foi afirmado, de início foram implantados por universidades nacionais, sob a assessoria da Organização Panamericana da Saúde e financiamento de fundações privadas norte americanas. Segundo Mendes (1985) os elementos estruturantes das práticas de medicina comunitária eram:

- 1) coletivismo restrito, na medida em que a participação da comunidade nos termos em que se deu no início das experiências limitava-se ao nível local, mais precisamente, no plano das populações localizadas em torno das unidades assistenciais, o que significava que este tipo de mobilização não chegava a influenciar o nível geral da sociedade brasileira, por exemplo;
- 2) integração de atividades promocionais, preventivas e curativas;
- 3) desconcentração de recursos, na medida em que os equipamentos de uso coletivo em saúde passam a ser implantados e localizados na extensão mais ampla do território nacional, suplantando os critérios vigentes até então, quando o nível de concentração desses recursos era determinado pela capacidade de mercado, ou seja, pela capacidade de consumo desses recursos.
- 4) inclusão das práticas médicas alternativas;

- 5) utilização da equipe de saúde; e,
- 6) participação comunitária.

Segundo Flores (2007), as reformulações da proposta original do modelo da medicina comunitária com vistas à sua adequação ao modelo hegemônico e às necessidades sociais de saúde no Brasil, oportunizaram inflexões importantes no Sistema de Saúde e, conseqüentemente no modelo tecnoassistencial que lhe imprimia materialidade. Dentre os primeiros sinais nessa direção identificavam-se:

1. A definição dos princípios de hierarquização, descentralização, desconcentração, regionalização e participação social;
2. O formato piramidal do sistema de saúde, de início idealizado nos seus três níveis de complexidade (primário, secundário, terciário);
3. As buscas pela integralização das práticas assistenciais mediadas pela unificação das práticas curativas e preventivas;
4. A recomposição da força de trabalho em saúde, na perspectiva das equipes multiprofissionais enquanto um ator coletivo, com formato piramidal, hierarquizando nos moldes da complexidade crescente desenhada para o formato do sistema de saúde.
5. A redução de custos mediante a redistribuição do trabalho médico entre outros trabalhadores via delegação de competências.
6. A implantação, ainda que de forma incipiente, de uma rede de serviços de saúde hierarquizada, descentralizada e de complexidade crescente expressa no sentido local/ regional/central do sistema de saúde, em que se defendia a proporção necessária entre o pessoal técnico, auxiliar e especialista, e entre as categorias profissionais componentes das equipes. Dentre esses, propunha-se a presença de profissionais da medicina geral, de especialistas, de profissionais da enfermagem, odontologia, ciências farmacêuticas, serviço social, bem como auxiliares de enfermagem e de agentes de saúde.

Nesses termos, em 1976, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, materializou a adequação e incorporação dos componentes da medicina comunitária, cuja proposta foi assumida e induzida pelo Ministério da Saúde na forma de um programa cujas ações se fizeram presentes em todo o território nacional com destaque para aquelas regiões mais carentes de serviços de saúde como a Norte e a Nordeste.

Este Programa funcionou como um laboratório de gestão, de articulação de tecnologias e de organização de serviços, que alimentaram os encaminhamentos que desaguaram no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS e, posteriormente, no Sistema Único de Saúde – SUS (Rosas, 1981; Escorel, 1998).

Nessa mesma direção, o desdobramento político-social da época influenciou a discussão e a criação do modelo de atenção à saúde indígena brasileira, na medida em que foram incorporados os princípios da atenção diferenciada, da interculturalidade e intermedicalidade na organização do subsistema de saúde indígena.

1.3. O modelo tecnoassistencial de saúde indígena

Considerando a trajetória histórica, no início do século XVI havia cerca de cinco milhões de indígenas no Brasil, no entanto grande parte dessa população foi dizimada pela colonização e principalmente pelas epidemias. Além disso, hoje se verificam conflitos que têm como foco central o desenvolvimento econômico e social, e a exploração de recursos naturais, desencadeando lutas por espaço (terra). De acordo com o Conselho Indigenista Missionário - CIMI as políticas implementadas desde o período colonial visavam à integração ou ao extermínio dos mais diferentes povos, e a perspectiva de integração destes à sociedade nacional justificou diversas ações etnocidas.

Na perspectiva de mudança desse contexto, em 1988 a Constituição Federal Brasileira reconhece e passa a considerar as organizações socioculturais dos povos indígenas e define os princípios gerais do SUS e no ano de 1999 ocorre a transferência de responsabilidade de coordenação das ações de saúde nas terras indígenas para o Ministério da Saúde com o estabelecimento dos distritos sanitários especiais indígenas.

1.3.1. Gênese do modelo de atenção à saúde indígena

Modelo de atenção à saúde relaciona-se à forma de organização das ações de atenção à saúde e à articulação entre os diversos recursos (humanos, físicos e tecnológicos) disponíveis para o enfrentamento e resolução dos problemas de saúde de uma população. No Brasil, diversos modelos de atenção à saúde foram construídos ao longo da história. O atual modelo sustenta-se em três pilares: a rede (integra os serviços interfederativos), a regionalização (regiões de saúde) e a hierarquização (níveis de maior ou menor complexidade dos serviços).

Para Paim (2001) modelo de atenção é uma forma que combina técnicas e tecnologias com vistas à resolução de problemas de saúde individuais e coletivos. Modelo não é padrão, não é exemplo, não é burocracia, é uma razão de ser – uma racionalidade. Modelo de atenção à saúde ou modelo assistencial não é uma forma de organizar os serviços de saúde, um modo de administrar (gestão ou gerenciamento) o sistema e os serviços de saúde. É uma forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas de saúde e atender necessidades de saúde individuais e coletivas (Paim, 2001).

O modelo de atenção à saúde indígena está contemplado na atual Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações da Lei Orgânica da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhece as especificidades étnicas e culturais dos povos indígenas, bem como estabelece seus direitos sociais. A Lei nº 9.836 de 23 de Setembro de 1999, que acrescenta dispositivo à Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990 (Art. 1º, Capítulo V), que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Em novembro de 1986, ocorreu a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio – I CNPSI, aprovada pela VIII Conferência Nacional de Saúde, quando foram estabelecidas as bases para a criação, no âmbito do SUS, do subsistema de atenção à saúde dos povos indígenas. Até então, a atenção à saúde indígena caracterizava-se pela inexistência de uma rede de serviços de saúde orientada pelo direito e acesso aos bens e serviços nesse campo traduzidos em termos culturais, geográficos e econômicos e pautados pela eficiência e efetividade face às necessidades dessa população.

De acordo com Costa (1987) em 1910 foi criado o Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais – SPI/ITN, marcando uma importante mudança na política indigenista, que deixou de ser responsabilidade da igreja – por meio da qual eram realizados atendimentos à saúde durante as missões religiosas que buscavam mudar a cultura dos indígenas de acordo com o padrão europeu religioso, o que levou ao extermínio de diversas etnias. Na época foi formulada uma legislação que garantia ao indígena o respeito a sua cultura e o direito a sua terra, mas, apesar da legislação, os indígenas continuaram sendo escravizados.

O SPI surgiu em meio a um período conturbado para as populações indígenas que enfrentavam frentes de expansão para o interior, provocando o extermínio de muitos índios que resistiam ao 'processo civilizatório'. O SPI tinha por objetivo tanto a proteção dos índios, quanto a fundação de colônias agrícolas que utilizariam a mão-de-obra encontrada nas expedições oficiais (Decreto N 8.072 de 20 de junho de 1910). A separação do SPI da Localização de Trabalhadores Nacionais ocorreu em 1918 (Decreto Lei Nº 3.454, de 06 de janeiro de 1918). Mesmo assim, a atuação do órgão continuou embasada na premissa da integração pacífica dos indígenas.

Ainda durante a atuação do SPI, no ano de 1956, o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas – SUSA juntou-se ao Serviço Nacional de Tuberculose – SNT, para juntos desenvolverem atividades de atenção à saúde, voltadas para as populações rurais de difícil acesso e indígenas isolados. De acordo com Langdon (2005), os índios menos isolados não foram atendidos por esses serviços.

As ações de atenção à saúde continuavam sendo realizadas esporadicamente, no entanto, já tínhamos um rol maior de oferta de serviços, como controle da tuberculose, vacinação, atendimento odontológico e atendimento às doenças transmissíveis.

Durante esse período houve várias tentativas no sentido de organização dos serviços de atenção à saúde desses povos, até que em 1967, com a criação da FUNAI, teoricamente, grande parte dos problemas de saúde que acometiam os indígenas deveria ser resolvida na própria aldeia, o que na prática não ocorreu. Foram fixados postos de saúde dentro das áreas indígenas cujo atendimento era realizado pelas equipes volantes de médicos. As entradas para o desenvolvimento das ações de saúde continuaram ocorrendo de forma esporádica. Os atendimentos que necessitassem de uma atenção especializada eram referenciados para as unidades de saúde conveniadas à FUNAI, como o Fundo de Assistência Previdenciária do Trabalhador – FUNRURAL, a Superintendência de Campanhas de Saúde – SUCAM, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, entre outros (Langdon, 2005).

Durante o período inicial da formação do Sistema Único de saúde, os cuidados à saúde desses povos ainda estavam sob a responsabilidade da FUNAI que continuou a centralizar todas as ações do governo voltadas para as populações indígenas. A FUNAI atuava nas áreas indígenas através das Equipes Volantes de Saúde - EVS, que realizavam entradas periódicas às aldeias para atendimento às demandas espontâneas. De acordo com Garnelo (2009) as EVS mantiveram-se distantes das discussões sobre atenção primária à saúde, e suas práticas não incorporaram nem os avanços simples, baratos e eficazes de cuidados primários de saúde e nem os novos modelos de assistência, pautados na prevenção de doenças e na organização de sistemas locais de saúde.

Em 1991 a gestão da saúde indígena foi transferida da FUNAI para o Ministério da Saúde com a publicação do Decreto Presidencial Nº 23 e consolidou-se com a Lei Arouca em 1999. A partir daí, as práticas de saúde indígena passaram a integrar as políticas públicas de saúde mediante a implantação do Subsistema de Saúde Indígena, que dispõe sobre as condições para a promoção da saúde, organização e funcionamento dos serviços.

Dessa forma, quase uma década após a formulação do SUS, sob a responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), os Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI foram criados, sendo os responsáveis pelo atendimento à saúde em todo o Brasil de acordo com o novo modelo estabelecido. Foram implantados 34 DSEIs, distribuídos por todas as regiões do país, que desenvolveriam ações baseadas em uma noção de território enquanto espaço em permanente construção, e seriam agentes interlocutores das populações indígenas com as instâncias governamentais (Brasil, 2002).

A FUNASA adotou como estratégia a transferência total ou parcial das ações de saúde para a esfera privada ou para outros órgãos públicos federados que ocorreu por meio de convênios e contratos, com o predomínio de entidades não governamentais, incluindo organizações indígenas e indigenistas. Em relação a essas últimas, observa-se o paradoxo da ‘terceirização dos serviços/ações de saúde’ – onde de um lado ocorre o empoderamento das organizações indígenas no que concerne ao planejamento e execução das ações de saúde, tornando-se responsáveis tanto pela gestão quanto pela fiscalização e controle dos serviços prestados. No entanto, acaba por restringir a responsabilidade do Governo Federal pelas ações de saúde para essa parcela da população.

Em 19 de outubro de 2010, foi assinada pelo Presidente da República Federativa do Brasil, a Lei nº 12.314 que autorizou a criação, no âmbito do Ministério da Saúde, da Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena – SESAI que seria a responsável pela gestão das ações de saúde nas terras indígenas brasileiras.

É de responsabilidade da SESAI, coordenar e avaliar as ações de atenção à saúde no âmbito do SUS, bem como, promover a integração com os setores governamentais e não governamentais que possuem interface com a saúde indígena.

1.3.2. Subsistema de saúde indígena

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), além de garantir os princípios da universalidade, integralidade, equidade e o controle social, instituiu ainda o princípio da atenção diferenciada, que deve levar em conta as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais dos povos indígenas. Assim, dever-se-á desenvolver e fazer uso de tecnologias apropriadas por meio da adequação das formas ocidentais convencionais de organização de serviços (Brasil, 2002), sendo definido como uma diferenciação na qualidade dos serviços.

O SASI está organizado em 34 DSEI (Figura 1) em todo o Brasil, assim divididos com base em critérios antropológicos, epidemiológicos, distribuição geográfica e de acesso ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SasiSUS. São responsáveis pela formação de uma rede de serviços de saúde que contempla diversas ações de promoção e proteção à saúde desses povos. De acordo com a Portaria n. 70 do Ministério da Saúde, cabe aos DSEIs a responsabilidade de executar o fluxo de referência e contra-referência de pacientes a serviços de média e alta complexidade. Além dos DSEI, a estrutura de atenção à saúde indígena conta com os Postos de Saúde situados dentro das aldeias, com os Pólos Base para onde são referenciados os casos e as Casas de Saúde Indígena – CASAI que darão apoio aos índios no decorrer do tratamento.

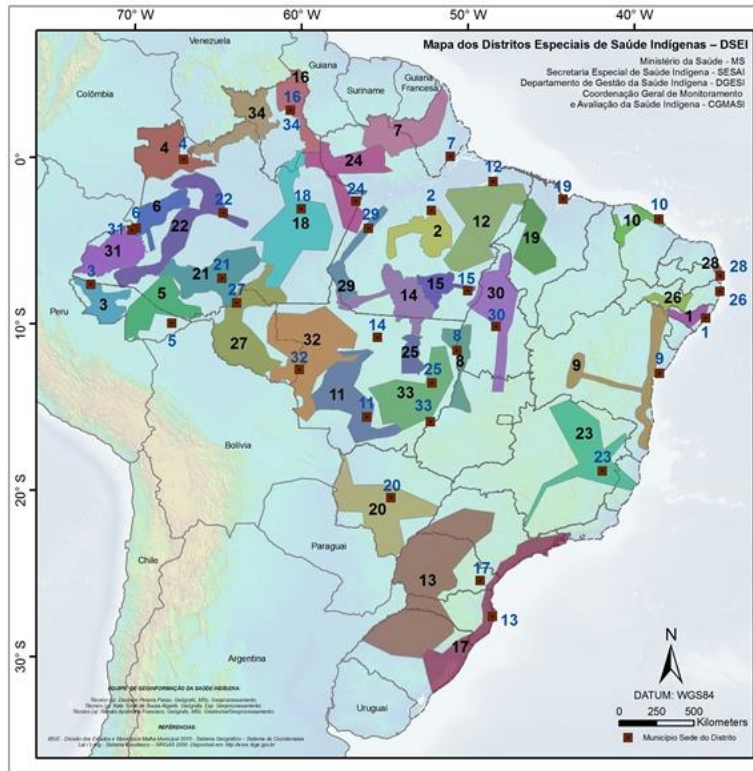


Figura 1. Distribuição dos Distritos Sanitários no Brasil

Fonte: Secretaria Especial de Saúde Indígena/Ministério da Saúde (SESAI/MS), 2013.

Legenda:

- | | |
|---|-----------------------------------|
| 1. Alagoas e Sergipe – AL/SE | 18. Manaus – AM |
| 2. Amapá e Norte do Pará – AP/PA | 19. Guamá-Tocantins – PA |
| 3. Altamira – PA | 20. Maranhão – MA |
| 4. Alto Rio Juruá – AC | 21. Mato Grosso do Sul – MS |
| 5. Alto Rio Purus – AC/AM | 22. Médio Rio Purus – AM |
| 6. Alto Rio Negro – AM | 23. Parintins – AM/PA |
| 7. Alto Rio Solimões – AM | 24. Pernambuco – PE |
| 8. Araguaia – GO/MT | 25. Porto Velho – RO/AM |
| 9. Bahia – BA | 26. Potiguara – PB |
| 10. Ceará – CE | 27. Cuiabá – MT |
| 11. Minas Gerais e Espírito Santo – MG/ES | 28. Rio Tapajós – PA |
| 12. Interior Sul – SP/PR/SC/RS | 29. Médio Rio Solimões - AM |
| 13. Vale do Javari – AM | 30. Tocantins – TO |
| 14. Kayapó – PA | 31. Vilhena – RO/MT |
| 15. Kayapó – MT | 32. Xavante – MT |
| 16. Leste de Roraima – RR | 33. Parque Indígena do Xingú – MT |
| 17. Litoral Sul – RJ/SP/PR/SC/RS | 34. Yanomami- RR/AM |

1.3.3. Organização da assistência e funcionamento

O DSEI configura-se enquanto unidade gestora descentralizada do SasiSus, cujo modelo de organização dos serviços contempla o desenvolvimento de atividades técnicas, com vistas a promoção da saúde e reordenação da rede de atenção e das práticas sanitárias com a participação ativa do controle social, aqui representado através dos conselhos de saúde indígena, organizados em: Conselho Local de Saúde Indígena – CLSI - permanente, consultivo, composto somente por indígenas; Conselho Distrital de Saúde Indígena – CONDISI - permanente, paritário e deliberativo; Fórum de Presidente de CONDISI - permanente e consultivo.

Cada distrito tem uma rede de serviços de saúde dentro de seu território, integrada, hierarquizada e articulada com o SUS, levando em consideração a estrutura de serviços de saúde já existentes nas terras indígenas. Nesse contexto, cada aldeia/comunidade contará com a atuação do agente indígena de saúde como ator integrante da equipe multidisciplinar de saúde indígena - EMSI e que desenvolverá suas atividades no posto de saúde localizado na aldeia.

De acordo com o fluxo de organização dos serviços de saúde, os pólos-base configuram a primeira referência de atendimento para os AIS que atuam diretamente nas aldeias, ou seja, são unidades de referência para a atenção primária. Localizam-se geralmente na comunidade indígena ou em um município próximo. Os profissionais de Saúde que compõem a EMSI, além de prestar assistência à saúde, também são responsáveis pela capacitação e supervisão do AIS em serviço. O Pólo base corresponde a uma unidade básica de saúde que compõe a rede municipal.

Cada pólo base cobre um conjunto de aldeias. No Brasil, os 34 DSEIs abrigam 351 pólos base. Existem dois tipos de pólos base que são classificados de acordo com a complexidade de ações que executa:

Pólo Base Tipo I – caracteriza-se por sua localização em terras indígenas onde são realizadas atividades de prevenção, assistência, capacitação, reciclagem e supervisão dos agentes indígenas de saúde e dos técnicos de enfermagem que compõem a EMSI.

Pólo Base Tipo II – localiza-se no município de referência. A sua estrutura física é de apoio técnico e administrativo à EMSI, não executando atividades de assistência à saúde, que seriam realizadas em um estabelecimento do SUS no município de referência.

As demandas que superam a capacidade de resolução no nível dos polos-base são resolvidas das mais variadas formas, de acordo com as realidades locais (Brasil, 2001):

- ✓ Serviço especializado na sede do próprio município ou no mais próximo;
- ✓ Hospital local de pequeno porte com baixa complexidade;
- ✓ Hospital regional de médio porte com média complexidade e resolução;
- ✓ Hospital geral/especializado de grande porte em alta complexidade e resolutividade.

Essa rede tem sua localização geográfica definida, operando em articulação com os pólos-base, obedecendo aos mecanismos de referência e contra-referência de pacientes e informações, e recebendo incentivo diferenciado de financiamento.

Além das unidades de referência do SUS, existem também as Casas de Saúde do Índio - CASAI, localizadas em municípios de referência, para facilitarem o acesso da população de um ou mais distritos sanitários ao atendimento secundário e/ou terciário, servindo de apoio entre a aldeia e a rede de serviços do SUS.

A CASAI é um local de alojamento para os indígenas que precisam de tratamento fora da aldeia. Compõem o quadro de pessoal da CASAI, profissionais de saúde e técnicos administrativos. Um dos principais papéis da CASAI é realizar a interlocução entre a aldeia e a rede de serviços do SUS.

Com a criação dos DSEI a partir de 1999, a noção de 'atenção diferenciada' passou a ser uma das diretrizes na formulação do modelo de atenção à saúde dos povos indígenas (Cardoso, 2004).

Nesse contexto, a implementação da PNASPI requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços – voltado para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo. O objetivo é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral em saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, contemplando a diversidade cultural, geográfica, social, histórica e política, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura e às suas tradições.

De acordo com a PNASPI, o atual modelo de atenção à saúde indígena, busca valorizar a prevenção, respeito e compreensão dos impasses da interculturalidade com vistas à construção de vínculos de confiança com os usuários (Figura 2).



Figura 2. Modelo de Atenção à Saúde Indígena

Fonte: Secretaria Especial de Saúde Indígena/Ministério da Saúde (SESAI/MS), 2013.

A execução das ações de saúde nas aldeias e nos pólos-base, bem como referenciar e acompanhar os indígenas nas instâncias de média e alta complexidade do SUS são atividades realizadas por profissionais que compõem as EMSI. Essas equipes são formadas minimamente por médico, enfermeiro, odontólogo, técnico de enfermagem, técnico em higiene dental e os AIS, entre outros profissionais, de acordo com a necessidade de cada DSEI. Percebe-se que as equipes se assemelham ao ideário proposto das equipes da Estratégia de Saúde da Família - ESF elaborada na década de 1990 que tem como foco a atenção básica em saúde, atuantes na promoção, prevenção e educação da população (Alves, 2005).

Segundo Franco (2008), o modelo que se pensa para a saúde indígena, deve operar a partir de tecnologias de cuidado que sejam ao mesmo tempo interativas, pedagógicas e busquem empoderar os índios para que eles próprios possam com o tempo, vir a ser protagonistas na produção da sua própria saúde. Deve-se ter o objetivo de torná-los sujeitos plenos, individuais e coletivos, rompendo com um centenário ciclo de relações que os tornam sujeitados. Isto só será possível se forem incorporadas às ações da saúde, os outros saberes que possibilitem o acesso ao mundo simbólico destes povos, que contribuem para a compreensão da sua cultura, comportamento e naturalmente a subjetividade dos índios, com o objetivo de adotar métodos de trabalho dialógicos, construtivistas e, sobretudo atitudes para com as populações indígenas que garantam sua autonomia e preservem sua cultura e ritos como importantes fontes de vida saudável.

1.4. O Agente Indígena de Saúde

Os AIS são profissionais que compõem a equipe multidisciplinar nos serviços de atenção básica de saúde indígena. O espaço de intervenção desses agentes está delimitado pelo campo da saúde à medida que requerem atenção a múltiplos aspectos das condições de vida e da relação intercultural dos povos indígenas com a sociedade nacional. Estas características situam o AIS como uma categoria muito particular, a exemplo dos agentes comunitários de saúde pela natureza de suas funções e atribuições, guardadas as peculiaridades étnicas de um e outro.

Com vistas ao fortalecimento e qualificação do trabalho desenvolvido por esses agentes, foi proposto pela FUNASA, em 2005, um programa de formação inicial com estrutura curricular organizada em módulos temáticos (seis módulos), cujas competências e habilidades, fundamentadas em Zarifian (1999), seriam desenvolvidas no decorrer da execução dos módulos. O curso propunha um enfoque na promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos de maior impacto epidemiológico entre os povos indígenas (Brasil, 2005).

Dessa forma, o perfil do AIS vai se constituindo em duas dimensões: o perfil político - que fica no plano da intermediação entre as racionalidades: entre as culturas, entre os povos e as diversas instâncias do SUS; e o perfil técnico - com o desenvolvimento das competências e habilidades no campo da prática, no desenvolvimento das ações.

1.4.1. Sobre o perfil político

Um estudo realizado por Langdon (2007) sobre a participação dos AIS na atenção à saúde em Santa Catarina, nos levou a refletir sobre a formação e a atuação desses agentes. Observou-se alta rotatividade desse profissional, bem como, a falta de reconhecimento profissional da categoria de agente indígena de saúde pelos membros da EMSI (Langdon, 2007).

Enquanto interlocutores entre a medicina tradicional indígena e a medicina ocidental, a formação dos AIS deve ser baseada no diálogo intercultural, respeitando e considerando os “médicos” /curadores tradicionais. Sua formação deve considerar o diálogo entre racionalidades diferentes que se estruturam a partir de uma cosmologia, de uma teoria sobre a doença, de uma morfologia, da fisiologia e do diagnóstico e da terapêutica.

De acordo com Langdon (2012), formar e capacitar AIS segundo a PNASPI, é fundamental para sua atuação na atenção primária. Porém, a metodologia de ensino e o conteúdo programático dos cursos não dão conta das especificidades inerentes à saúde indígena, pois o conhecimento biomédico é valorizado nesses cursos, reproduzindo as relações assimétricas entre os povos indígenas e a sociedade ocidental.

Para Morais (2005) ao se realizar ações de atenção à saúde com vistas a atender às diferenças desse público específico, a PNASPI se constitui principalmente dos seguintes pilares estratégicos: a participação indígena como controle social, a atenção integral à saúde dos povos indígenas e a capacitação dos profissionais juntamente com a formação de agentes indígenas de saúde, conferindo importância aos AIS na implementação e sucesso dessa política de saúde pública inclusiva.

Segundo Morais (2011), houve várias experiências de cursos e treinamentos para indígenas atuarem como agentes de saúde, realizados por entidades governamentais e não-governamentais. Com base nestas experiências, os princípios e diretrizes para a capacitação dos agentes indígenas de saúde foram descritos no Relatório Final da II Conferência Nacional para os Povos Indígenas realizada em 1993. Em 1996 essa discussão foi consolidada no documento Formação de Agentes Indígenas de Saúde Propostas e Diretrizes (MS/FNS/Cosai julho 1999).

O AIS é visto como o elo entre as sociedades indígenas e o sistema de saúde diferenciado. A ele tem sido atribuída uma função estratégica fundamental como agente de transformação, na busca da melhoria da qualidade de vida e autonomia de seus respectivos povos. Assim como os ACS, os AIS desempenham um papel estratégico de mediador social no planejamento e execução dos serviços de saúde nas aldeias/comunidades (Brasil, 1996)

No contexto da articulação dos diferentes sistemas médicos (biomédico e tradicional indígena), autores como Fóller (2004) utilizam o termo “intermedicalidade” para discutir as conexões que se estabelecem entre os sistemas terapêuticos distintos, aí inclusas as práticas de auto atenção. A intermedicalidade se refere às negociações de sentido feitas pelos sujeitos, que, frente ao sofrimento lançam mão de variadas práticas médicas em busca de alívio para o sofrimento. Ali, o campo da saúde é reconhecido como polissêmico, alimentado por diversas tradições, que não se opõem, mas são

apropriadas e reinterpretadas pelos sujeitos, em processos modulados pelos contextos locais e nacionais, pela história de contato, além das políticas públicas dirigidas aos indígenas (Gil, 2007).

Garnelo (2006) em trabalho realizado com indígenas da região do Alto Rio Negro, noroeste amazônico, demonstrou como operavam a circulação e interpretação de saberes e práticas de controle das doenças sexualmente transmissíveis entre membros da etnia Baniwa², nos moldes do pensamento mítico. Descreve uma complexa situação de intermedicalidade, na qual as narrativas míticas operavam como sistema de partida e de acolhimento das informações sobre etiologia, clínica e mecanismos de transmissão das doenças sexualmente transmissíveis assumindo conotações muito distintas das explicações contidas nas mensagens educativas oriundas dos sistemas de saúde.

Para Novo (2009) em trabalho realizado com povos indígenas do Alto Xingu, existe uma distância entre as expectativas do trabalho do AIS por parte dos diversos atores relacionados à sua atuação e formação. A Equipe multidisciplinar de saúde indígena (EMSI) prioriza o papel pedagógico dos AIS como transmissores e tradutores dos conhecimentos biomédicos às aldeias, enquanto que as comunidades os enxergam como fonte de benefícios, possibilitando o acesso direto ao atendimento de saúde realizado nas referências de atendimento, especialmente nas cidades próximas, além de serem “distribuidores” de medicamentos e intermediadores na distribuição da “cota de combustível da saúde” para as aldeias – combustível este, utilizado para as mais diversas finalidades e não somente para a saúde (Novo, 2009).

1.4.2. Sobre o perfil técnico

A escolha do agente indígena de saúde ocorrerá por meio de processo seletivo dentro das comunidades previamente esclarecidas sobre seu papel, com assessoria dos Conselhos Distritais de Saúde (Brasil, 2004).

O AIS está incorporado na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), instituída por Portaria Ministerial nº. 397, de 9 de outubro de 2002, que tem por finalidade a identificação das ocupações no mercado de trabalho, para fins classificatórios junto aos registros administrativos e domiciliares. Os efeitos de uniformização pretendida pela Classificação Brasileira de Ocupações são de ordem administrativa e não se estendem as relações de trabalho.

A regulamentação da profissão, diferentemente da CBO, é realizada por meio de lei, cuja apreciação é feita pelo Congresso Nacional e levada à sanção do Presidente da República. No que tange à profissão de AIS, até a presente data não se regulamentou, mesmo que já faça parte da CBO, diferentemente das dos Agentes Comunitários de Saúde que tem sua profissão regulamentada desde 2006.

Ao AIS deve ser garantida a certificação das competências e habilidades adquiridas durante a formação, permitindo prosseguimento de itinerários educativos, conforme interesse de cada aluno ou

² Os Baniwa são indígenas que vivem na fronteira do Brasil com a Colômbia e Venezuela, em aldeias localizadas às margens do Rio Içana e seus afluentes Cuiari, Aiairi e Cubate, além de comunidades no Alto Rio Negro/Guainía e nos centros urbanos de São Gabriel da Cachoeira, Santa Isabel e Barcelos (AM)

conforme demanda do DSEI responsável. Dessa forma, alguns critérios foram sendo projetados como requisitos para ser um agente indígena de saúde:

- Ser indicado pela comunidade;
- Residir na área de atuação;
- Pertencer à sociedade junto a qual vai atuar, preferencialmente;
- Não ter outro vínculo empregatício;
- Ter um bom relacionamento com a comunidade;
- Ter idade, preferencialmente, acima de 18 anos;
- Ser alfabetizado, preferencialmente;
- Manifestar interesse, aptidão e responsabilidade para o trabalho de saúde.

O número de agentes de saúde a serem formados em cada distrito será baseado na proporção de um agente para cerca de 100 habitantes/aldeia na região da Amazônia Legal e Centro-Oeste e 1/300 habitantes/aldeia nas regiões Sudeste e Nordeste. No entanto, esta relação pode ser alterada por fatores como: características geográficas locais e dispersão da população no território, dificuldades de acesso às residências, barreiras culturais que interfiram negativamente na atuação de um único agente de saúde, perfil epidemiológico e o grau de dificuldade do acesso da população aos serviços de saúde. Caberá aos conselhos distritais definir as adequações necessárias relativas ao seu número o que confere uma descentralização no planejamento de contratação desses profissionais (Brasil, 2005).

As principais atribuições do AIS, visando a promoção da saúde em sua comunidade, contemplam atividades que vão desde o conhecimento da política nacional de atenção à saúde indígena, cadastramento de famílias, conhecimento do itinerário terapêutico até a realização de um tratamento supervisionado, ou seja, o AIS, como membro da EMSI, participa da construção e execução das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças em sua comunidade (Brasil 2005). Percebe-se que os eixos centrais no processo de formação dos AIS se configuram pelo desenvolvimento de competências, habilidades e valores no campo técnico para o saber aprender e o saber fazer distribuídas em cinco eixos que podem ser assim resumidos:

Eixo 1 – Competência

Elaborar seu plano de trabalho com base na identificação das necessidades relacionadas ao processo saúde-doença, de acordo com o contexto de sua atuação.

Habilidades:

Identificar os principais problemas que afetam a saúde do seu grupo populacional; estabelecer relações entre as condições de vida e os problemas de saúde identificados; reconhecer os fatores socioculturais que interferem no processo de adoecer e buscar tratamento, procurando identificar práticas que possam implicar em riscos à saúde, bem como proceder ao registro dos dados e informações necessárias à elaboração do planejamento das ações que serão desenvolvidas na comunidade, buscando adequar as intervenções de saúde à realidade cultural.

Eixo 2 – Competência

Desenvolver ações de promoção da saúde, indicadas para as diferentes fases do ciclo da vida.

Habilidades:

Identificar as ações de atenção à saúde a partir da observação dos fatores relacionados ao processo saúde-doença; participar dos procedimentos de intervenção, referência e acompanhamento, conforme as normas vigentes no serviço; utilizar os princípios éticos no atendimento ao ser humano, considerando as diferentes fases do ciclo da vida.

Eixo 3 – Competência

Realizar ações de promoção da saúde, que resultem na melhoria da qualidade de vida, utilizando os recursos dos serviços e práticas existentes, de forma articulada com recursos de outros setores.

Habilidades:

Reconhecer os determinantes fundamentais da qualidade de vida, relacionando-os aos aspectos ambientais, econômicos, sociais, políticos e de serviços; conhecer as possibilidades e atribuições de cada instituição, contextualizando as possibilidades e limitações do Sistema Único de Saúde; promover a mobilização social em parceria com os atores sociais (professores indígenas, lideranças tradicionais, pajés e outros), em torno das demandas de saúde; realizar ações de promoção com vistas à melhoria da qualidade de vida.

Eixo 4 – Competência

Empreender ações básicas de atenção à saúde da comunidade, com ênfase na prevenção das doenças transmissíveis e no monitoramento do meio ambiente.

Habilidades:

Identificar os principais fatores ambientais que representam riscos ou danos à saúde do ser humano; reconhecer os principais mecanismos de defesa/adaptação do ser humano às agressões do meio ambiente; identificar as doenças transmissíveis e não transmissíveis prevalentes em sua comunidade/região; distinguir as doenças imunopreveníveis daquelas que são controladas por medidas de intervenção sobre o meio ambiente; entender a utilização dos medicamentos, os mecanismos de resistência biológica, os riscos de hipermedicação e a política de medicamentos do subsistema de saúde indígena.

Eixo 5 – Competência

Planejar seu trabalho, atuando individualmente ou em equipe, avaliando e reorientando o processo da implementação da atenção básica sob sua responsabilidade.

Habilidades:

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; 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.

A finalidade da formação é a preparação dos agentes para atuar no âmbito do subsistema de saúde indígena, promovendo o vínculo entre as equipes de saúde e a comunidade, mediando as práticas da medicina tradicional e da medicina hegemônica científica e avançando em direção ao

empoderamento das comunidades com vistas à produção de qualidade de vida em contexto intercultural. As características da formação desse profissional discutiremos no próximo tópico.

1.4.3. Sobre a formação profissional do AIS

De acordo com PNASPI, o programa de formação de AIS, enquanto um dos pilares da atenção à saúde indígena se constitui numa ação estruturante desta política, sendo concebido como parte do processo de construção dos DSEI. O programa se caracteriza fundamentalmente pela relação indissociável entre o serviço de saúde instituído nas aldeias e as atividades de formação dos AIS, que não deve acontecer de forma isolada do serviço e do processo de trabalho das EMSI.

O Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde - PFAIS foi parte integrante do processo de construção dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, no âmbito da PNASPI. Segundo suas diretrizes, o órgão responsável pela execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas deve fazer gestões junto aos órgãos e instituições competentes no campo da educação, no sentido de obter a certificação de competências para os agentes que seguirem o processo de formação, de acordo com o que faculta a Lei nº 9.394/96 (Brasil, 1996).

Desde 1999 até meados de 2010 os 34 DSEI, coordenados pelo antigo Departamento de Saúde Indígena (DESAI) na FUNASA, passaram a conduzir o processo de formação de AIS conforme sua realidade, capacidade de gestão, governabilidade, disponibilidade de recursos, condições operacionais e logísticas, com o objetivo de organizar os serviços de saúde nas aldeias.

O curso de formação proposto pela FUNASA está organizado em seis módulos, cada um é estruturado em duas etapas (concentração e dispersão). Desta forma, as discussões teórico-práticas acontecem predominantemente nas etapas da concentração que podem reunir pessoas de diversas aldeias. Na dispersão, os agentes se integram ao processo de trabalho e às EMSI, desenvolvendo as ações de saúde na realidade do serviço e do cotidiano de suas aldeias/comunidades.

A formação em serviço ocorre na prática de atenção à saúde nas comunidades indígenas. Os instrutores/supervisores que conduzem o processo de formação são os profissionais das EMSI, que desempenham ações de atenção à saúde indígena integrando-as à formação dos AIS.

A metodologia proposta fundamenta-se na pedagogia da problematização, inserindo-se no campo de uma educação crítica, tendo por princípio pedagógico a integração teoria-prática, ensino-serviço-comunidade, a construção coletiva do conhecimento a partir do referencial cultural dos próprios agentes e a relação indissociável entre o processo de formação e a organização dos serviços.

O conteúdo deve contextualizar o perfil epidemiológico e as relações interculturais da comunidade, bem como a avaliação do processo de ensino-aprendizagem de forma processual.

A realidade da implementação dos módulos de formação aos profissionais dos 34 DSEI, se mostrou bastante heterogênea. Alguns não saíram do módulo introdutório, seja por descontinuidade do processo ou pela desistência dos alunos. No entanto, outros concluíram o processo formativo (seis módulos), obtendo a certificação através de instituição formadora reconhecida nacionalmente. Dos

2.000 AIS estimados em 2000, o número subiu para 5.106 em 2006 e atualmente conta com mais de sete mil agentes (Morais, 2011).

No que concerne a intersetorialidade, a formação dos AIS deve se dar em parceria com as Escolas Técnicas do SUS para acompanhamento do processo e certificação desses agentes, além do envolvimento do MEC e das Secretarias Estaduais e Municipais de Educação.

De acordo com a legislação vigente quanto ao processo de formação de profissionais para atuarem no SUS, cabe ao Ministério da Educação e Cultura - MEC regulamentar e ao Ministério da Saúde - MS liberar o recurso humano da saúde, e aos Conselhos a fiscalização do exercício profissional. Formar trabalhadores com perfil pertinente às necessidades técnicas e sociais emergentes das necessidades locais e regionais, tendo em vista a garantia da implementação do SUS. Nesse sentido, a preocupação não recai apenas no que tange a formação dos AIS, mas também, à formação dos demais profissionais que compõem as EMSI, responsáveis pelo acompanhamento e supervisão dos AIS em serviço, bem como para todos os profissionais que compõem a rede SUS.

As instituições de ensino envolvidas com o processo formativo dos AIS, adotam distintas formas de operacionalização, o que segundo Moraes (2011), colabora com a qualidade do processo formativo dos AIS. Para o autor a participação das ETSUS na preparação dos agentes indígenas de saúde foi uma excelente estratégia do programa de formação desses agentes no contexto da criação e construção dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Entretanto, desde então, tem sido um grande desafio efetivar essa parceria entre DSEI e ETSUS. Em cada DSEI a articulação com a ETSUS ocorreu de forma diferente. As discussões acerca dessas articulações algumas vezes culminaram em assinaturas de convênios ou Termos de Cooperação Técnica, cujo conteúdo, embora apresentasse diferenças de acordo com as normas e condições de cada Escola Técnica, em geral seguia algum padrão comum em relação à proposta político-institucional para a formação dos AIS no âmbito dos DSEI. Nos casos onde não seria possível firmar parceria com as ETSUS as articulações passavam a acontecer com outras instituições formadoras como Universidades, Escolas Técnicas Federais (Centro Federal de Educação Tecnológica CEFET), Institutos, Fundações e outras, sendo que algumas dessas instituições já vinham acumulando experiências em formação de AIS, como o caso da Unifesp no DSEI Xingu e a Fiocruz no DSEI do Alto Rio Negro.

Os cursos devem ser realizados em consonância com a LDB (Brasil, 2002) do Ministério da Educação, que prevê no capítulo III, referente à Educação Profissional: art. 39º - a educação profissional, integrada às diferentes formas de educação, ao trabalho, à ciência e à tecnologia, conduz ao permanente desenvolvimento de aptidões para a vida produtiva; parágrafo único - o aluno matriculado ou egresso do ensino fundamental, médio e superior, bem como o trabalhador em geral, jovem ou adulto, contará com a possibilidade de acesso à educação profissional e art. 42º - as escolas técnicas e profissionais, além dos seus cursos regulares, oferecerão cursos especiais, abertos à comunidade, condicionada a matrícula à capacidade de aproveitamento e não necessariamente ao nível de escolaridade .

De acordo com Moreira (2008), considerar o caráter multicultural da sociedade no âmbito do currículo e da formação implica respeitar, valorizar, incorporar e desafiar as identidades plurais em políticas e práticas curriculares.

Nesse contexto, para uma educação que abarque a perspectiva intercultural é necessário que se trate nas instituições educativas os grupos populares não como cidadãos de segunda categoria, mas que se reconheça seu papel ativo na elaboração, escolha e atuação das estratégias educativas (Nanni, 1998). Além disso, deve ser levado em consideração o repensar das funções, dos conteúdos e do método a partir da escola, de modo a se superar o seu caráter monocultural. Também, deve se levar em consideração a elaboração de livros didáticos no contexto intercultural, superando a atual cultura oficial e hegemônica e a formação/requalificação dos educadores de forma a superar a atual perspectiva monocultural e etnocêntrica que configura os modos tradicionais e consolidados de educar a mentalidade pessoal, os modos de se relacionar com os outros e de atuar nas situações concretas (Nanni, 1998).

Face ao exposto, o presente trabalho propõe a análise do processo formativo dos agentes indígenas de saúde à luz das diretrizes da PNASPI, buscando caracterizar o perfil desses agentes, bem como a descrição dos componentes das bases curriculares propostas para essa formação.

CAPÍTULO 2 - OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

- Analisar o processo de formação profissional dos Agentes Indígenas de Saúde – AIS à luz das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena – PNASPI.

2.2. Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil dos AIS, visto como o conjunto de atitudes, habilidades e competências mobilizadas nas suas atividades de articulação e mobilização das comunidades e na mediação do diálogo entre a Medicina Tradicional Indígena e a Medicina Hegemônica Científica;

- Descrever os componentes estruturantes das bases curriculares propostas para a formação dos AIS.

CAPÍTULO 3 - METODOLOGIA

3.1 Caracterização do estudo

Este estudo se caracteriza como uma pesquisa de caráter exploratório e de cunho qualitativo, que tem como temática a formação dos Agentes Indígenas de Saúde – AIS à luz da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI.

Para tentarmos compreender o processo de formação desses agentes buscamos analisar alguns documentos que tratam do tema, a saber: a PNASPI; os relatórios referentes às quatro Conferências Nacionais de Saúde Indígena – CNSI; os módulos do curso de formação dos AIS proposto pela Fundação Nacional de Saúde – FUNASA e um plano de curso de uma Escola Técnica do SUS voltado para a formação inicial e continuada dos AIS. A seleção desses documentos para realização deste estudo deu-se em função das seguintes características:

- A PNASPI, por ser norteadora e organizadora do modelo de atenção à saúde dos povos Indígenas.
- Os relatórios das quatro CNSI, por abarcarem o processo de construção do sistema de saúde indígena e a organização do modelo de atenção à saúde desses povos.
- Os módulos do curso de formação para AIS, enquanto proposta oficial de formação fomentada pela FUNASA.
- O plano de curso do Curso de Formação para Agentes Comunitários Indígenas de Saúde – ACIS de uma escola técnica do SUS, enquanto estratégia de aproximação da materialidade de uma formação para o AIS.

Para a construção desse estudo foi percorrido um caminho a partir das leituras de diferentes autores acerca do processo formativo, as informações contidas na PNASPI, no itinerário da formação no decorrer das conferências de saúde e na vivência da pesquisadora em relação ao tema proposto.

3.2.O desenvolvimento de pesquisas nos diferentes campos de atuação

A história da ciência registra que muitos cientistas sociais mobilizados pelas críticas à ciência tradicional, apresentada pela Escola de Frankfurt (Horkheimer, Adorno & Habermas, 1975), buscaram caminhos para a efetivação de uma ciência comprometida com o debate, a reflexão e a transformação da vida social humana, o que proporcionou a realização de pesquisas buscando mostrar a complexidade e as contradições de fenômenos, bem como as relações interpessoais e sociais.

No campo da psicologia, por exemplo, o objeto a ser investigado se configura como sujeito, ser biológico, social e histórico, em um contexto político, econômico e cultural em movimento com singularidades (Cambaúva, 2000), sendo necessário estabelecer uma coerência entre a abordagem teórica adotada e o método de pesquisa empregado.

Quando se trata do campo da saúde não podemos considerar apenas sua dimensão biológica, o que nos levaria a uma concepção fragmentada do ser humano. Faz-se necessário considerar suas

especificidades e a transversalidade com vistas a alcançar todos os segmentos sociais (Minayo, 2010). O olhar do pesquisador deve ser de natureza intra e interdisciplinar, conforme González Rey (2004) afirma acerca da inclusão da subjetividade como significado singular para a pesquisa e a produção do conhecimento a partir da construção teórica dos processos de saúde e de doença.

Nesse sentido, segundo Crotty (1998) o pesquisador precisa considerar em sua construção a teoria do conhecimento que norteia o estudo, a postura filosófica que referenda a metodologia, as estratégias que associam métodos, resultados e técnicas para coleta e análise dos dados. Dessa forma, para o desenvolvimento de uma pesquisa faz-se necessário considerar as implicações de natureza prática, empírica e técnica, bem como, os recursos materiais, temporais e pessoais disponíveis para alcançar seu objeto do estudo.

3.3 A pesquisa qualitativa

Conforme Minayo (2010) pesquisas qualitativas são aquelas entendidas como capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes às relações, e às estruturas sociais no que diz respeito à possibilidade de transformações, como construções humanas significativas.

As técnicas utilizadas para o desenvolvimento de uma pesquisa precisam relacionar teoria, metodologia, leitura, bem como, mobilizar o pesquisador, através de suas habilidades, criatividade e sua perspicácia em busca de uma metodologia adequada ao campo de pesquisa.

Neste sentido, optamos por uma proposta metodológica que contemplasse as especificidades dos contextos da pesquisa, contribuindo em um curto espaço de tempo, com eficiência e eficácia para se chegar à compreensão do problema central do estudo: como se encontra estruturado o curso de formação dos agentes indígenas de saúde, qual o perfil técnico e político desses sujeitos e em que medida houve avanços no processo formativo no decorrer das quatro conferências nacionais de saúde indígena?

A construção dos dados empíricos e os instrumentos como ferramenta interativa devem envolver as pessoas, buscando facilitar a expressão dos sentidos subjetivos, por isto não seguem regras padronizadas de construção. Podem ser individuais ou coletivos, escritos, orais, filmes, fotos, documentos.

Com vistas à compreensão do problema central deste estudo, os instrumentos considerados foram documentos secundários, elaborados com finalidade normativa para a saúde indígena e estruturação dos cursos de formação em Agentes Indígenas de Saúde. Tais documentos, conforme citado anteriormente, foram:

- Relatório das quatro Conferências Nacionais de Saúde Indígena;
- Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI;
- Os módulos de formação do curso de formação para agentes indígenas de saúde proposto pela FUNASA;

- Plano de curso do curso de formação inicial e continuada para agentes indígenas de saúde de uma ETSUS.

3.4 Análise dos documentos

A análise dos dados frisa a detecção de unidades de significados. Partimos então, para uma pesquisa de cunho documental a partir de documentos secundários. Esses documentos coletados caracterizam-se como documentos públicos, uma vez que estão disponíveis para a sociedade civil, são autênticos, representativos e significativos. Documentos de cunho normativo, elaborados como políticas e regulamentos norteadores para a atenção à saúde dos povos indígenas.

Para a construção das análises, utilizamos a Análise Documental e a Análise de Conteúdo – AC baseada em Bardin (2004). A pesquisa documental é um método de investigação que busca contemplar aspectos da realidade social, sendo que o documento exprime o poder da sociedade do passado sobre a memória do presente e do futuro. Quanto a AC, a autora define enquanto um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visam obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. Na concepção de Silva (2009) o documento exprime produções isentas ou ingênuas, traduzem leituras e modos de interpretação do vivido por um grupo de pessoas em determinado tempo e espaço.

Considerando os objetivos da pesquisa, inicialmente realizamos a análise documental dos seguintes documentos: relatório das quatro Conferências Nacionais de Saúde Indígena; a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI; e os módulos do curso de formação para agentes indígenas de saúde proposto pela FUNASA. Esse processo constou das seguintes fases:

- Determinação das unidades de análise - com base nos objetivos de nosso trabalho e nas categorias que foram se definindo ao longo da leitura exaustiva do material coletado;
- Eleição das categorias – considerando os aspectos que se mostraram relevantes para nossos objetivos e problemática central, elegemos quatro categorias que se apresentaram como fundamentais na estruturação das práticas de atenção à saúde indígena: a intermedicalidade; a interculturalidade; a atenção diferenciada à saúde indígena; e formação profissional do agente indígena de saúde;
- Frequência das categorias de análise – a partir das quatro categorias encontradas, foi realizada a análise de frequência nos relatórios das quatro CNSI, com vistas a reafirmação da relevância das categorias. Para tal, sistematizamos os dados em um quadro com os aspectos mais significativos da análise, baseado nas quatro categorias e alguns descritores, considerando as diferentes denominações destas categorias utilizadas à época de cada CNSI (Anexo A). Descrição abaixo:

Categorias	Descritores
Intermedicalidade	Medicina tradicional
Interculturalidade	Cultura
Atenção diferenciada à saúde indígena	Atenção à saúde
Formação profissional dos agentes indígenas de saúde	Formação, treinamento e capacitação.

Em seguida, partimos para a AC do plano de curso do Curso de Formação Inicial e Continuada para ACIS de uma ETSUS. O caminho percorrido para a AC se configurou da seguinte forma:

- 1) Realização de leitura exaustiva do plano de curso com vistas à identificação e familiarização com os possíveis conteúdos.
- 2) Identificação de conteúdos levando em consideração as palavras presentes no documento.
- 3) Estruturação das Unidades de Registros – UR, consideradas como partes do texto lido, sem modificações, mas que estiveram presentes no documento analisado.
- 4) Categorização: agrupamento de palavras ou núcleos de sentido sob um título genérico para enquadramentos dos conteúdos e UR.

No processo de análise e interpretação dos dados nos reportamos às interrogações que surgiram ao longo do processo de construção deste Estudo: como está estruturado o curso de formação para agentes indígenas de saúde, quanto ao currículo, proposta pedagógica, estrutura do centro formador? Qual o perfil técnico e político desses sujeitos? De que forma o processo formativo contempla a interculturalidade e a intermedicalidade? Como a rede de atenção à saúde indígena se articula com a rede pública de Atenção à Saúde e com o processo de Educação Permanente em saúde para o SUS?

3.5. Considerações éticas

Quanto aos aspectos legais da pesquisa, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, e aprovado sob o protocolo/número 222.678 (Anexo - B).

CAPÍTULO 4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo estão sistematizados com base nas categorias de análise a partir da análise documental, da frequência das categorias de análise nos relatórios das quatro CNSI, e nos resultados obtidos com a AC do plano de curso da ETSUS.

Ao retomarmos os objetivos: a caracterização do perfil dos AIS; e a descrição dos componentes estruturantes das bases curriculares, na análise documental buscamos as bases conceituais e filosóficas e as normativas que estruturam a proposta do subsistema de atenção à saúde indígena, marcando as quatro CNS como as oportunidades formais de deliberações a respeito deste assunto e a Publicação da PNASPI como o marco da formulação e implementação do conjunto de princípios e diretrizes estruturantes da sua proposta.

A PNASPI, no âmbito da Política Nacional de Saúde e em conformidade com a Lei Orgânica da Saúde e a Constituição Federal Brasileira, entre outros aspectos, resulta de um processo que reitera a condição de cidadania brasileira aos povos indígenas, reconhecendo o direito à saúde por partes desses povos. A política foi aprovada pela portaria ministerial Nº 254 de 31 de Janeiro de 2002 e está estruturada em cinco partes: Introdução; Antecedentes; Diretrizes; Responsabilidades Institucionais e o Financiamento. De forma mais específica ela contempla os aspectos referentes à promoção, prevenção e recuperação da saúde dos povos Indígenas, destacando o processo de colonização desses povos, as suas consequências em relação aos agravos à saúde e culmina na formulação de um subsistema de atenção à saúde indígena vinculado ao SUS que contemple as especificidades e as responsabilidades das Instâncias Federal, Estadual e Municipal quanto ao financiamento, atendimento e ações de prevenção de doenças, promoção e assistência à saúde.

Os relatórios das quatro Conferências, nos ajudaram compreender o contexto histórico e a evolução da discussão acerca da temática do estudo no decorrer de vinte anos, considerando o período de realização, a saber: a I CNSI foi realizada no período de 27 a 29 de novembro de 1986; a II CNS, no período de 25 a 27 de outubro de 1993; a III CNS, no período de 14 a 18 de maio de 2001; e a IV CNS, no período de 20 a 24 de fevereiro de 2006.

A análise da Experiência da ETSUS constituiu a estratégia para uma aproximação da materialidade da formação do AIS, considerando que no plano das Conferências e no próprio texto da PNASPI, esta questão se coloca no plano de diretrizes e princípios.

4.1 Análise documental: as categorias de análise

a. Intermedicalidade e interculturalidade

A questão da intermedicalidade é formalmente incluída na pauta da discussão da PNASPI na II CNSI, onde se propõe que a formação dos AIS contemple o perfil epidemiológico, a organização sociocultural da comunidade e a sua medicina tradicional.

De acordo com Follér (2004) o AIS é uma figura essencial para viabilizar o modelo de atenção diferenciado à saúde indígena, uma vez que a intermedicalidade é vista como um diálogo entre os

saberes do não indígena com os indígenas. Para Pellegrini (2008) a intermedialidade seria um espaço onde diversas agências sociais interagem e negociam conhecimento médico.

A questão da interculturalidade está presente nas quatro CNSI, surgindo em contextos diferenciados no processo de atenção à saúde desses povos, contemplando a necessidade de profissionais capacitados para atuação em contexto intercultural.

“O sub-sistema de atenção à saúde indígena deve, obrigatoriamente, levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura indígena.” (II CNSI, p 2).

“O treinamento básico e reciclagem para profissionais de saúde em áreas indígenas deverão compreender conhecimentos de lingüística, cultura e técnicos específicos de atenção à saúde de cada etnia.” (II CNSI, p 2).

“A capacitação deve ser multiprofissional, voltada não apenas sobre os conteúdos técnicos da clínica e da Saúde Pública, mas também sobre o estudo sistemático dos saberes tradicionais relativos ao processo de doença e cura, a organização social e política, a dimensão tradicional da cultura e aquela continuamente atualizada mediante o contato interétnico. Esse tipo de informação possibilitará ao profissional de saúde o entendimento dos diversos condicionantes e determinantes envolvidos na produção da doença, fortalecendo assim o controle social. As informações teórico-práticas dos treinamentos devem ser complementadas pela vivência concreta nas aldeias onde tais conhecimentos podem ser aplicados.” (III CNSI, p 16).

A Política toma como diretriz a preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural. Para tal, propõe um modelo de atenção à saúde indígena que valorize a prevenção de agravos e de doenças, o respeito e a compreensão dos impasses da interculturalidade com vistas à construção de vínculos de confiança com os usuários e a comunidade.

“A capacitação dos recursos humanos para a saúde indígena deverá ser priorizada como instrumento fundamental de adequação das ações dos profissionais e serviços de saúde do SUS às especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas e às novas realidades técnicas, legais, políticas e de organização dos serviços. Deverão ser promovidos cursos de atualização aperfeiçoamento/especialização para gestores, profissionais de saúde e assessores técnicos (indígenas e não-indígenas) das várias instituições que atuam no sistema”. (PNASPI, p 16).

Segundo Follér (2004) o contexto da interculturalidade e da intermedialidade na prática dos profissionais de saúde ainda é muito pouco discutido, restringindo-se na maior parte dos casos à exposição dos modelos biomédicos, que subjazem aos projetos de atenção à saúde, colocados em prática tanto nos cursos de formação em saúde quanto na atuação dos profissionais não indígenas em áreas indígenas.

Para Mendonça (1996) no que tange a formação de profissionais para atuação em contexto intercultural, de forma a contemplar questões relacionadas à intermedialidade e interculturalidade no cenário da atenção à saúde, é necessário o estabelecimento de um diálogo que objetive conhecer/considerar as representações de saúde de qualidade de vida, e do próprio trabalho em saúde, tanto dos profissionais quanto dos povos indígenas.

b. Atenção diferenciada à saúde indígena

A questão da atenção diferenciada consta como uma categoria de análise específica no presente estudo. No entanto, considerando a relevância e a força com que ela se impõe em qualquer discussão do subsistema de atenção à saúde indígena optou-se por discuti-la como um atributo deste mesmo subsistema. Consta do elenco dos grandes temas tratados desde a I CNSI, que parte da proposição de um sistema específico para a atenção à saúde indígena centralizada no âmbito do Ministério da Saúde, defendendo, inclusive, uma forma específica de operacionalizar a descentralização/regional da atenção à saúde proposta para o SUS.

Segundo Garnelo (2004) o princípio descentralizador do SUS (municipalização da saúde) entra em conflito direto com a história das práticas indigenistas no Brasil, uma vez que os índios atribuem a instituições do governo federal o protagonismo na condução e execução de políticas públicas dirigidas às minorias étnicas.

A I CNSI trouxe a discussão acerca da criação de um sistema de saúde que atendesse às especificidades dos povos indígenas, bem como, a discussão acerca de temas norteadores desse processo, tais como: conceito de Saúde da Organização Mundial da Saúde; a atenção primária e os demais níveis de atenção à saúde e o conceito de universalidade.

Na II CNSI destaca-se a necessidade de revisitação dos conceitos que permeiam os princípios e diretrizes do SUS; o atendimento diferenciado com respeito às especificidades de cada povo; a importância de se trabalhar as relações humanas e preocupação relacionada à formação continuada. Tornar a prática de atenção diferenciada por meio de ações em saúde adaptadas às peculiaridades socioculturais, epidemiológicas e demográficas das diversas etnias indígenas. Na visão de Frankenberg (1995) os profissionais que prestam assistência em comunidades indígenas precisam aprender a agir com os outros e não sobre os outros, como havia sido até então.

A PNASPI traz a organização dos serviços na forma de Distritos Sanitários Especiais e Pólos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam. O monitoramento e a avaliação das ações de saúde são propostos através de um sistema de informação específico de atenção à saúde indígena – SIASI, que harmonize os dados com os demais sistemas de informação.

Propõe formação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural, monitoramento das ações, articulação com os sistemas tradicionais, promoção do uso adequado e racional de medicamentos, promoção de ações específicas, ética nas pesquisas, ambientes saudáveis e controle social (Brasil, 2002). No que tange ao processo formativo dos AIS, ocorrerá através do Programa de

Formação de Agentes Indígenas, com base na LDB – Lei 9.394/96 (Brasil, 1996). A PNASPI dá um destaque ao papel do AIS como elemento fundamental no processo de interlocução de saberes.

A Política tem como propósito garantir o acesso integral a saúde dos povos indígenas à luz dos princípios e diretrizes do SUS respeitando os direitos e a diversidade étnica e cultural destes povos. Na busca de garantir a integralidade na atenção à saúde, estabelece a necessidade de se definir uma rede de referência para procedimento de média e alta complexidade (Brasil, 2002). Visa à complementação do Sistema Único de Saúde, no que se refere à consideração das especificidades étnicas dos povos assistidos mediante práticas de cuidado à saúde. No campo da saúde estas especificidades assumem caráter cultural, epidemiológico, operacional e demandam o uso de tecnologias apropriadas, com base nos princípios da descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária, e controle social.

Para Oliveira (2002) entre os povos indígenas o poder de decisão encontra-se centrado na aldeia, em âmbito local, no qual todos têm a oportunidade de participar, sem que haja a delegação de poderes para que apenas um representante decida por todos. Neste caso, para a autora, a forma como foi definida, na perspectiva formal, a participação indígena nas instâncias de controle social baseia-se em uma lógica contrária à dos povos indígenas, pois desloca o poder de decisão das aldeias. Neste sentido, é possível perceber que existem elementos bastante distintos presentes na organização indígena que são opostos ao definido como necessário para o funcionamento do controle social no SUS. Cabe uma reflexão acerca desse processo em consonância com o SUS, considerando a importância do controle social nos processos de promoção, recuperação e atenção à saúde.

A primeira referência de atendimento é o pólo-base, que geralmente situa-se na aldeia ou no município mais estruturado da área de abrangência (porta de entrada). As necessidades que exigem um atendimento especializado deverão ser encaminhadas para os demais níveis de atenção. Nesse sentido, a regulação deve ser acionada para a continuidade do cuidado no âmbito do SUS (referência e contra referência).

O acesso da população indígena assistida pelas equipes de saúde dos DSEI aos serviços de referência do SUS ocorre por meio da CASAI, que é responsável pelo acolhimento, hospedagem e alimentação dos pacientes e seus acompanhantes durante todo o período do tratamento extradomiciliar. Entre suas principais atribuições estão: prestar assistência de enfermagem aos usuários pós-hospitalizados e em fase de recuperação; articular junto ao SUS o agendamento de consultas, exames e internações hospitalares e providenciar o retorno dos usuários e acompanhantes às suas aldeias/comunidades de origem.

As equipes de atenção à saúde indígena são formadas por Médicos, Enfermeiros, Odontólogos, Auxiliares e Agentes Indígenas. Possibilitando a inserção de outras categorias profissionais, como Antropólogos, Engenheiros, Educadores e outros, no processo de atenção à saúde.

No que se refere ao acompanhamento e avaliação das ações de saúde, estas serão realizadas através do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígenas – SIASI.

Por fim, quanto à participação dos povos indígenas na atenção à saúde, deverá ocorrer em todas as etapas, desde o planejamento até o processo de avaliação das ações. Nesse sentido, a política destaca a importância de representantes indígenas nos Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde.

c. Formação profissional do AIS

A partir da II Conferência a categoria profissional de AIS se torna bandeira dos indígenas e a sua formação deve se dar em um processo contínuo e permanente, sendo realizado nas comunidades e que contemple as abordagens da medicina tradicional indígena, da medicina hegemônica científica e de outras formas de práticas de saúde constituídas a partir de outras racionalidades.

Na promoção do diálogo entre diferentes áreas sociais e saberes, podemos nos reportar a Ceccim (2008) que aponta o modelo da saúde coletiva como uma forte estratégia no estabelecimento do cruzamento de práticas interdisciplinares permeáveis à cultura e a produção de conhecimento.

Na III CNSI os temas em destaque referem-se a ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde com ênfase à atenção psicossocial, ao controle de doenças sexualmente transmissíveis; a demarcação, desintração e vigilância permanente das terras indígenas; a manutenção de sua cultura; combate à discriminação e ao preconceito; fortalecimento do controle social; e incentivo à formação dentro de um contexto intercultural e multidisciplinar.

Observa-se que a III CNSI, enquanto espaço de negociação e deliberação da Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, marca a expansão do campo da saúde indígena, incorporando e articulando de modo mais definitivo aspectos relativos ao modo de vida dos povos indígenas articuladamente com as suas situações de saúde; as suas relações com o meio ambiente e a organização, construção de um modelo tecnoassistencial consentâneo com as suas realidades específicas.

Comparada às duas anteriores, a III Conferência traz um escopo mais estruturado com uma programação científica, considera aspectos antropológicos e epidemiológicos dos povos/região geográfica, tais como:

- Estratégias de prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis, especialmente a síndrome de imunodeficiência adquirida – aids;
- Estratégias de prevenção e controle do alcoolismo e promoção de articulação de núcleos sociais e centros de atenção psicossocial (CAPS);
- Direitos humanos e éticos nas intervenções realizadas junto aos povos indígenas;
- Fortalecimento do controle social.

Os dados da III Conferência apontam para a necessidade de se trabalhar a saúde mental dos povos indígenas de forma mais efetiva. Tal fato pode estar relacionado à incidência de suicídios ocorridos no período entre 1987 a 1991, conforme abordado por Morgado (1991):

(...) em uma população de aproximadamente 7.500 indígenas, há informações de que foram registrados 52 suicídios de 1987 até agosto de 1991 a epidemia é mais dramática entre o subgrupo Kaiwá: 14 de seus membros suicidaram-se no ano de 1990, e uns tantos outros suicídios já ocorreram no 1º semestre de 1991 (Morgado, 1991, p.585).

Para Stock (2011) o uso abusivo de substâncias como o álcool e outras drogas, suicídios, excesso de medicamentos antidepressivos e demais psicotrópicos, baixa autoestima e desvalorização das raízes culturais são alguns dos problemas atuais apontados pelas lideranças indígenas.

A saúde mental é discutida como tema relevante durante as conferências, considerando-se necessárias ações mais efetivas, não só na assistência, mas, de forma preventiva e de promoção da saúde. Nesse sentido, capacitar os AIS e a equipe de saúde para atuar de forma preventiva em relação ao uso abusivo de álcool e outras drogas, poderia ser uma estratégia, mas na visão da autora, se constitui um desafio, não só para os profissionais que atuam na atenção à saúde indígena, observamos a mesma dificuldade junto aos profissionais que atuam na atenção básica (ESF): como trabalhar o manejo adequado para cada caso? Como proceder para a construção do itinerário terapêutico, considerando as instâncias do SUS, para acompanhamento dos casos?

A IV Conferência trouxe um apanhado geral acerca das demais conferências de saúde indígena, dando um destaque à adequação de programas governamentais, incluindo programas de transferência de renda, como bolsa família, e outros para veicular informação sobre a saúde das comunidades indígenas, estruturação da política para a produção de alimentos; respeito à diversidade cultural desses povos; valorização da biodiversidade e dos conhecimentos tradicionais dos povos indígenas, bem como formulação e implantação da política de vigilância nutricional para os povos indígenas. Foi organizada em eixos, a partir de pontos-chave que foram destaques nas conferências anteriores.

- Eixo 1 - Avaliação do subsistema, Organização da atenção à saúde; Intersetorialidade como estratégia na implementação das ações de saúde; desafios epidemiológicos e atenção às regiões de fronteira.

- Eixo 2 - Controle social e participação na avaliação da atuação dos conselhos de saúde indígena; Participação indígena nas esferas municipal, estadual e federal; Capacitação continuada de conselheiros; Modelos de gestão participativa.

- Eixo 3 - Desafios indígenas atuais - Atenção à saúde dos indígenas que vivem fora das terras indígenas e dos povos em demanda de reconhecimento; Ampliação da participação da mulher indígena no controle social e na atenção à saúde; Respeito às práticas tradicionais de cura e de autocura; Estudos e pesquisas aplicados às demandas dos povos indígenas;

- Eixo 4 - Trabalhadores indígenas e não indígenas em saúde - Avaliação do processo de formação de agente indígena de saneamento; avaliação da atuação das equipes multidisciplinares de saúde indígena; Articulação da Funasa com outras instâncias da educação profissional para formação

de trabalhadores em saúde indígena; Estruturação da política de desenvolvimento do trabalho em saúde para os povos indígenas; Formação de trabalhadores para atenção à saúde indígena.

• Eixo 5 - Segurança alimentar, nutricional e desenvolvimento sustentável - Avaliação da demarcação, homologação, desinvasão e proteção dos territórios indígenas.

A formação profissional do agente indígena de saúde continuou sendo tema de discussão, desta vez, em um eixo específico (Eixo 4) e de forma transversal à avaliação da EMSI, com vistas a estruturação de uma política de desenvolvimento do trabalho em saúde para os povos indígenas e de formação de trabalhadores para atuarem na atenção à saúde desses povos.

A PNASPI, no que tange a formação do AIS, dá uma atenção especial ao processo formativo, cujo programa deverá ser concebido como parte do processo de construção dos DSEI. Propõe que seja desenvolvido em serviço e de forma continuada, sob a responsabilidade de instrutores/supervisores devidamente capacitados. Por meio de processo formativo elaborado dentro dos marcos preconizados pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB.

Autores como Ceccim (2008), Batista (2008) e Feuerwerker (2008) expressam certo consenso em afirmar que, entre os importantes marcos para os avanços no campo do ensino em saúde estão: as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), a postura pedagógica que assume o conceito do estudante como sujeito de seu conhecimento, a problematização como uma das estratégias privilegiadas nesse processo, e a Educação Permanente como caminho potente para apoiar e facilitar o desenvolvimento dos trabalhadores em diferentes contextos.

Segundo Silva (2013) o ensino/formação na saúde é marcado por intensas transformações nas dimensões político, econômico, cultural e social; exigindo um docente mais conectado com sua prática didática e pedagógica, amparada por uma ideia de processo. Considerando o processo formativo, a PNASPI vem ao encontro dessa perspectiva.

• O processo de formação do AIS proposto pela FUNASA

O curso de formação para AIS proposto pela FUNASA no ano de 1999, denominado “Educação Profissional Básica para Agentes Indígenas de Saúde”, apresentou uma carga horária total de 1.080 horas (700hs de concentração e 380hs de dispersão) e quatro eixos temáticos estruturados em seis módulos: Introdutório; Doenças Endêmicas; Prevenindo DST/AIDS; Saúde da Mulher, Criança e Saúde Bucal; Parasitoses Intestinais e Doenças de Pele; e Saúde do Adulto e Atendimento de Urgências.

A proposta foi elaborada dentro dos marcos preconizados pela LDB, ou seja, o ensino direcionado para a construção de competências/habilidades (Brasil, 2002). Para participar do curso alguns critérios são identificados: ser indicado pela comunidade; residir na área de atuação; pertencer à sociedade junto a qual vai atuar; ter um bom relacionamento com a comunidade; ter idade acima de 18 anos; ser alfabetizado, preferencialmente; manifestar interesse, aptidão e responsabilidade para o trabalho em saúde.

O curso está voltado para os AIS que irão compor as EMSI; é ministrado preferencialmente por profissionais que fazem parte das equipes e que atuaram como Instrutor/Supervisor. Para tal, faz-se necessário o preenchimento de alguns requisitos: estar lotado na equipe de saúde do Distrito; ter disponibilidade para desenvolver as atividades nas comunidades indígenas; conhecer e respeitar os aspectos culturais dos grupos indígenas com os quais vai atuar; não ter outro vínculo empregatício; ser profissional de nível superior e ter facilidade para o trabalho em equipe, bom relacionamento com as comunidades indígenas e com os agentes de saúde.

Nessa perspectiva, Reis e Hortale (2004) consideram que, na saúde pública, o papel de supervisor não deve ser considerado uma prática de alguém com uma visão privilegiada e que detém um saber “desejado”, mas com uma co-visão, um olhar atento, que assinala os caminhos trilhados pelo grupo supervisionado, de maneira a favorecer que este perceba seu modo de sentir, pensar e agir.

Considerando as categorias de análise, no que tange à interculturalidade e intermedicalidade, essas são apresentadas metodologicamente de forma transversal em cada um dos módulos propostos.

Quanto a atenção diferenciada à saúde, os módulos trabalham em contexto de assistência, promoção e prevenção de agravos à saúde. No entanto, não trazem uma abordagem mais específica acerca da saúde mental e de uma cultura de paz.

O curso é formado por seis módulos, apresenta uma proposta metodológica de avaliação que contempla uma parte objetiva, relacionada à verificação do desempenho acerca do desenvolvimento das atividades de cunho técnico e teórico, e uma parte subjetiva, relacionada à avaliação subjetiva de desempenho do AIS acerca das atividades desenvolvidas, da história de vida do sujeito, trabalho e relação com o grupo e supervisor/tutor, e associação sistemática com o conteúdo desenvolvido no curso e a realidade vivenciada em ação.

• A estrutura dos módulos de formação

Os seis módulos buscam valorizar, fortalecer e qualificar o trabalho desenvolvido pelo AIS em todo o Brasil e também propiciar àqueles que estão sendo contratados, novas bases para seu processo de formação e inserção na equipe de saúde. Ele propõe que a formação seja norteadada pelos princípios da interdisciplinaridade e intersetorialidade, enfocando a promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos de maior impacto epidemiológico entre os povos indígenas.

No que concerne à carga horária, sugere-se 120h de concentração e 60h de dispersão, exceto nos Módulos referentes à DST/AIDS e Saúde da Mulher, Criança e Saúde Bucal que são sugeridas 104h de concentração e 60h de dispersão, 116h de concentração e 80h de dispersão, respectivamente.

O Módulo Introdutório trata da relação entre o processo intercultural e suas relações com o processo saúde-doença com foco na mudança e na organização dos DSEI. É importante considerar que todos os módulos contemplam o desenvolvimento de competências, habilidades e valores dos sujeitos envolvidos no processo formativo. Sendo que as competências são diferenciadas de acordo com o módulo a ser trabalhado, bem como conteúdos e processo avaliativo.

Orienta-se pelo conceito de competência propostos por Zarifian (1999) que considera competência profissional como a capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios de um campo profissional, com iniciativa e responsabilidade, segundo uma inteligência prática sobre o que está ocorrendo e com capacidade de coordenar-se com outros atores na mobilização de suas capacidades.

Quanto às habilidades, os módulos propõem desenvolver a autonomia, a responsabilidade, a inteligência prática, o trabalho em equipe buscando o relacionamento entre os diferentes atores envolvidos no processo de atenção à saúde. É importante o conhecimento acerca dos padrões culturais de alimentação, intermedicalidade, estilo de vida, aspectos epidemiológicos, entre outros, facilitando a comunicação entre facilitador/instrutor e educando.

Segundo Moran (2008), nos processos de educação o mais importante é buscar desenvolver habilidades e atitudes no campo da comunicação e dos afetos, que produzam estratégias de negociação com os educandos, consensos sobre as atividades de pesquisa e a forma de apresentá-las. Faz parte do papel do facilitador aprender a todo o momento gerenciar vários espaços e a integrá-los de forma aberta, equilibrada e inovadora.

Para Mitre e cols. (2008), um facilitador do processo ensino-aprendizagem deve ter uma nova postura, “mostrar disposição para respeitar, escutar com empatia e acreditar na capacidade potencial do educando para desenvolver e aprender, se lhe for permitido um ambiente de liberdade e apoio”(Mitre e cols., 2008, p.2137).

Os conteúdos dos módulos não trazem uma discussão mais efetiva sobre a temática saúde mental, o único módulo que suscita de alguma forma a temática, é o módulo de DST/AIDS, que aventa a questão do alcoolismo enquanto fator que predispõe o indígena a doença sexualmente transmissível.

O Módulo Introdutório - traz os conceitos de habilidades, competências, valores, bem como os conteúdos que serão trabalhados nos módulos subsequentes enfocando a importância do trabalho em contexto intercultural.

Módulo sobre Doenças Endêmicas trabalha estratégias de sobrevivência, atuação na atenção básica e conhecimento acerca do Sistema de Informação do Subsistema Indígena (SIASI).

O Módulo sobre DST/AIDS aborda conhecimento prévio de alguns conceitos, tais como, interculturalidade, risco, vulnerabilidade, ambiente saudável, contaminação, cadeia de transmissão, DST/AIDS, hepatites virais, alcoolismo, bem como, procedimentos e tratamentos padronizados e adequados a cada caso. Traz também, conceitos relacionados à estruturação do sistema como referência e contra referência, e protocolo para notificação de doenças.

O Módulo sobre Parasitoses Intestinais e Doenças de Pele trabalha conhecimento acerca da saúde e meio ambiente, mudanças culturais, população indígena, parasitologia, doença de pele, vigilância e educação em saúde. Nesse módulo é feita menção acerca da importância da educação em saúde enquanto estratégia de fortalecimento do processo de atualização e supervisão.

O Módulo de Saúde da Mulher, da criança e saúde bucal trabalha o conhecimento acerca dos papéis sociais indígenas, constituição da família, ciclo biológico e seus riscos, vulnerabilidade, padrões culturais de alimentação, relação doença e hábitos alimentares, a importância e o processo de imunização, saúde bucal, bem como as atividades de acompanhamento dos casos e educação em saúde.

O Módulo de Saúde do Adulto e Atendimento de Urgências - contempla conhecimentos acerca das mudanças ambientais, culturais e econômicas e seus impactos no meio ambiente, no modo de viver, bem como estratégias de sobrevivência das populações indígenas. Enfoca ainda conhecimento sobre a cadeia de transmissão das doenças, as doenças endêmicas prevalentes e tratamentos preconizados.

A metodologia proposta está fundamentada na pedagogia problematizadora, buscando a integração ensino e serviço e comunidade, teoria e prática. O conteúdo busca a interlocução entre diversas áreas de conhecimento, com destaque para a antropologia e a ética, bem como aspectos que intensifiquem o processo de educação permanente.

Segundo Silva (2013), as diretrizes da Educação Permanente em Saúde (EP), como política, orientam para articulação intersetorial e interinstitucional de base localregional, para o desenvolvimento do trabalho e do ensino da saúde, para a interação ensino-serviço, para as formulações no âmbito da gestão e controle social. Ainda, segundo a autora, a proposta da EP nos remete a processos formativos no campo da saúde que visam buscar potência, levantar questões, investigar realidades, na perspectiva de uma aprendizagem de si, dos contextos, dos papéis dos profissionais e usuários e dos atos de cuidado.

4.2 Frequência das categorias de análise nos relatórios das quatro CNSI

A análise de frequência corroborou a relevância das quatro categorias identificadas como questões centrais que desembocaram na formulação de políticas de atenção à saúde indígena, de forma a considerar o contexto sociocultural dos povos indígenas, colaborando para a criação do subsistema de saúde indígena.

Para a realização da análise de frequência utilizamos descritores para cada uma das categorias, considerando as diferentes denominações utilizadas à época da realização de cada CNSI, conforme demonstraremos a seguir:

Categorias	Descritores	Frequência			
		I CNSI	II CNSI	III CNSI	IV CNSI
Intermedicalidade	Medicina tradicional.	0	07	05	04
Interculturalidade	Cultura	03	11	03	10
Atenção diferenciada à saúde indígena	Atenção à saúde	02	06	03	14
Formação profissional dos agentes indígenas de saúde	Formação	02	13	19	13
	Treinamento	0	03	01	03
	Capacitação	01	04	13	0

4.3. Análise de conteúdo: curso de formação inicial e continuada para agentes indígenas de saúde de uma Escola Técnica em Saúde.

No processo de Análise de Conteúdo do plano de curso do curso de formação inicial e continuada para agentes indígenas de saúde de uma da ETSUS, identificou-se 19 subcategorias que foram agregadas em três categorias, considerando os objetivos de nosso estudo:

- Primeira Categoria: O Centro Formador (Estruturação).
- Segunda Categoria: O Curso de Formação Inicial e Continuada em Agente Comunitário Indígena de Saúde.
- Terceira Categoria: Organização da Matriz Curricular do Curso de Formação Inicial e Continuada em Agente Comunitário Indígena de Saúde.

A ETSUS apresentou como missão compreender o trabalho de nível médio em saúde e atender as demandas de Educação Profissional apontadas pelos serviços de saúde local, além de assumir a responsabilidade pela descentralização da formação nos municípios do estado, inclusive aqueles de difícil acesso. O curso de formação em ACIS foi oferecido a dois DSEI, totalizando dez turmas.

Quanto à estrutura física conta com dois Centros de Educação Profissional responsáveis pelo suporte técnico-pedagógico e administrativo aos DSEI; um acervo bibliográfico para auxiliar os educandos e os docentes em suas pesquisas, bem como laboratórios de informática, enfermagem, nutrição e de análise clínica e odontológica.

O corpo docente seria formado por 10 profissionais de nível superior compondo uma equipe multidisciplinar. Os profissionais participariam de uma capacitação pedagógica antes do início do curso e no decorrer do curso. Esta capacitação seria oferecida através de eventos tais como: seminários, oficinas, cursos organizados pelo coordenador do curso e coordenação de aprendizagem. Teve como público-alvo homens e mulheres das comunidades indígenas e apresentou como objetivos:

- 1) Qualificar, valorizar e fortalecer o trabalho dos agentes comunitários indígenas de saúde.
- 2) Desenvolver a capacidade de mediar as práticas da medicina tradicional com a medicina hegemônica científica.
- 3) Promover estratégias que proporcionem mudanças nos indicadores de saúde.

Para a participação no curso, seria necessário o preenchimento de alguns pré-requisitos: ser necessariamente um indígena indicado pela comunidade por meio de um processo que tenha como objetivo esclarecer o seu papel dentro e fora da comunidade; residir na aldeia de atuação; ter acima de 18 anos de idade; não ter outro vínculo empregatício; ser alfabetizado (saber ler e escrever).

A organização curricular do plano de curso da ETSUS fundamenta-se na PNASPI que busca autonomia sobre a saúde desses povos, considerando a visão de mundo, os conceitos do processo saúde-doença, o adoecer e o cuidar/curar, característico de cada cultura. A mesma apresenta-se estruturada em três eixos temáticos:

- Conhecendo a realidade para mobilização e o empoderamento;
- Atuando na promoção da saúde; e
- Intervindo no processo saúde-doença.

Com carga horária total de 600h, destas, 400h são de aulas teóricas demonstrativas e 200h destinadas a atividades práticas. Apresenta uma estrutura pedagógica organizada em três marcos:

- Marco situacional que faz um resgate histórico buscando compreender o contexto de saúde dos povos indígenas;
- Marco teórico que propõe trabalhar a interculturalidade no aspecto da atenção à saúde considerando a PNASPI e as normativas vigentes;
- Marco operacional baseado no desenvolvimento de competências, habilidades e valores na perspectiva das três dimensões: saber aprender, saber fazer e saber ser, bem como estratégias pedagógicas baseadas no diálogo.

Trabalha na perspectiva das metodologias da problematização, utilizando o Arco de Magueréz que opera-se em cinco etapas: Observação da realidade, identificação dos problemas e descoberta das palavras chave; teorização dos problemas; descoberta dos pontos-chave; hipóteses de solução e aplicação à realidade, em um processo cíclico.

A avaliação propõe a mensuração do desempenho durante todo o processo de ensino-aprendizagem com a participação dos educandos, permitindo os ajustes necessários à retroalimentação tanto dos indicadores quanto no trabalho dos mediadores.

Ao retomarmos os objetivos deste estudo e as categorias de análise identificadas, a partir dos documentos analisados, entendemos que o processo de formação dos AIS ocorre concomitante ao processo de reorganização do modelo de atenção à saúde e aponta uma aproximação com experiência semelhante vivenciada pelos agentes comunitários de saúde em seu processo de profissionalização.

De acordo com os documentos analisados, tanto o perfil técnico quanto político dos AIS foi sendo construído no decorrer das três primeiras CNSI, se fortalecendo na Política, que o destaca,

enquanto o elo entre a medicina tradicional indígena e a medicina hegemônica científica. Tanto o curso proposto pela FUNASA quanto o curso ofertado pela ETSUS, definem as atitudes, competências e habilidades que esses profissionais precisam desenvolver para estarem aptos a desempenharem suas atividades enquanto membros da EMSI. No entanto, ao analisarmos achados na literatura sobre o tema, observamos dúvidas sobre o papel desses agentes no subsistema. Segundo Pontes (2013), no DSEI Alto Rio Negro, para os agentes e suas comunidades seu principal papel seria de controlar e de distribuir os recursos da medicina ocidental e que o foco da realização de visitas domiciliares, tidas como principal atribuição dos AIS naquela região, seriam as ações curativistas. Ainda no referido Distrito, o perfil do AIS se mantém como um trabalhador comunitário da saúde que precisa responder a demandas e problemas que estão muito acima da oferta de qualificação, de supervisão ou de recursos que recebem.

Em trabalho realizado no Alto Rio Negro, Pontes (2013) infere que as formas de organização social das comunidades rionegrinas influenciam o trabalho do AIS, mostrando que os valores e regras dessas sociedades transformam as formas como os agentes desempenham suas atividades. Descreve que o AIS busca formas de gerenciar as tecnologias e organizar seu processo de trabalho com adequação sociocultural de suas ações, bem como reconhecem e valorizam a medicina tradicional, no entanto não são solicitados a repassar essas informações para os demais profissionais ou serviços de saúde.

Quanto às categorias de análise, a discussão acerca da atenção diferenciada permeou todos os documentos analisados, evidenciando a necessidade de entendermos o diálogo e as articulações que ocorrem entre o sistema oficial de saúde e os demais sistemas terapêuticos adotados pela população. Para Pontes (2013), a atenção diferenciada é uma ferramenta que pode contribuir para a construção da integralidade no SUS e avançar no entendimento da relação entre discursos e práticas tanto dos usuários quanto dos profissionais de saúde, buscando aprimorar a construção da integralidade da atenção.

Podemos inferir que a atenção diferenciada não permeia todo o processo de atenção à saúde dessas populações, no entanto é possível observá-la em situações pontuais no desenvolvimento das atividades dos AIS em alguns DSEI (Garnelo, 2009; Novo, 2009; Pontes, 2013).

A interculturalidade e a intermedicalidade aparecem na política como diretriz para a preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural e articulação entre os saberes tradicionais indígenas com a medicina hegemônica científica respectivamente. Os temas são abordados nas quatro CNSI, no entanto na IV CNSI ocorreram avanços quanto às proposições relacionadas a intermedicalidade propondo inclusive que a Funasa e as equipes multidisciplinares de saúde indígena respeitem as práticas tradicionais da medicina indígena e que busquem resgatar o uso de plantas e outros recursos terapêuticos como os fitoterápicos na atenção à saúde, bem como a valorização do trabalho de outros atores envolvidos nos processos de cura/terapia nas comunidades, como as parteiras tradicionais.

A Política traz como um de seus princípios organizativos “considerar as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos através do uso de tecnologias apropriadas por meio da adequação das formas ocidentais convencionais de organização de serviços (1p.6)”. Para tanto, faz-se necessário a preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural e de articulação com os saberes tradicionais indígenas.

Como conversam essas racionalidades? A atuação do AIS garante a atenção diferenciada dita na política? Nesse caso a atenção diferenciada está restrita ao campo de atuação técnica desses agentes? O perfil político e técnico dá conta das atribuições de mediador e educador que, em tese, o AIS deve desempenhar?

De acordo com a formação profissional proposta para os AIS, em tese, o perfil desses agentes lhes permitiria desempenhar o papel que está dado na PNASPI, no entanto faltam dados empíricos a partir do modelo tecnoassistencial que nos digam se efetivam-se na prática.

CAPÍTULO 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de implementação do modelo tecnoassistencial de saúde indígena com vistas à atenção integral desses povos ainda constitui um desafio, especialmente no que diz respeito à atenção diferenciada, importante diretriz para a garantia da qualidade desse subsistema, que deve levar em conta as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais dos povos indígenas.

Ao considerarmos as Conferências de Saúde Indígena, a proposta de atenção diferenciada está centrada no trabalho conjunto entre as comunidades indígenas e os profissionais de saúde, através da troca de experiências, compreensão do universo indígena e da aproximação entre a medicina hegemônica científica e a medicina tradicional indígena. No entanto, a Política não esclarece de que forma ocorrerá a organização das ações de saúde com vistas à atenção diferenciada, estando esta voltada, na maioria das vezes, para o modelo biomédico.

O curso de formação proposto pela Fundação Nacional de Saúde apresenta na sua estrutura, módulos voltados para o cuidado às doenças prevalentes na comunidade, sem trazer discussão acerca das dimensões interculturais que permeiam o processo saúde-doença para esses povos. Além disso, não define objetivamente de que forma o AIS irá atuar em contexto interétnico, junto às equipes de saúde, uma vez que este figura como interlocutor entre esses profissionais e a comunidade. Também não discute como deve ser abordada a intermedicalidade durante o processo formativo nem como deve ocorrer o diálogo entre as formas terapêuticas de assistência.

A formação dos AIS, sua efetividade e eficácia, está relacionada ao nível de implantação do modelo tecnoassistencial de saúde indígena que materializa o subsistema de saúde indígena. Esta questão vem sendo debatida ao longo das conferências, que sugerem que a formação deve ser um processo de complexidade crescente, com reciclagem e supervisão permanentes, realizado nas comunidades e que contemple as abordagens das medicinas tradicionais, incorporando categorias como intermedicalidade e interculturalidade.

A proposta do curso de formação da FUNASA e o curso da ETSUS contemplam princípios trazidos pela Política. No entanto, permanece a dúvida diante do processo de construção do modelo de assistência, que não está acabado.

Quanto ao perfil, observamos que o AIS, enquanto membro da equipe de saúde, é demandado a resolver problemas aos quais não dá conta, sugerindo que a qualificação ofertada a este agente não contempla as demandas da realidade local, muito menos a atuação em contexto intercultural e de intermedicalidade. A capacidade de mediação do diálogo entre a equipe e a comunidade muitas vezes não se efetiva, seja por falta de legitimidade junto à comunidade, seja pelo fato de que os membros da EMSI não reconhecem a capacidade do AIS para o desempenho de suas funções. Nesse sentido, até que ponto o trabalho desses agentes garante a atenção diferenciada, uma vez que mantém o foco em ações curativas e na distribuição de medicamentos.

Os componentes estruturantes das bases curriculares propostas para a formação do AIS pela ETSUS e pela FUNASA, contemplam os princípios da educação escolar indígena e do modelo de atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas. No entanto, não é possível inferirmos se de fato tais

princípios são considerados na prática do processo formativo nem como eles se concretizam no desenvolvimento das ações de saúde. É proposto também que na relação ensino aprendizagem se considere a união da teoria, com a prática e com a experiência pessoal dos AIS com vistas a um processo formativo que promova a articulação entre os saberes, buscando o diálogo entre as medicinas tradicionais e a medicina hegemônica científica.

Enquanto recomendações o estudo nos aponta, até o momento, a necessidade de uma política de formação de profissionais de saúde para atuarem em contexto intercultural, principalmente para os AIS, de forma a contemplar as especificidades culturais dos povos indígenas. É importante pensar nas estratégias de qualificação desses trabalhadores.

Consideramos que experiências de formação de AIS que estão ocorrendo no país, Alto Rio Negro, Alto Xingu, Alto Purus e Alto Juruá, por exemplo, podem contribuir nas discussões acerca do processo formativo, com vista à sistematização de uma proposta de formação de alcance nacional que contemple as especificidades deste subsistema de saúde, o diálogo entre os saberes e a intermedialidade.

Nesse sentido, destacamos a importância de realização de estudos acerca da perspectiva dos profissionais de saúde não indígenas em relação a atenção à saúde junto às comunidades, como ocorre a relação destes com os trabalhadores indígenas que compõem a equipe, como as comunidades constroem seu percurso de cuidado e como ocorre o diálogo entre as diferentes formas de atenção com vistas a identificarmos as potencialidades e dificuldades na construção dessa relação

Consideramos pertinente a realização de estudos futuros, visto que a presente pesquisa não pretendeu esgotar o debate sobre a formação profissional dos AIS, mas colaborou para compreendermos o contexto histórico de construção deste processo, o desafio de incorporação da intermedialidade na prática de atenção à saúde, e da efetivação no processo formativo desses agentes dos princípios que norteiam a política de atenção à saúde indígena. O contexto da pesquisa girou em torno da análise de documentos, no entanto, permanece a necessidade de novos estudos, para que possamos avaliar o desenvolvimento do processo formativo desses agentes no que concerne a conteúdo contextualizado, instrutores/supervisores, material didático, estrutura dos centros formadores, abarcando todos os atores envolvidos no processo: AIS, Instrutores/Supervisores, comunidades assistidas, EMSI e demais profissionais envolvidos no contexto.

No decorrer deste estudo, nos deparamos com algumas limitações, como o uso exclusivo de documentos para analisar o processo de formação desses agentes, fato que nos impossibilitou verificar a ocorrência na prática, junto à comunidade e aos membros da EMSI; Dificuldades enfrentadas pela Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena – SESAI do Ministério da Saúde para fornecer as informações acerca da formação dos AIS, número de agentes por DSEI, escolaridade, etapa do processo formativo, etc.

Sugere-se para um estudo futuro que a visão desta análise possa ser aplicada para uma ou mais etnia, a fim de acompanharmos na prática o processo formativo desses agentes, como se configura sua

participação no que tange a atenção diferenciada e como ele enxerga sua responsabilidade na efetivação do subsistema de atenção à saúde indígena.

REFERÊNCIAS

- Alves, V. S. (2005). A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation, *Interface - Comunicacao, Saúde, & Educacao*, (16), 39-52.
- Aguiar, R. A. T. (2003). *A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde no Brasil*. Dissertação de mestrado apresentada a Faculdade de Saúde Pública da Faculdade de Medicina - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Brasil (1990). *Lei 8080/90 de 19 setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Acessível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- Brasil (1990). *Lei nº 8142/90 de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Acessível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142.htm>
- Brasil (1996). *Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996*. (1996). *Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional*. Diário Oficial da União, Brasília – DF.
- Brasil (1986). *I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília – DF.
- Brasil (1993). *II Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (1999). *Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999*. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília - DF.
- Brasil (2001). *III Conferência Nacional de Saúde Indígena*. Ministério da Saúde, Brasília – DF.
- Brasil (2002). *Fundação Nacional de Saúde: Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde.
- Brasil (2004). *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.
- Brasil (2005). *Associação Saúde Sem Limites. Referencial para a formação de agentes comunitários indígenas de saúde*. São Paulo: Saúde Sem Limites
- Brasil (2005). *Formação inicial para agentes indígenas de saúde: módulo introdutório*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde.

Brasil (2005). *Formação inicial para agentes indígenas de saúde: módulo promovendo a saúde e prevenindo DST/Aids*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde.

Brasil (2005). *Formação inicial para agentes indígenas de saúde: módulo promovendo a saúde do adulto e atendendo urgências*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde.

Brasil (2005). *Formação inicial para agentes indígenas de saúde: módulo saúde da mulher, criança e saúde bucal*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde.

Brasil (2005). *Formação inicial para agentes indígenas de saúde: módulo parasitoses intestinais e doenças de pele*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde.

Brasil (2005). *Formação inicial para agentes indígenas de saúde: módulo doenças endêmicas*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde.

Brasil (2006). *IV Conferência Nacional de Saúde Indígena*. Ministério da Saúde, Brasília – DF.

Brasil (2007). Portaria nº 2.656, de 17 de outubro de 2007. *Responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas*. Ministério da Saúde e regulamentação dos incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília - DF.

Cambaúva, L. G. (2000). Fundamentos da Psicologia: reflexões. *Psicologia em Estudo*, 5(2), 77-89.

Campos, G. W. S. (1997). *Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalhos em equipes de saúde*. In: E. E. Merhy, & R. Onocko. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Editora Hucitec.

Campos, E. F., Aguiar, R. A. T. & Belisário, S. A. A (2008). Formação Superior dos Profissionais de Saúde. In: L. Giovanella, S. Escorel, et al. (Org). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Cardoso, M. D. (2004). *Políticas de saúde indígena e relações organizacionais de poder: reflexões decorrentes do caso do Alto Xingu*. In: E. J. Langdon, & L. Garnelo (orgs.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra capa livraria/Associação Brasileira de Antropologia.

Ceccim, R. B. (2008). A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersectorialidades. *Revista Ciência & Saúde*, 1(1), 9-23.

Costa, D. C. (1987). Política Indigenista e Assistência à Saúde. Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. *Cadernos de Saúde Pública*, 3(4), 388-401.

Crotty, M. (1998). *The foundations of social science research: meaning and perspective in the research process*. New South Wales: Allen and Uwin.

Escorel, S. (1998). *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Fleuri, R M, (2001). Desafios à educação intercultural no Brasil. *Educação, Sociedade e Culturas*, (16).
- Flores, O. (2007). *O agente comunitário de saúde: caracterização da sua formação sócio-histórica como educador em saúde*. Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade de Brasília, Brasília.
- Foller, M. L. (2004). *Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde*. In: E. J., Langdon, & L. Garnelo, (orgs.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre a antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa livraria/Associação Brasileira de Antropologia.
- Franco, L. (2006). *Panorama Político*, Rio de Janeiro. Editora: O Globo.
- Frankenberg, R. (1995). *Learning from AIDS: the future of anthropology*. In: A. Ahmed, & C. N. Shore. *The Future of Anthropology: its relevance to the contemporary world*. London: Athlone.
- Garnelo, L.; Sampaio, S.; Pontes, A. L., & Andrade, P. H. (2009). Formação Técnica de agente comunitário indígena de saúde: uma experiência em construção no Rio Negro. *Trabalho, Educação e Saúde*, 7(2), 373-385.
- Garnelo, L. (2012). *Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. . Brasília: MEC-SECADI.
- Garnelo, L. (2006). *Análise situacional da Política de Saúde dos Povos Indígenas no período de 1990 a 2004: implicações no Brasil e na Amazônia*. In: E. Scherer, & J. A. Oliveira. (orgs.). *Amazônia: Políticas Públicas e Diversidade Cultural*. Rio de Janeiro: Editora Garamond.
- Gil, L. P. (2007). Políticas de Saúde, Pluralidade Terapêutica e Identidade na Amazônia. *Saúde & Sociedade*, 16(2), 48-60.
- Garnelo, L. (2004). *Política de Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: Análise Situacional do Período de 1990 a 2004*. Porto Velho, 1-29.
- González, R. F. (2004). *Pesquisa Qualitativa e Subjetividade: os processos de construção da informação*. São Paulo: Thomson.
- Horkheimer, M. (1975). *Teoria tradicional e teoria crítica*. São Paulo: Abril Cultural.
- Langdon, E. J. (2005). *A Construção Sociocultural da Doença e seus Desafios para a Prática Médica*. In: Parque Indígena do Xingu. Saúde, Cultura e História. São Paulo: Terra Virgem.
- Langdon, E. J. (2007). Diversidade cultural e os desafios da política brasileira de saúde do índio. *Saúde & Sociedade*, 16(2), 7-9.
- Langdon, E. J.; Diehl, E. E.; Wiik, F., & Dias-Scopel, R. P. (2006). A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(12), 2637-2646.

- Langdon, E.J., Diehl, E.E, & Dias-Scopel, R. P. (2012). Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. *Caderno de Saúde Pública*, 28(5), 819-831.
- Matta, G. C., & Morosini, M. V. G. (2009). Atenção Primária. In: I. B., Pereira, & J. C. F. Franca, (Orgs.) *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politecnica de Saude Joaquim Venancio.
- Mendes, E. V. (1985). *A evolução histórica da prática médica*. Belo Horizonte: PUC/MG/FINEP.
- Minayo, M. C. S. (2010) *O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec & Abrasco.
- Mitre, S. M.; Siqueira-Batista, R.; Girardi-de-Mendonça, J. M.; Morais-Pinto, D.; Meirelles, C. D. A. B.; Pinto-Porto, C.; Moreira, T. & Hoffmann, L. M. A. (2008) Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(2), 2133-2144.
- Merhy, E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: HUCITEC.
- Mendonça S. B. M. (1996). *O Agente Indígena de Saúde no Parque Indígena do Xingu*. Dissertação de mestrado apresentada ao Departamento de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo.
- Moran, J. M. (2008). *Trechos da entrevista com Jose Manuel Moran, Professor de Comunicação na USP e Diretor Acadêmico da Faculdade Sumaré – SP: Aprendizagem Significativa*. Portal escola conectada da fundação Ayrton Senna. Disponível em: www.eca.usp.br/prof/moran/significativa.htm.
- Morais, P. (2005). *A Formação de Agentes Indígenas de Saúde: AIS no âmbito da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas Brasil - 1999 a 2005*. Primer Foro Nacional De Salud De Los Pueblos Indígenas San José – Costa Rica.
- Morais, P. (2011). Documento Técnico contendo sistematização/contextualização do objeto de trabalho da “equipe técnica específica na SGTES para atender as necessidades de formação e qualificação para atenção à Saude Indigena, Brasília.
- Morgado, A. F. (1991). Epidemia de suicídio entre os Guaraní-Kaiwá: Indagando suas causas e avançando a hipótese do recuo impossível. *Cadernos de Saúde Pública*, 7(4), 585-598.
- Nanni, A. (1998). *L'educazione interculturale oggi in Italia*. Brescia: L'educazione all'interculturalità.
- Novo, M. P. (2009). Saúde e Interculturalidade: a participação dos Agentes Indígenas de Saúde/AIS do Alto Xingu. *Revista de Antropologia Social dos alunos do PPGAS-UFSCar*, 1(1), 122-147.
- Oliveira, L. S. S. (2002). *Formação e Inserção Institucional de Agentes Indígenas de Saúde no Sistema Único de Saúde: um estudo de possibilidades*. Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo.

- Paim, J. S. (2001). *Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde*. Brasília: ANVISA/ISC/UFBA.
- Pellegrini, M. (2008). *Discursos dialogicos: intertextualidade e ação política na performance e autobiografia de um intérprete yanomami no Conselho Distrital de Saúde*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina.
- Pinheiro, R.; Ceccim, R. B., & Mattos, R. A. (2005) *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO.
- Pontes, A. L. M. (2013). *Atenção diferenciada e o trabalho do agente indígena de saúde na implementação da política de saúde indígena*. Tese de Doutorado apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.
- Rosas, E. J. (1981). *A extensão de cobertura dos serviços de saúde no Brasil: PIASS- análise de uma experiência*. Dissertação de Mestrado apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Reis, C. C. L., & Hortale, V. A. (2004). Programa Saúde da Família: supervisão ou “co-visão”? Estudo de caso em município de médio porte. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 492-501.
- Stock, B. S. (2011). Os Povos Indígenas e a Política de Saúde Mental. *Cadernos IHU Ideias*, 9(145), 01-25.
- Silva, V. M. L. (2009). *Formação do agente indígena de saúde (manuscrito): processo reflexivo com perspectiva de uma abordagem da integridade e de um currículo intercultural*.
- Silva, M. D. (2013). *Formação e trabalho em saúde: os desafios na convergência entre o saber e o fazer no processo de ensino-aprendizagem no SUS*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Tassinari, A. M. I. (2001). *Escola indígena: novos horizontes teóricos, novas fronteiras de educação*. In.: A. L. Silva & M. K. Ferreira, (orgs). *Antropologia, História e Educação*. São Paulo: Editora Global, 44- 70.
- Teixeira, C. F. (2003). A mudança no modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde em Debate*, 27(3), 257-77.
- Vieira, M. E. M. (2013). *Programa Saúde na Escola: A Intersetorialidade em Movimento*. Dissertação Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Zarifian, P. (1999). *Objectif compétence*. Paris: Liaisons.

ANEXO A

Frequência das categorias de análise nos relatórios das quatro conferências nacionais de saúde indígena

Categorias	Descritores	Frequência			
		I CNSI	II CNSI	III CNSI	IV CNSI
Intermedicalidade	Medicina tradicional.	0	07	05	04
Interculturalidade	Cultura	03	11	03	10
Atenção diferenciada à saúde indígena	Atenção à saúde	02	06	03	14
Formação profissional dos agentes indígenas de saúde	Formação	02	13	19	13
	Treinamento	0	03	01	03
	Capacitação	01	04	13	0

ANEXO B

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS / UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA / CAMPUS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Formação dos Agentes Indígenas de Saúde no Brasil no Contexto das Políticas Públicas de Saúde Indígena

Pesquisador: SÂMIA KELLE DE ARAÚJO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 10639113.0.0000.5540

Instituição Proponente: Instituto de Ciências Humanas/UNB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 222.678

Data da Relatoria: 01/03/2013

Apresentação do Projeto:

Este Projeto tem como objeto o perfil profissional dos Agentes Indígenas de Saúde e AIS, como condição para a obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-graduação Pró-Ensino na Saúde da Universidade de Brasília. Enquanto objetivo geral, a pesquisa buscará identificar as bases conceituais e filosóficas que orientam a prática pedagógica, os componentes da estrutura curricular, o funcionamento do centro formador e o modo como o AIS se constitui mediante o olhar dos diferentes atores que protagonizam a atenção à saúde nas comunidades indígenas. Para o alcance destes objetivos, pretendo realizar uma pesquisa qualitativa de natureza exploratória a partir de documentos públicos disponíveis para consulta.

Objetivo da Pesquisa:

- Identificar as bases conceituais e filosóficas que orientam a prática pedagógica da formação dos AIS, bem como os componentes da estrutura curricular proposta para a formação dos AIS, identificando a estrutura e funcionamento do centro formador;
- Analisar o percurso feito para a construção da política de formação dos Agentes Indígenas de Saúde no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988 até o processo de distritalização.;
- Analisar perfil técnico dos AIS, visto como o conjunto de habilidades e competências mobilizadas nas suas atividades cotidianas de promoção da saúde e expresso em forma de atos e procedimentos desenvolvidos com indivíduos ou grupos, a partir de um estudo de caso no Xingu.

Endereço: CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - ICC e ALA NORTE e MEZANINO e SALA B1 e 606 (MINHOÇÃO)
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3307-2760 **E-mail:** ihd@unb.br

INSTITUTO DE CIENCIAS
HUMANAS / UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA / CAMPUS



Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não riscos, pois irá somente avaliar documentos públicos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é de caráter documental, irá analisar documentos públicos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos: carta de encaminhamento, projeto, resumo, orçamento, cronograma. E o termos de dispensa de TCLE, pois não terá entrevistas.

Recomendações:

Aprovado, pois trata-se de uma análise de documentos públicos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado, pois trata-se de uma análise de documentos públicos.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 19 de Março de 2013

Assinador por:
Debora Diniz Rodrigues
(Coordenador)

Endereço: CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - ICC 2 ALA NORTE 2 MEZANINO 2 SALA B1 2 606 (MINHOCÃO)
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3307-2760 **E-mail:** ihd@unb.br