

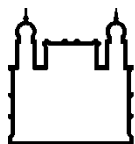
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
INSTITUTO OSWALDO CRUZ

Doutorado em Programa de Pós-Graduação em Ensino de Biociências e Saúde

INTERCULTURALIDADE E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE  
AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DO  
ALTO PURUS

ALCILENE OLIVEIRA ALVES

Rio de Janeiro  
Junho de 2018



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**

## **INSTITUTO OSWALDO CRUZ**

### **Programa de Pós-Graduação em Ensino de Biociências e Saúde**

*ALCILENE OLIVEIRA ALVES*

Interculturalidade e formação profissional de Agentes Indígenas de Saúde a partir da experiência do Alto Purus

Tese apresentada ao Instituto Oswaldo Cruz  
como parte dos requisitos para obtenção do título  
de Doutor em Ensino de Biociências e Saúde

**Orientadores:** Profa. Dra. Isabela Cabral Félix de Sousa  
Profa. Dra. Ana Lúcia de Moura Pontes

**RIO DE JANEIRO**

Junho de 2018

Oliveira Alves, Alcilene .

Interculturalidade e formação profissional de Agentes Indígenas de Saúde a partir da experiência do Alto Purus / Alcilene Oliveira Alves. - Rio de Janeiro, 2018.

204 f.; il.

Tese (Doutorado) - Instituto Oswaldo Cruz, Pós-Graduação em Ensino em Biociências e Saúde, 2018.

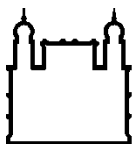
Orientadora: Isabela Cabral Félix de Sousa.

Co-orientadora: Ana Lúcia De Moura Pontes .

Bibliografia: f. 169-186

1. Saúde Indígena . 2. Interculturalidade. 3. Agentes Indígenas de Saúde.  
4. Formação profissional.. I. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Biblioteca de Manguinhos/ICICT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

## **INSTITUTO OSWALDO CRUZ**

**Programa de Pós-Graduação em Ensino de Biociências e Saúde**

**AUTOR: ALCILENE OLIVEIRA ALVES**

**“INTERCULTURALIDADE E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE AGENTES  
INDÍGENAS DE SAÚDE A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DO ALTO PURUS”**

**ORIENTADORAS: Profa. Dra. Isabela Cabral Félix de Sousa  
Profa. Dra. Ana Lúcia de Moura Pontes**

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**EXAMINADORES:**

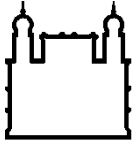
**Prof. Dr. Nome – Presidente:** Lucia Rodriguez de La Rocque (IOC/Fiocruz)

**Profa. Dra. Maria de Fátima Alves de Oliveira** (IOC/Fiocruz)

**Profa. Dra. Mariana Paladino** (UFF)

**Profa. Dra. Célia Leticia Gouvea Collet** (UFF)

Rio de Janeiro, 27 de junho de 2018.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz

Anexar a cópia da Ata que será entregue pela SEAC  
já assinada.



Ministério da Saúde

Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto Oswaldo Cruz

## DECLARAÇÃO

Declaramos, para fins curriculares, que **Alcilene Oliveira Alves**, sob orientação da Dr<sup>a</sup>. Isabela Cabral Félix de Sousa e coorientada pela Dr<sup>a</sup>. Ana Lúcia de Moura Pontes, foi aprovada em 27/06/2018, em sua defesa de tese de doutorado intitulada: **“Interculturalidade e formação profissional de Agentes Indígenas de Saúde a partir de experiência do Alto Purus”**, área de concentração: Ensino Não Formal em Biociências e Saúde. A banca examinadora foi constituída pelos Professores: Dr<sup>a</sup>. Lucia de La Rocque Rodriguez -IOC/FIOCRUZ (presidente), Dr<sup>a</sup>. Célia Leticia Gouvea Collet - UFF/RJ e Dr<sup>a</sup>. Mariana Paladino - UFF/RJ e como suplentes: Dr<sup>a</sup>. Maria de Fátima Alves de Oliveira - UNIFOA/RJ e Dr<sup>a</sup>. Lêda Glicério Mendonça - IFRJ/RJ.

A Pós-graduação *Stricto sensu* em Ensino em Biociências e Saúde (Mestrado e Doutorado) está credenciada pela CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, de acordo com Portaria n<sup>o</sup> 1662, de 03.06.2004, do CNE-Ministério da Educação, tendo validade no Brasil para todos os efeitos legais, e alcançando conceito 6 (seis) na última avaliação trienal da CAPES.

Informamos ainda que, de acordo com as normas do Programa de Pós-graduação, a **liberação do Diploma e do Histórico Escolar está condicionada à entrega da versão definitiva da dissertação/tese em capa espiral (1 cópia), juntamente com o termo de autorização de divulgação da dissertação/tese on line e o CD-rom com a dissertação completa em PDF.**

Rio de Janeiro, 27 de junho de 2018

Dr<sup>a</sup>. Tania Cremonini de Araujo Jorge  
Matricula SIAPE 0462859

Coordenadora do Programa de Pós Graduação em Ensino em Biociências e Saúde  
Instituto Oswaldo Cruz/Fiocruz

Av. Brasil, 4365 Manguinhos Rio de Janeiro RJ Brasil CEP: 21040-360

Contatos: (21) 2562-1201 / 2562-1299 E-mail: [atendimentoaseao@ioc.fiocruz.br](mailto:atendimentoaseao@ioc.fiocruz.br) Site: [www.fiocruz.br/iocensino](http://www.fiocruz.br/iocensino)

A minha mãe, Esterlita Braz Amaral e a  
meu pai, Alcides Alves Amaral (In  
memorian)  
vi

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Convênio Instituto Federal do Acre/Instituto Oswaldo Cruz (IFAC/IOC) que possibilitou esta pesquisa junto ao Instituto Oswaldo Cruz da Fundação Oswaldo Cruz. A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela verba concedida ao Programa de Pós-graduação em Ensino em Biociências e Saúde.

Agradeço às orientadoras Isabela Cabral Félix de Sousa e Ana Lucia de Moura Pontes pelas preciosas orientações, pelas avaliações pacientes e cuidadosas, bem como pela parceria para o desenvolvimento da pesquisa.

À colega de doutorado no Acre Italva Miranda, que dividiu angústias durante o percurso e aos professores do programa Ricardo Francisco Waizbort e Mauricio Roberto Motta Pinto da Luz pelo apoio durante todo o percurso.

Aos colegas Cristina Lobregat, Cristiane Neves, José de Arimateia, Francisco Junior e Francisco Charles pelas sugestões e correções.

Agradeço a os professores que compuseram as bancas de qualificação e defesa final Lúcia de La Rocque Rodriguez, Célia Leticia Gouvea Collet, Mariana Paladino, Maria de Fátima Alves de Oliveira e Lêda Glicério Mendonça.

Também agradeço a Célia Collet pela generosidade em me receber e pelo grande apoio.

A Heloisa Gouveia pelos momentos de lazer e cultura que me proporcionou durante os intervalos e descanso da tese.

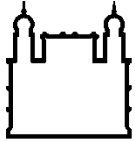
A Adrina Neves e Anna Lúcia Abreu que foram fundamentais para que a pesquisa acontecesse.

À minha família, minha mãe em especial, por suportar as dificuldades quanto às minhas ausências e pelo apoio durante o tempo em que mergulhei na pesquisa.

“Enquanto o Brasil real não assumir, com a devida lucidez e honestidade, sua trajetória indígena e indigenista-antíndigena secularmente, na política oficial-este país, pluricultural, pluriétnico, plurinacional, não estará em paz com sua consciência, ignorará sua identidade e carregará a maldição de ser oficialmente-etnocida, genocida, suicida”.

**Dom Pedro Casaldáliga**





Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**

## **INSTITUTO OSWALDO CRUZ**

**“INTERCULTURALIDADE E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE  
A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DO ALTO PURUS”**

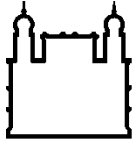
### **RESUMO**

#### **TESE DE DOUTORADO EM ENSINO DE BIOCÊNCIAS E SAÚDE**

**Alcilene Oliveira Alves**

Esta tese discute as formações de Agentes Indígenas de Saúde no contexto sociohistórico e geográfico do Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Purus. A análise retrata aspectos da formação profissional, preconizada pela legislação nacional e internacional, relacionando a literatura sobre saúde e interculturalidade, discutida na América Latina e por alguns pesquisadores no Brasil. A partir da experiência do Alto Purus procura-se mapear os processos formativos ocorridos no Acre que se constituíram na vigência da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) até a atuação da Secretaria de Saúde Indígena (Sesai), através da Escola Técnica de Saúde do Acre Maria Moreira da Rocha que realizou o curso de Agentes comunitário Indígena de Saúde. A investigação aconteceu a partir da análise de documentos de formações no âmbito da saúde indígena. São examinados os discursos adotados a partir da construção de políticas em saúde com apoio no referencial de pesquisa social qualitativa utilizando a teoria social dos discursos e análise de conteúdo, objetivando construir uma abordagem crítica dos textos e significados. Assim, o método hermenêutico dialético foi utilizado para compreender as experiências educativas em saúde da formação de Agentes Indígenas de Saúde na Região do Rio Purus. As análises problematizam a discussão destas experiências situadas entre a Medicina Tradicional e a Biomedicina, em que os Agentes Indígenas de Saúde são representantes tanto para as equipes multidisciplinares como para a comunidade. A luz de teorias de interculturalidade e intermedicalidade, observou-se que o modelo formativo preconizado pela política nacional de formação na prática educacional nem sempre considera os saberes tradicionais dos indígenas.

Palavras-chave: interculturalidade, Agentes Indígenas de Saúde, medicina tradicional, biomedicina, formação profissional.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz

## **INSTITUTO OSWALDO CRUZ**

**TÍTULO DA TESE (em inglês)**

**"INTERCULTURALITY AND PROFESSIONAL TRAINING OF INDIGENOUS HEALTH AGENTS  
FROM THE EXPERIENCE OF THE HIGH PURUS"**

**ABSTRACT**

**MASTER DISSERTATION/PHD THESIS IN ENSINO DE BIOCÊNCIAS E SAÚDE**

**Alcilene Oliveira Alves**

**Abstract**

This thesis discusses the formations of Indigenous Health Agents in the sociohistorical and geographic context of the Alto Rio Purus Indigenous Special Sanitary District. The analysis portrays aspects of professional training, advocated by national and international legislation, relating the literature on health and interculturality, discussed in Latin America by some researchers in Brazil. From the experience of the Alto Purus, it was mapped formative processes that took place in Acre, which were constituted by the National Health Foundation (Funasa) until the work of the Secretariat of Indigenous Health (Sesai), through the Technical School of Health of Acre Maria Moreira da Rocha, which held the Indigenous Community Health Agent Course. The research was carried out through the execution of semi-structured interviews and analysis of training documents in the field of indigenous health. We analyzed the discourses adopted from the construction of health policies with support of a qualitative social research framework using social theory discourse and content analysis, aiming to build a critical approach. Thus, the dialectical hermeneutic method was used to understand the health educational experiences of Indigenous Health Agents training in the Purus River Region. The analysis questions how traditional Medicine and Biomedicine can be carried out through Indigenous Health Agents who are representative both to the multidisciplinary teams and to the community. In the light of the intercultural and intermedical theories, it was observed that the formative model of the national training when applied to educational practices does not always considers the traditional knowledge of the indigenous people.

**Keywords:** interculturality, Indigenous Health Agents, traditional medicine, not biomedicine, professional training.

# ÍNDICE

<b>RESUMO.....</b>	<b>ix</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>x</b>
<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>4</b>
<b>CAPÍTULO I: INTERCULTURALIDADE: CONFRONTO DE SABERES NA EDUCAÇÃO E NA SAÚDE.....</b>	<b>9</b>
1.1. A construção histórica do conceito de interculturalidade .....	9
1.2. A interculturalidade na educação e na saúde indígena na América Latina .....	13
1.3. A interculturalidade nas políticas de educação e saúde indígenas no Brasil .....	19
1.4. Abordagens e inserções em Medicina Tradicional Indígena .....	26
1.4.1. Modelos tradicionais em saúde no Purus.....	28
<b>CAPÍTULO II: METODOLOGIA.....</b>	<b>30</b>
2.1. Pesquisa social e qualitativa.....	30
2.1.1. Percurso realizado no levantamento bibliográfico .....	31
2.2. Teoria social do discurso.....	34
2.3. Método: entrevistas e análise de conteúdo.....	37
2.3.1. Percurso das entrevistas.....	38
2.4. Análise dos dados .....	40
2.5. Aspectos éticos da pesquisa .....	43
<b>CAPÍTULO III: ANÁLISE HISTÓRICA DAS AÇÕES DE SAÚDE E CARACTERIZAÇÃO SOCIOCULTURAL E DE SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA NA REGIÃO DO ALTO PURUS.....</b>	<b>44</b>
3.1. A política de saúde indígena no Brasil.....	44
3.2. A política de saúde no Acre Purus.....	53
3.3. Diversidade sociocultural da população indígena na região .....	59
3.4. Levantamento histórico das ações e políticas de saúde na Região do Alto Rio Purus.....	61
3.5. A implementação da atual política de saúde indígena no Alto Rio Purus.....	68
3.6. Situação em saúde da população indígena no DSEI Alto Rio Purus .....	72
<b>CAPÍTULO IV: FORMAÇÕES PARA AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE NO BRASIL.....</b>	<b>74</b>
4.1 Histórico e características dos Agentes Indígenas de Saúde no Brasil .....	74
4.1.1. O papel das Conferências Nacionais de Saúde Indígena na formação dos Agentes Indígenas de Saúde.....	74
4.1.2. A definição profissional do Agente Indígena de Saúde e a política de formação .....	76
4.1.3. Formações de Agentes Indígenas de Saúde no Brasil.....	81
4.2. Descrição e análise da proposta formativa de AIS da Funasa (2009).....	82

4.2.1. Aspectos teóricos e metodológicos da proposta .....	83
<b>CAPÍTULO V: A EDUCAÇÃO INDÍGENA E AS FORMAÇÕES PARA AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA ALTO RIO PURUS .....</b>	<b>100</b>
5.1. Panorama da educação indígena na região .....	100
5.2. Histórico das experiências de formação de AIS na região .....	110
<b>6. CAPÍTULO VI: DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DE FORMAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS INDÍGENAS DE SAÚDE IMPLEMENTADA PELA ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE MARIA MOREIRA DA ROCHA, NO PERÍODO DE 2009 A 2013.....</b>	<b>120</b>
6.1. Atuação da Escola Técnica de Saúde Maria Moreira da Rocha na educação indígena e na formação de Agentes Indígenas de Saúde.....	120
6.2. Descrição do histórico e implementação da formação de Agente Comunitário Indígena de Saúde no Alto Purus pela Escola Técnica de Saúde Maria Moreira da Rocha .....	122
6.2.1. Análise da formação dos Agentes Indígenas de Saúde no Alto Purus pela Escola Maria Moreira da Rocha .....	123
6.2.2. A proposta formativa da Escola Técnica de Saúde Maria Moreira da Rocha ....	126
6.3. Descrição e análise do plano de curso do Agente Comunitário Indígena de Saúde implementado pela EMMR .....	128
6.3.1. Critério de definição do perfil para a seleção dos Agentes Comunitários Indígenas de Saúde pela Escola Técnica de Saúde Maria Moreira da Rocha.....	130
6.3.2. O currículo .....	131
6.3.3. A metodologia.....	142
6.4. Formação do Agente Comunitário Indígena de Saúde e interculturalidade .....	143
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O QUE APRENDEMOS SOBRE COMO ANALISAR PROCESSOS FORMATIVOS COM BASE NA INTERCULTURALIDADE .....</b>	<b>164</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>169</b>
<b>ANEXO 1 Protocolo do TCLE. ....</b>	<b>187</b>
APÊNDICE 1: Roteiro para entrevista com Coordenadores ou responsáveis por cursos de formação profissional de AIS.....	189
APÊNDICE 2: <i>Roteiro de perguntas para o grupo focal.</i> .....	190
APÊNDICE 3 : <i>Termo de livre consentimento (TCLE) de Jhon Wiler de Oliveira Silva de Souza</i> .....	192
APÊNDICE 4: Termo de Consentimento Livre esclarecido de José Elson da Silva Santos.....	194
APÊNDICE 5: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	196
APÊNDICE 6:.....	199
<b>ANEXO 2: Protocolo do Comitê de Ética/ Ficoruz.....</b>	<b>200</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de referência do Subsistema de Saúde Indígena .....	50
Figura 2. Estrutura do Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Purus .....	68
Figura 3. Mapa de localização do Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Purus, 2014. ....	70
Figura 4. Localização da sede do Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Purus e dos polos-base de sua abrangência.....	71
Figura 5. Mapa de Localização do Distrito Alto Rio Purus .....	71

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1: Situação das escolas municipais e estaduais em áreas indígenas com o número de escolas e turmas .....	105
Tabela 2: A população indígena do Acre por município - Brasil - 1991/2010.....	107
Tabela 3: Consolidado educação indígena no Acre .....	108

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Levantamento bibliográfico.....	33
Quadro 2: Entrevistas.....	39
Quadro 3: Categorização da entrevista com a coordenação da formação na Escola Técnica em Saúde do SUS Maria Moreira da Rocha ocorrida em 2012. ....	41
Quadro 4: Categorização da entrevista com os profissionais da formação na Escola Técnica em Saúde do SUS Maria Moreira da Rocha, 2015.....	42
Quadro 5: Terras indígenas do Acre e Sul do Amazonas correspondente ao Distrito Sanitário Especial Indígenas Alto Rio Purus, 2015. ....	60
Quadro 6: Demonstrativo do perfil dos AIS do curso de 2002 .....	116
Quadro 7: Demonstrativo do perfil dos AIS Madja (Kulina) módulo introdutório - 2002 .....	117
Quadro 8: Agentes Indígenas de Saúde em formação .....	128
Quadro 9: Competências do plano de curso do Agente Comunitário Indígena de Saúde da Escola Técnica de Saúde Maria Moreira da Rocha .....	133
Quadro 10: Competências do plano de curso do Agente Comunitário Indígena de Saúde da Escola Técnica de Saúde Maria Moreira da Rocha .....	134
Quadro 11: Competências do plano de curso do Agente Comunitário Indígena de Saúde da Escola Técnica de Saúde Maria Moreira da Rocha .....	135
Quadro 12: Competências do plano de curso do Agente Comunitário Indígena de Saúde da Escola Técnica de Saúde Maria Moreira da Rocha .....	136
Quadro 13: Competências do plano de curso do Agente Comunitário Indígenas da Saúde da Escola Técnica de Saúde Maria Moreira da Rocha .....	138
Quadro 14: Competências do plano de curso do ACIS-EMMR.....	139
Quadro 15: Competências do plano de curso do Agente Comunitário Indígena de Saúde da Escola Técnica de Saúde Maria Moreira da Rocha .....	141

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

- ACIS** – Agente Comunitário Indígena de Saúde
- ACS** – Agente Comunitário de Saúde
- AIS** – Agente Indígena de Saúde
- AISAN** – Agentes Indígenas de Saneamento Indígena
- ASB** - Auxiliares de Saúde Bucal
- CAN** – Correio Aéreo Nacional
- CASAI** – Casa de Saúde do Índio
- CEEI** – Coordenação de Educação Escolar Indígena
- CIMI** – Conselho Indigenista Missionário
- CISI** – Comissão Interinstitucional de Saúde do Índio
- CISI** – Comissão Intersetorial de Saúde Indígena
- CNS** – Conferência Nacional de Saúde
- CNSI** – Conferências Nacionais de Saúde Indígena
- CNSPI** – Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas
- CORE** – Coordenação Regional da Funasa
- CPI** – Comissão Pró-Índio
- DCNEI** – Diretrizes Curriculares Nacionais de Educação Indígenas
- DESAI** – Departamento de Saúde Indígena
- DGSP** – Diretoria Geral de Saúde Pública
- DIASI** – Divisão de Atenção à Saúde Indígena
- DSEI** – Distrito Sanitário Especial Indígena
- DSEI/ARP** – Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Purus
- EEIID e B** – Educação Escolar Indígena, Intercultural Diferenciada e Bilíngue
- EJA** – Educação de Jovens e Adultos
- EMSI** – Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena
- ETMMR** – Escola Técnica Maria Moreira da Rocha
- ETSUS** – Escola Técnica de Saúde do SUS
- FIOCRUZ** – Fundação Osvaldo Cruz
- Funai** – Fundação Nacional do Índio



**Funasa** – Fundação Nacional de Saúde

**HU** – Health Unlimited

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**INCRA** – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária

**IPEA** – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

**IRAS** – Infecções Respiratórias Agudas

**LDB** – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

**MEC** – Ministério da Educação

**NISI** - Núcleos Intersetoriais de Saúde Indígena

**OIT** – Organização Internacional do Trabalho

**ONG** – Organização Não Governamental

**OPAN** – Operação Anchieta

**OPIAC** – Organização dos Professores Indígenas do Acre

**OXFAN** – Oxford Committee for Famine Relief

**PMACI** – Programa de Apoio ao Meio Ambiente e às Comunidades Indígenas

**PNASP** – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

**RASI** - Rede Autônoma de Saúde Indígena

**SAS** – Secretaria de Assistência à Saúde

**SEAD** – Seção de Apoio Administrativo

**SECADI** – Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão

**SEE** – Secretaria de Estado de Educação e Esporte

**SESAI** – Secretaria de Saúde Indígena

**SESANI** – Serviço de Edificações e Saneamento Ambiental

**SGTES** - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde

**SIASI** – Sistema de Informação e Atenção à Saúde Indígena

**SNT** – Serviço Nacional de Tuberculose

**SPI** – Serviço de Proteção ao Índio

**SUCAM** - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**SUSA** – Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas

**TIS** – Técnico Indígena de Saúde

**UFAC** – Universidade Federal do Acre

**UNI** – União das Nações Indígenas do Acre e Sul do Amazonas

**VIGISUS** – Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

## APRESENTAÇÃO

O campo de estudo escolhido para o debate está relacionado com a saúde indígena, temática despertada a partir do meu estudo sobre a realidade do povo Kaxarari, que no final da década de 1988 vivenciou um processo de quase aniquilamento em função da pavimentação da BR- 364. A terra desse povo está situada no perímetro da rodovia, e com a crescente demanda de pedras para o asfaltamento estes tiveram o seu território invadido por fazendeiros e pela construtora, o que provocou um número considerável de mortes por malária, entre outras doenças, devido ao dano ambiental e à fome.

Assim, como estudante de História da Universidade Federal do Acre, sentia a necessidade de discutir mais a questão indígena, tema pouco explorado na época e que carecia de denúncia. Busquei a perspectiva de realizar essa discussão, sendo então tema da monografia de finalização do curso em 1992, com o título: “Índios Kaxarari no contexto das frentes de expansão”.

O enfoque da discussão da pesquisa favoreceu o debate junto à Universidade, instigado também pela militância do movimento estudantil e de outros movimentos como o social e o sindical. Como consequência, durante o período em que fui professora substituta, organizei com outros professores e estudantes o “Grupo de Estudo sobre Povos Nativos” (Gepon), que conseguiu uma repercussão tanto no âmbito universitário como também influenciou na decisão de alguns participantes em se especializar na questão indígena, colaborando com a discussão.

Esse contexto contribuiu para o surgimento do convite para trabalhar em uma cooperação técnica da Secretaria de Educação (SEE) junto à Fundação Nacional de Saúde (Funasa), entre 2004 e 2009. O trabalho junto à Coordenação Regional ocorreu pela carência de profissionais especializados com conhecimento na questão indígena, objetivando discutir uma proposta para a formação de Agentes Indígenas de Saúde.

O trabalho da construção da proposta de formação seria desenvolvido dentro do DSEI Alto Rio Purus (DSEI/ARP), em parceria com a Organização das Nações Indígenas do Acre e Sul do Amazonas (UNI), à época conveniada, atuando na contratação de profissionais da Saúde Indígena em acordo com a Fundação. A finalização da proposta não aconteceu devido ao fim do convênio, impossibilitando a

continuidade desse processo, e ao fato de a Funasa definir por meio do Ministério da Saúde novos rumos da formação, por intermédio do referencial: “Educação Profissional Básica para Agentes Indígenas de Saúde”.

Apesar dessa reconfiguração, o convênio entre a Fundação e a Secretaria de Educação e Esporte foi mantido. Assim, assumi novas designações que não se referiam à formação de Agentes Indígenas de Saúde. Fui realocada para o setor de Educação em Saúde da instituição para realizar outras atividades, como supervisão de convênios e elaboração de projetos de Educação em Saúde nas áreas indígenas e extrativistas.

Os projetos me permitiram visualizar a realidade dos extrativistas e dos povos indígenas da Região do Purus, despertando-me para novas leituras acerca do contexto envolvendo esses setores e as políticas públicas, designadas com o intuito de construir a política em saúde proposta pelo Estado.

Durante essa vigência na Fundação surgiu a possibilidade de realizar o mestrado em Desenvolvimento Regional pela Universidade Federal do Acre, cursado entre 2007 a 2009, permitindo discutir políticas públicas com os povos indígenas. Nesse processo, novamente a minha escolha foi pelo Povo Kaxarari, com a temática: “Os Kaxarari, e as Políticas Mitigatórias”, envolvendo o Programa de Apoio ao Meio Ambiente e as Comunidades Indígenas (Pmaci<sup>1</sup>). Nessa dissertação, questões sobre saúde e educação foram apontadas como exigindo maiores reflexões em estudos posteriores.

A discussão sobre a questão indígena exigia a leitura sobre educação, e a reflexão deste debate aconteceu durante os círculos da Universidade Federal do Acre, como estudante e, mais tarde, como professora do curso de História do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Acre. O enfrentamento desse desafio demandou estudos mais profundos que permitiram novas ponderações sobre o contexto indígena na região.

Ao ingressar como professora-efetiva no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Acre, surgiu uma perspectiva do doutorado em Ensino de

---

<sup>1</sup> Programa que iniciou a discussão sobre políticas mitigatórias ao meio ambiente envolvendo comunidades indígenas e tradicionais. Discutido a partir da construção do trecho Porto Velho/Rio Branco da BR. 364. “Diante das denúncias o Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID exigiu do governo brasileiro a apresentação de um plano para minorar os impactos da construção da rodovia BR 364. Assim, com objetivo de atender os contratos de empréstimos 150/IC-BR e 503/OC-BR para a construção da BR - 364 trechos Porto Velho Rio Branco foi apresentado o Projeto de Proteção ao Meio Ambiente e das Comunidades Indígenas – PMACI que possuía um total de 10,0 milhões de dólares (PMACI, 1985), que consistia na proteção dos recursos renováveis, fundiários e interesses indígenas. Os recursos para estas ações vieram do BID para a demarcação e regularização das áreas indígenas, inclusas naquele espaço” (ALVES, 2009).

Biociências e Saúde pelo Instituto Oswaldo Cruz, em que tive a possibilidade de estudar melhor a questão da saúde indígena, com base no viés da educação.

Ainda nesse contexto de doutoramento, surgiu a proposição, por meio do Programa Nacional de Apoio ao Emprego Técnico (Pronatec), de colaborar com uma proposta curricular para as comunidades indígenas.

No contexto da discussão desta tese, a experiência de trabalho no Distrito Sanitário Alto Rio Purus à época da Funasa permitiu agregar a leitura de diversas questões que envolvem a política de saúde indígena, e proporcionou como observadora participante diferentes reflexões sobre a temática. Essa percepção da prática é definida por Brandão (2006, p. 13) como sendo importante na transformação e mudança do contexto em que se produz e recria a leitura, ou seja, “participar da produção deste conhecimento e tomar posse dele. Aprender a reescrever a História através de sua história. Ter no agente que pesquisa uma espécie de agente que serve”. Portanto, o compromisso da pesquisadora, autora desta tese, com trabalhos nessa temática e com esta pesquisa qualitativa, envolve o aspecto que nega a neutralidade da ciência e a relação com o conhecimento produzido.

## INTRODUÇÃO

A escolha do tema “Interculturalidade e formação profissional de Agentes Indígenas de Saúde a partir da experiência do Alto Purus” foi motivada pela experiência desenvolvida no trabalho da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) entre 2004 e 2007, período de trabalho no Distrito Sanitário Indígena Alto Purus e depois no Setor de Educação e Saúde da Funasa.

Esses acontecimentos forneceram elementos para a percepção quanto às dificuldades de implementação de um modelo de formação pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa). Merecem destaque alguns fatos como os relacionados ao trabalho das equipes multidisciplinares, compostas por profissionais médicos e enfermeiros contratados precariamente. A esses profissionais cabia atuar na formação do Agente Indígena de Saúde, bem como no desenvolvimento de atividades em saúde nas áreas indígenas. As atividades de instrutor demandavam formação antropológica ou pedagógica, o que era desconhecido por eles, visto que a maioria era recém-formada, aventurando-se pelas áreas indígenas e devendo iniciar a formação de Agentes Indígenas de Saúde.

Os conteúdos de caráter biomédicos até então destoavam da metodologia, aparentando um distanciamento quanto à base de conhecimentos que os indígenas apresentavam. Alguns possuíam o nível fundamental e outros eram apenas alfabetizados, com destaque para as etnias Madja que necessitam de intérpretes para se comunicar. As formações sempre repetiam os módulos introdutórios sem finalizações.

Outros fatores colaboraram para desentendimentos da atuação entre os indígenas e a Funasa. O trabalho de acompanhamento de equipes de saúde me permitiu conhecer melhor a relação estabelecida entre a perspectiva de saúde do distrito e as concepções dos indígenas, supervisionando especificamente o município do sul do Amazonas, Pauini, na terra Indígena Igarapé da Água Preta. Na ocasião, a enfermeira distribuía remédios na comunidade aos pacientes, ocorrendo neste contexto um incidente com o marido da Agente de Saúde, que adoeceu e foi diagnosticado com malária, sendo internado no hospital da cidade, porém, ao voltar para a aldeia, foi consultar o pajé que definiu a doença como “feitiços de animais”. O

tratamento passou a ser conduzido pelo pajé. A partir de então, notei a necessidade de encontrar novas reflexões e ferramentas quanto à atuação na saúde indígena, visto que o contexto no qual estava inserida não favorecia este encontro.

Mais tarde, atuando no setor de educação em saúde, surgiu à necessidade de pensar ações voltadas para problemáticas apontadas pelos indígenas, assim, emergiram aspectos não vistos no trabalho do Dsei, talvez por ser limitado e controlado pelas políticas retratadas na perspectiva biomédica. Dentre as ações, as oficinas com foco na etnomedicina Huni Kuĩ, Ishã Kurũ, na terra indígena Alto Purus, aldeia Morada Nova, no Município de Santa Rosa do Purus. Essa foi uma iniciativa proposta pelos indígenas que o setor organizou sob a minha responsabilidade, vislumbrando o interesse despertado por proposições internas aos interesses destes povos.

A essas demandas foram inseridas outras, como os questionamentos e angústias dos indígenas apresentados nas reuniões do Conselho de Saúde relacionadas às dificuldades quanto à atuação tanto dos agentes como dos profissionais em saúde não indígenas, em relação à prevenção e tratamento de seus parentes.

Estudando a legislação e participando de algumas reuniões de grupos, ao observar a realidade entendi que os documentos se referiam à exigência da formação apontar para o caráter diferenciado, específico, bilíngue e intercultural, como definem as Diretrizes para a Política Nacional de Educação Indígena e a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), o que se distinguiu das formações biomédicas que eram desenvolvidas nos cursos até então.

A ideia inicial do projeto de pesquisa envolvia a observação junto aos indígenas, no entanto, esta proposição foi descartada devido à provável dificuldade junto ao Comitê de Ética, sendo então definido que seria realizada a análise da percepção dos profissionais de saúde, enfermeiros e médicos que atuam na formação dos Agentes Indígenas de Saúde.

Todavia, houve dificuldades no campo de não só reunir profissionais por meio da metodologia de grupo focal, mas também de coletar documentos. No caso da Sesai não foram encontrados os arquivos com as informações sobre as formações anteriores. Assim, os poucos relatórios foram cedidos pela Funasa por intermédio do setor de Educação em Saúde e Saneamento (Sesan), herdeiro da antiga Assessoria de Comunicação do órgão. As dificuldades de documentação refletem as mudanças

e o desmonte das instituições públicas e a passagem do distrito de um segmento para outro. O fator importante é a falta de um setor que organize e compile a memória do órgão, discutido por Oliveira e Almeida (1998) no ensaio sobre demarcação e afirmação étnica acerca das dificuldades de construção da pesquisa pelo imediatismo com que as decisões são tomadas.

A construção da pesquisa evoluiu para a discussão da proposta de formação de Agentes Indígenas de Saúde do DSEI Alto Purus nos últimos anos, 2012-2014, realizada pela Escola Técnica de Saúde Maria Moreira da Rocha. A formação foi redefinida usando-se uma nova proposta após um diagnóstico, com foco na profissionalização com o curso: a qualificação de Agentes Comunitários Indígenas de Saúde. Para o desenvolvimento da pesquisa foi realizada uma entrevista coletiva com os instrutores do curso.

Focalizando aspectos da discussão intercultural, visou-se à leitura de documentos para o diálogo com a realidade, avaliando a relação dialética estabelecida com as fontes e os sujeitos em destaque, profissionais da saúde indígena e a relação com o processo formativo. A construção tem uma base histórica de levantamento de fontes, de construção dos conceitos e aplicação de propostas de formação por parte da Fundação Nacional de Saúde e por parte da Escola Técnica Maria Moreira da Rocha.

Assim, a pesquisa se propõe a analisar e discutir as possibilidades de formação que vêm sendo articuladas no cenário do Acre e sul do Amazonas, constituindo-se em questionamentos necessários para a avaliação de possibilidades de problematizar a discussão de interculturalidade e intermedicalidade<sup>2</sup> referente às perspectivas da saúde indígena.

Quanto às possibilidades deste trabalho junto à Instituição que atuo como docente, algumas já podem ser vislumbradas, como o trabalho na coordenação do Núcleo de Estudos Afro-brasileiro e Indígena, a elaboração da proposta curricular para cursos em comunidades indígenas do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec), em parceria com a Organização dos Professores Indígenas do Acre (Opiac), e os projetos de Extensão “Povos Indígenas e

---

<sup>2</sup> Intermedicalidade é fruto da articulação de saberes, entre o biomédico e o tradicional indígena. Esse conceito é discutido por Menéndez (2003), que aponta a existência de articulação de saberes nas sociedades indígenas, a partir do processo de interculturalidade, denominada de práticas de autoatenção, em que se verificam os aspectos socioculturais e econômicos referentes ao processo saúde/doença, dialogando com os saberes. Novo (2011) analisa a intermedicalidade com base na discussão da formação do Agente Indígena de saúde do Alto Xingu. Folar (2004) observa valendo-se da reflexão sobre os conflitos e jogos de poder estabelecidos entre a saúde indígena que confronta a biomedicina e a medicina tradicional.



Interculturalidade” e “Cine em debate” que abordam a temática indígena junto aos docentes.

Outro ponto resultante da discussão da tese reside no fato de buscar agregar conhecimento para o futuro dos cursos ofertados pelo Instituto Federal do Acre quanto à Educação profissional. A Instituição ofertará em 2018 um mestrado profissional, e vem iniciando um diálogo com os povos indígenas e suas organizações com definições de cursos presenciais e a distância que serão implantados este ano.

A abordagem desta tese foi organizada em seis capítulos, assim distribuídos: O primeiro tem por objetivo o delineamento do percurso metodológico, ressaltando o formato teórico-prático, envolvendo a análise de documentos: entrevistas, plano de curso, relatório e dissertações, respaldando-se na pesquisa social e qualitativa, e teoria social do discurso com o intuito de apreender o sentido expresso nas entrevistas e no trânsito de documentos oficiais.

O segundo capítulo, com base na literatura, aborda o histórico das políticas de saúde no Brasil e no Purus, iniciando com a atuação das agências governamentais, como o Serviço de Proteção do Índio (SPI), fundado em 1910 e, posteriormente, o papel desempenhado pela Fundação Nacional do Índio (Funai). Discute o contexto das transformações na política indigenista com a descentralização da saúde, criando os Distritos Sanitários Especiais Indígenas sob a tutela da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) até a transformação em Secretaria de Saúde Indígena em 1990, com base em reivindicações do movimento indígena. No contexto da tese, busca-se refletir sobre essa implantação no Alto Rio Purus e destacar aspectos socioculturais dos povos indígenas envolvidos por essas políticas.

O terceiro elabora um histórico da formação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS), abordando aspectos da legislação, apontando características das formações no Brasil. Discute também a importância do movimento e das conferências indígenas para o fortalecimento da saúde indígena.

O quarto capítulo apresenta um panorama histórico das políticas formativas de educação indígenas no contexto do Alto Rio Purus, para em seguida discutir a formação de Agentes Indígenas de Saúde na Região do Alto Rio Purus no contexto da gestão Fundação Nacional de Saúde.

O quinto busca a interpretação sobre a discussão de interculturalidade à luz das literaturas brasileira e latino-americana, referindo-se aos aspectos da saúde e

educação, retratando resumidamente o conceito de interculturalidade e a apropriação pelas políticas públicas no Brasil e América Latina. Aborda também a discussão de interculturalidade quanto aos aspectos da medicina tradicional entre os indígenas considerando algumas inserções no Purus.

O sexto capítulo analisa a formação pela Escola Técnica de Saúde Maria Moreira da Rocha, iniciando com a discussão da parceria da Escola com a Fundação Nacional de Saúde no acompanhamento e apoio ao processo formativo. Debate sobre a construção da proposta de Agente Indígena de Saúde elaborada. A avaliação do processo ocorre baseando-se na leitura dos documentos inventariados, como relatórios, planos de cursos e teses que atualizam o contexto estudado. Neste capítulo são discutidas as entrevistas com os profissionais que atuaram nas formações.

## **CAPÍTULO I: INTERCULTURALIDADE: CONFRONTO DE SABERES NA EDUCAÇÃO E NA SAÚDE**

### **1.1. A construção histórica do conceito de interculturalidade**

A discussão de interculturalidade é subjacente à discussão de cultura que, por sua vez, vem sendo debatida por diversas correntes teóricas com aportes na antropologia, história cultural, sociologia, linguística, entre outras. O conceito de cultura é polissêmico e dinâmico, sendo definido dentro de um contexto científico e filosófico, apesar de representando aspectos materiais sociopolíticos e econômicos referentes às sociedades e às épocas.

Em meio às diversas definições, buscamos a interpretação de autores como Geertz (2008) que com base na antropologia simbólica acredita que a cultura é algo que não se define, mas que se percebe. Sendo a cultura algo mutável, dinâmica e que se ressignifica. Nessa perspectiva, Hall (2004) discute que o sujeito da pós-modernidade não possui uma identidade fixa, está sempre se ressignificando. Hall (2004) utiliza essa interpretação apenas para o sujeito pós-moderno, questionando o debate sobre identidade cultural, apontando a existência de várias identidades plurais devido à dinâmica cultural.

A discussão sobre cultura, no âmbito da ciência, utiliza as explicações do campo da antropologia, sociologia e comunicação, destacando três eixos de interpretação: diferença, desigualdades e desconexões. De acordo com Canclini (2005), “na antropologia, cultura é pertencimento em contraste com o outro”, sendo que para algumas teorias da sociologia “a cultura é algo que se adquire fazendo parte das elites” ou aderindo a seu pensamento e hábitos. Para a comunicação, as teorias recentes consideram que “ter cultura é estar conectado” (CANCLINI, 2005, p. 16).

O conceito de cultura e a perspectiva da interculturalidade como resultante das relações entre as culturas apresenta uma diversidade conceitual, podendo proporcionar possibilidades que retratam sentidos como “inclusão”, integração, respeito à diferença, diálogo e diversidade, entre outros. Essas acepções têm a origem no debate de relativismo cultural emprestada da antropologia, e representam

tentativas de interpretar os trânsitos culturais, resultantes de sociedades ou grupos que se interconectam e que, portanto, estabelecem conflitos entre as forças opostas, pautadas na dominação de um sobre o outro.

Os estudos sobre cultura variam entre países, modelos socioeconômicos e interesses. Na Europa, destacam-se dois modelos dos estudos sobre comunicação intercultural acerca de contextos interpessoais e entre culturas.

O primeiro modelo é o da França, os estudos favorecem a discussão sobre multiculturalismo respondendo ao processo educacional sobre as massas migratórias oriundas das colônias. Esse modelo apontou para a construção da perspectiva assimilacionista e integracionista, objetivando agregá-lo na cultura francesa de modo a aprender a língua e costumes (COLLET, 2001). No modelo francês, “o estrangeiro se assimila à sociedade acolhedora; ou em caso de não integração o indivíduo que não aceita a norma dominante da sociedade é marginalizado e excluído” (KOZAKAI e WOLTER, 2007, p. 24), caracterizando um modelo que aparenta uma tolerância com o sentimento de pertencimento, mas, contudo, defende a universalização da cultura dominante.

O segundo modelo europeu caracteriza o modelo anglo-saxão, desenvolvido na Inglaterra, expandido para os Estados Unidos, Austrália e Nova Zelândia, referindo-se à diversidade de imigrantes pobres que devem possuir políticas específicas para atender à “pluralidade” étnica e cultural, contudo, Sansone (2005) critica este modelo por acreditar ser excludente e seletivo com a população de migrantes pobres, e aponta que a base da política multicultural se dá por meio da ação do Estado e das escolas. Para Collet (2001), esse tipo de multiculturalismo apesar de defender o “respeito às minorias”, defende também a segregação, apesar da inserção na língua nacional.

Seguindo a proposição europeia, na América do Norte o multiculturalismo objetivou retratar o papel das políticas assimilacionistas para as populações de negros, indígenas e imigrantes (SILVA, 2001), iniciadas em fins do Século XIX e se consolidando até meados do Século XX com a defesa do reconhecimento do pluralismo, sob a alegação da valorização das especificidades culturais. Contudo, para a maioria dos estudiosos da questão o discurso da universalidade nega as diferenças econômicas e culturais que se opõem à realidade das classes e grupos que se encontram em situação de desigualdade perante o grupo que possui a

ideologia dominante. Nesse sentido, Canclini (2005, p. 17), define o multiculturalismo como “políticas que frequentemente reforçam a segregação”.

Nesse contexto, no qual é definido o multiculturalismo, incide a dominação de uma cultura sobre outra, como a valorização da cultura europeia, balizada no entendimento “evolucionista-biológica da diferença racial” (FLEURI, p. 23), negando os aspectos referentes às culturas do negro e dos indígenas e definindo-as como subalternas. Esse é o contexto de construção do multiculturalismo.

Dentre as diversas descrições que envolvem o debate sobre multiculturalismo, sobretudo quanto às implicações na educação, a análise de Vera Candau (2012) contribui para acrescentar a observação quanto ao multiculturalismo. A pesquisadora classifica-o em três perspectivas: o multiculturalismo assimilacionista que insere todos como iguais, de forma homogênea; o multiculturalismo diferencialista ou plural que valoriza as diferenças; e o multiculturalismo interativo, denominado interculturalidade, apresentando assim uma dimensão positiva. Assegura que a interculturalidade é o oposto do multiculturalismo, pois remete ao confronto, entrelaçamento entre culturas. Assim, colabora com ênfase na explicação de que a interculturalidade concebe “dois modos de produção do social: multiculturalidade supõe aceitação do heterogêneo; interculturalidade implica que os diferentes são o que são, em relações de negociação, conflito e empréstimos recíprocos” (CANCLINI, 2005, p.17), estando entrelaçados.

Essa abordagem é compartilhada por Romero (2003), no sentido positivo, por crer que a proposta de interculturalismo apresenta um discurso dialógico, e explica que o interculturalismo surge como resultado dos erros e fracassos do multiculturalismo que pretendia inserir todos de forma homogênea e hegemônica.

A discussão proposta por Silva (2001) também resulta de uma visão de dimensões positivas, de intervenção no favorecimento e reivindicações dos grupos subalternos e marginalizados.

No entanto, não é simples diferenciar entre esses dois conceitos, multiculturalismo e interculturalismo, visto que há também uma vertente crítica e revolucionária do multiculturalismo, propondo um esforço para de fato transformar as condições sociais, culturais e estruturais institucionais cujas representações perpetuam as opressões. Um dos expoentes dessa abordagem crítica na educação é Peter McLaren (2000) com o multiculturalismo crítico. A perspectiva do autor define

o Multiculturalismo Crítico como uma abordagem de resistência, como se observa a seguir:

“A perspectiva que chamo de multiculturalismo crítico compreende a representação da raça, classe e gênero como resultado de lutas sociais sobre signos e significações e, enfatiza não apenas o jogo textual, mas a tarefa de transformar as relações sociais” (MCLAREN, 2000, p.123).

O multiculturalismo de McLaren busca refletir sobre as lógicas que favorecem o eurocentrismo, lógica homogeneizante e consensual que busca focar no multiculturalismo de resistência que compreende a cultura como conflituada e de resistência, crendo que a perspectiva do multiculturalismo revolucionário represente lutas pelo reconhecimento das diferenças e pelo fim da exclusão social, não sendo livre de conflitos, pois existem diferentes forças sociais que às vezes se apoiam e por vezes se opõem.

Contudo, essas concepções são criticadas por outros estudiosos, refletindo sobre a universalidade dos direitos que o multiculturalismo interativo ou intercultural representa no plano teórico, considerando o “*empowerment*” das minorias étnicas e culturais. Esses evocam a relação entre identidade e igualdade, conceitos sedimentados como justos e universais que a sociedade impõe, porém, faz-se necessário observar que a forma hegemônica predomina de maneira imperceptível no discurso liberal, no qual os sujeitos são ao mesmo tempo “diferentes e iguais” (COLLET, 2006).

Nesse sentido, Boccara (2015) considera que o surgimento da proposição do interculturalismo ocorreu em um contexto progressista, acionado pelo pensamento antissistêmico dos indígenas no esforço de incorporar as demandas dos subalternos, contudo, o que ocorreu foi uma apropriação do discurso pelo Estado, denominado de campo etnoburocrático intercultural. Para esse autor, o termo vem sendo utilizado como retórica neoindigenista, servindo à dominação sobre povos nativos, em alusão aos projetos de etnodesenvolvimento no Chile.

Boccara aponta ainda alguns equívocos sobre a terminologia, dentre as quais denuncia que a interculturalidade vem sendo utilizada equivocadamente, como categoria analítica, servindo de retórica para projetos políticos que apregoam como os indígenas devem se comportar.

Para o campo da educação e da saúde esse debate é retratado com base nas políticas de Estado que utilizam o multiculturalismo e o interculturalismo de maneira homogeneizante para a afirmação do Estado Nacional, construindo o que Menéndez

(2016, p. 112) denomina de “una interculturalidad negociadora, como para promover incompatibilidades de todo tipo entre los pueblos originarios y la sociedad dominante”.

O Estado Brasileiro a princípio utilizou a negociação no intuito de harmonizar os conflitos, retirando símbolos que fossem reconhecidos por diferentes grupos étnicos. Contudo, a cultura dominante no caso do Brasil e dos demais países latino-americanos é referenciada no paradigma europeu, consolidada pelo processo migratório iniciado nos séculos XIX e XX, tendo como elemento a relação de subordinação dos diferentes grupos à dominação “branca”.

Assim, ‘o Estado apropriou-se de elementos referentes às tradições, de forma a amalgamar todos em nome da cultura nacional, retirando alguns elementos e negando outros, mesclando-os de maneira singular, de forma a referendar os valores da sociedade europeia na construção de uma identidade. Silva (2001) destaca que essa construção é marcada por lutas de caráter étnico entre grupos que almejam a soberania de seus territórios e de seus valores, forçada a hegemonia política e cultural em nome do nacional.

## **1.2. A interculturalidade na educação e na saúde indígena na América Latina**

O debate sobre interculturalidade na América Latina é amplo e tem uma produção significativa em termos de educação, no entanto, no campo da saúde a discussão é escassa, poucos autores enveredam na proposição da interculturalidade e saúde. Observa-se como essa vem sendo defendida pelos Estados latino-americanos ao longo das décadas devido à inspiração no discurso norte-americano sobre as populações indígenas e afrodescendentes.

Apesar dessas dificuldades, a concepção de interculturalidade para povos indígenas e tribais está presente nas proposições da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e na Constituição de 1988, e vem sendo utilizada como referência pelas políticas públicas que envolvem povos indígenas.

Historicamente, na década de 30 do Século XX, a proposta de educação intercultural de inspiração norte-americana foi mais forte (COLLET, 2001). Tinha como fundamento o bilinguismo, compreendendo o estudo das seguintes disciplinas: filosofia da educação indígena, sociologia rural, administração da escola indígena, corte e costura, psicologia racial, agricultura, línguas Sioux e Navaho, antropologia, saúde e higiene mental. Entretanto, no século passado esse projeto não sobreviveu

nas décadas de 40 e 50, só sendo retomado no final da década de 1960, tendo essa discussão ganhado força nas lutas pelo reconhecimento de minorias nos anos 70 (COLLET, 2006).

A retórica inspirou a construção de projetos educativos na América Latina descritos como interculturais a partir da década de 1960. Sendo esses implantados por meio de políticas que defendiam a educação bicultural para envolver culturas indígenas e ocidental-europeias (SILVA, 2001). Nos anos 1980, o termo interculturalismo passou a designar educação bilíngue, considerando o contexto sociocultural dos alunos. São encontrados vários termos para educação intercultural: “etnoeducação (Colômbia), educação bilíngue (Bolívia), educação bilíngue bicultural e educação intercultural bilíngue (Guatemala)”, como representativos de propostas da América Latina (SILVA, 2001, p.122).

Dentre as primeiras experiências pode-se citar o pioneirismo do México, onde financiamentos de grupos econômicos norte-americanos passaram a atender programas bilíngues e interculturais. No México, a política de educação intercultural e bilíngue teve o apoio do Summer Institute of Linguistics (SIL), depois foi introduzida em outros países inclusive no Brasil por intermédio de convênios entre esta instituição e a Funai. Ressaltando que esse modelo pretendia a integração dos indígenas aos Estados Nacionais e o aprimoramento do processo assimilacionista (COLLET, 2001).

A língua indígena passou a ser o centro da política de educação escolar indígena no México. Através da “valorização” da língua materna, com o incentivo ao seu estudo e à produção de material didático específico e, também, a partir da alfabetização da população indígena, pretendia-se, aos poucos, ir introduzindo a língua espanhola nesse meio. Dessa forma, o governo mexicano abriria canais de comunicação com esses povos, para implementar seu projeto de integração e desenvolvimento nacional (COLLET, 2001, p. 26).

Todavia, o projeto de educação intercultural e bilíngue mexicano lidou com profissionais capacitados sem formação para este tipo de projeto, e o fato de missionários batistas terem assumido a função de professores por meio do SIL representou a negação do debate intercultural e favoreceu o etnocentrismo. Havia a preocupação com a língua no sentido de favorecer a tradução da Bíblia para as línguas indígenas e o desenvolvimento da cultura cristã.

Sobre o projeto mexicano, Collet (2006, p. 15) aponta que “o Summer formou muitos linguistas e agentes não-missionários, que viriam a trabalhar em diversos



projetos voltados para a educação bilíngue”. A valorização das línguas indígenas nos processos educacionais (bilinguismo) foi considerada preponderante em detrimento de uma discussão mais ampla da interculturalidade que envolve também outros aspectos.

Sobre educação bilíngue e intercultural, Tubino (2005) discute duas dimensões: a primeira refere-se à interculturalidade denominada funcional que representa um modelo neoliberal, sendo apropriada pelos Estados na América Latina. A segunda dimensão é a crítica, que apresenta possibilidades de ser flexível e manter as diferenças numa perspectiva que considere o diálogo entre as culturas de forma simétrica, avaliando as questões econômicas, políticas e sociais que contribuem para a inclusão ou a exclusão.

Para Tubino (2005), a educação bilíngue e intercultural tem sido discriminadora, no caso do Peru, onde o Estado abraçou esta perspectiva; a população andina que recebe este tipo de educação tem sido desrespeitada e mantida à margem da pobreza extrema, concebida pela dominação do capitalista. Aponta que esse modelo na Bolívia é definido como neoliberal. Contudo, pondera que na Amazônia ele tem sido celebrado com simpatia, visto que as populações reivindicam o direito às diferenças e às suas identidades.

Na saúde, a proposição da interculturalidade foi impulsionada por movimentos indígenas, por intelectuais e por instituições e profissionais da área. Observando que a discussão de saúde intercultural está alicerçada no crescente papel político da antropologia por relacionar-se a aspectos que envolvem a compreensão das culturas quanto à saúde/doença.

Dentre os autores críticos desse debate, Menéndez (2003, 2006, 2016) materializa reflexões e indagações que retratam a discussão de interculturalidade na saúde com base na relação entre biomedicina, medicina tradicional e autoatenção ou autocuidado. Para o autor, é possível detectar e construir perfis epidemiológicos em conjuntos sociais e em sociedades originárias como os povos indígenas que utilizam esses conhecimentos tradicionais. O processo intercultural em saúde considera similitudes mais do que diferenças entre biomedicina e medicina tradicional, no entanto, este contexto é conflituado e não estudado pela antropologia ou pelos defensores da medicina tradicional.

Dessa forma, Menéndez ressalta que a hegemonia do modelo biomédico subordina e subalterniza a medicina tradicional e que existe uma teia de

micropoderes que infere na relação saúde/doença/atenção e prevenção. A relação estabelecida é assimétrica entre equipe de saúde e paciente, em que o sujeito se subordina a uma lógica dominante. Assim, o empoderamento dos povos originários passa pela discussão não monolítica dos conhecimentos tradicionais e ocidentais, o debate centra-se na avaliação entre os encontros e desencontros que esta relação estabelece quanto ao processo saúde-doença.

O estudo de Menéndez (2003) no México sobre as populações rurais de Yucatán e Guanajuato, é construído com base em uma abordagem denominada sociocultural. Esse autor sugere a leitura sobre as racionalidades a serem analisadas quanto ao processo de atenção à saúde/ doença e seus diferentes tipos de tratamento, verificando suas formas de cura. Defendendo uma autonomia e uma maior compreensão das relações culturais e interculturais, problematizando que os estudos focam apenas no simbólico em detrimento das mudanças históricas, do processo de historicidade.

Menéndez (2003) reflete a respeito das transformações que se apresentam e influenciam novas formas terapêuticas de autocuidado, retratadas nas crenças, usos de ervas, entre outras que fazem parte de novas constituições resultantes do processo intercultural em saúde, ressaltando que já existem combinações entre a biomedicina e as medicinas tradicionais ou étnicas que se inserem na formação de profissionais. Essas interações e inter-relação de saberes se constituem em formas que se apresentam como resultado da intermedicalidade (NOVO, 2008).

Nesse estudo, Menéndez (2003) ressalta que as populações tradicionais utilizam modelos tradicionais e biomédicos ao mesmo tempo, sendo um caminho cada vez mais praticado por estes e por indígenas que entram em contato com os padrões biomédicos. No entanto, esse autor problematiza que as políticas de saúde intercultural implantadas no México redundaram em fracassos pela forma como foram interpretadas, considerando apenas as dimensões positivas, negando a existência de conflitos e interações.

Sobre a experiência de saúde intercultural no México entre os anos de 1980 a 1990, o estudo de Menéndez (2016) aponta algumas questões que contribuem para a reflexão de modelos interculturais, moldados pelas agências de saúde pública e por organizações não governamentais que redundaram em fracassos e colapsos. O autor destaca equívocos na construção de modelos interculturais pensados sem a participação da comunidade. Isso favoreceu treinamentos de pessoal em moldes

biomédicos, com a justificativa da medicina tradicional baseada em pressupostos teóricos e ideológicos que não consideravam os atores sociais e seus objetivos. Havia ainda um desconhecimento de diferenças cosmológicas e desigualdades socioeconômicas e étnicas que têm implicações sobre o processo saúde, doença e atenção.

Um dos destaques para o fracasso desses modelos que implicou a ineficiência de projetos interculturais relaciona-se à perspectiva de avaliação da interculturalidade como monolítica e homogênea entre os grupos étnicos e a sociedade ocidental, considerando-se que as cosmovisões indígenas não são estáticas. Nesse caso, é necessário pensar as diferenças, as semelhanças e as transformações resultantes do processo.

Menéndez (2006) propõe a análise das racionalidades envolvendo a interpretação sobre os processos culturais diante do fato de estarem em constantes mudanças, como também por manterem permanência de profundidade histórica, lembrando que os processos interculturais existem sempre que temos as sociedades em contato.

Essa é uma concepção muito debatida na antropologia médica, destacado por Menéndez (1994, p. 71) na discussão da influência dos processos estruturais nas doenças, considerando que estes fazem parte de um todo e que são resultados de representações e práticas. O autor ressalta que os sistemas sociais influenciam nas formas de viver, tratar e erradicar as doenças por intermédio de seus conhecimentos: “[...], en consecuencia, dichos sistemas y conjuntos sociales no sólo generarán representaciones y prácticas, sino que estructurarán un saber para enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos”.

A experiência do México forneceu subsídios apontados por Menéndez quanto à crença que entre os curadores tradicionais não há conflitos, e que na comunidade existe apenas harmonia. Alerta para o fato do desaparecimento dos modelos tradicionais, dos xamãs, também se deve à violência estrutural que envolve os indígenas. E a dominação da biomedicina que aos poucos envolve os curadores tradicionais nas tarefas de educação em saúde. Menéndez propõe que a interculturalidade centre-se no autocuidado e autoatenção, no sentido de favorecer a permanência da medicina tradicional diante da possibilidade do desaparecimento dos xamãs e curadores tradicionais.

No Chile, podemos citar o trabalho de Alárcon et al. (2003) que discutem a interculturalidade por meio das contribuições da antropologia médica para compreender o processo saúde/doença em suas dimensões sociológica, biológica e cultural na sociedade contemporânea, sugerindo que as diferenças étnicas e culturais podem se tornar uma barreira para a compreensão da saúde.

O modelo sociocultural confere formas internas para o desenvolvimento da conceituação em saúde especialmente quando se refere a grupos tradicionais. Ressalta-se que o antagonismo entre os sistemas biomédicos e étnicos não surge apenas com base em diferenças de seus modelos explicativos, mas principalmente é fruto da dominação social de um sobre outros (SOUSA et al., 1998; ALARCÓN. M et al., 2003; MENÉNDEZ, 2003).

Alárcon et al. (2003) apontam as transformações na explicação de modelos biomédicos e tradicionais, visto que novas tecnologias são incorporadas de acordo com as especificidades dos usuários. É necessário buscar as semelhanças interculturais em vez das diferenças.

Por ejemplo, tanto la biomedicina como las culturas médicas tradicionales experimentan transformaciones en sus modelos explicativos de enfermedad, incorporan nuevas tecnologías al proceso terapéutico y recrean roles profesionales, técnicos o empíricos para abordar aspectos específicos de salud de los usuarios (ALÁRCÓN et al., 2003, p.1062).

Essas representações também sofrem modificações em relação ao contexto intercultural, influenciadas pela relação de hegemonia e subalternidade no trato das questões sobre saúde, doença e atenção, considerando ainda as questões de ordem política, econômica e social que influenciam principalmente a população pobre e excluída como os grupos étnicos em especial.

Esses debates favoreceram a ampliação do diálogo sobre a participação comunitária e a defesa das concepções de interculturalidade na saúde, sendo então que, em 2005, o Departamento de Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde no Primer Foro Nacional De Salud De Los Pueblos Indígenas em San José, Costa Rica, afirmava as perspectivas apontadas anteriormente como: “considerar os conceitos de saúde e doença da população e os aspectos intersetoriais de seus determinantes; ser construído coletivamente a partir de um processo de planejamento participativo; possuir instâncias de controle social formalizados em todos os níveis de gestão” (MORAIS, 2005, p. 8).

### **1.3. A interculturalidade nas políticas de educação e saúde indígenas no Brasil**

No Brasil, Macedo (2006) ressalta que historicamente a atuação do Estado tem negado as culturas, impondo de forma autoritária o modelo liberal e iluminista de supostos respeito e igualdade. Essa discussão aponta para a necessidade de reelaboração dos sistemas e significados culturalmente construídos nas políticas educacionais e de saúde, pois estas muitas vezes foram impostas com base em referenciais culturais hegemônicos, excluindo as referências culturais de pertencimento dos diversos grupos sociais, tornando os indígenas “incluídos” numa perspectiva hegemônica, mas de exclusão de suas referências culturais e de pertencimento.

O desenvolvimento e articulação dos movimentos sociais forçaram mudanças de paradigmas quanto às políticas de Estado. Um fator importante destacou-se no final dos anos 80 do século passado pela Organização Internacional do Trabalho, no Convênio 169, que estabeleceu uma parte da discussão quanto aos Direitos dos Povos Indígenas à Educação diferenciada, sendo a maioria dos países latinos membros desta convenção e obrigados a propor políticas de educação intercultural e bilíngue.

Como comenta Sousa (2004, p.2) quanto à educação intercultural: “[...] o interculturalismo prevê uma troca interrelacional e, na escola, é comumente entendido como um projeto educacional, e, portanto, planejado, para se relacionar com o Outro, o diferente”. As propostas educacionais interculturais necessitam da interação respeitosa para o reconhecimento dos atores sociais, não sendo necessariamente pensadas desta maneira nas políticas educacionais.

Apesar disso, a construção de um modelo de educação intercultural no Brasil aconteceu via Funai na década de 1970 do século passado por meio de projetos desenvolvidos pelos SIL ou Summer Institute of Linguistics. Na perspectiva de envolver os indígenas em um processo civilizatório, inseri-los nos costumes da sociedade nacional, defendendo a preservação de suas tradições de modo a manter sua cultura, mas como algo do passado.

De acordo com Paladino e Almeida (2012), O SIL na década de 1970 tinha o monopólio da educação indígena oficial de base linguística no Brasil, editando “gramáticas e dicionários de mais de 40 línguas indígenas, assim como material didático para ser utilizado nas escolas indígenas. Além de edições da Bíblia, do

Novo Testamento etc.” introduzindo também a religiosidade e valores ideológicos assimilacionistas.

Nesse cenário do Ministério da Educação e Cultura (MEC), Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e das Secretarias de Estado de Educação, algumas ONGs e organizações religiosas colocaram como necessidade a criação de escolas com professores indígenas e materiais de leitura em línguas indígenas.

A perspectiva do Estado na afirmação da discussão intercultural como legislação se apresenta na constituição dos Referenciais Curriculares Nacionais para as Escolas Indígenas (RCNEIs), documento elaborado para e pelo Ministério da Educação (MEC) em 1998, contendo princípios e diretrizes nacionais para as escolas indígenas que, de acordo com o Ministério da Educação, tratam de um novo paradigma educacional de respeito à interculturalidade, ao multilinguismo e à etnicidade. Essas políticas estão justapostas pelas proposições referentes ao Decreto Presidencial 26/91, em articulação com as secretarias estaduais e municipais de educação, atendendo à Constituição de 1988, na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, no Plano Nacional de Educação e na Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho. Contudo, essa legislação tem sido frequentemente questionada quanto a práxis implantada nessas escolas, retratada em diferentes trabalhos (COLLET, 2001, 2006; PALADINO e ALMEIDA, 2012; GRUPIONI, 2006).

Os ensaios que colaboraram para a construção dos Referenciais Curriculares Nacionais aplicados à educação indígena foram construídos com a participação de ONGs, de indígenas e de professores universitários. Esses enfocam a noção de cultura como subjacente à noção de interculturalidade, e neste sentido, Collet (2006) ressalta a dicotomia dos modelos, visto por parte dos indígenas como excludentes por ressaltar a dimensão da diferença e não promover a igualdade.

Se por um lado, grande parte dos grupos indígenas vêem a educação intercultural como forma de inserção na sociedade e economia nacionais, por outro lado, há os que sentem nesse tipo de proposta uma visão discriminatória e excludente, estes últimos querem a escola da aldeia nos mesmos moldes da escola do branco, com o mesmo material e os mesmos conteúdos curriculares. A proposta intercultural, na qual a cultura e a língua indígena fariam parte da educação escolar, interagindo com o conhecimento do branco, contribuiria, segundo eles, para os índios serem tratados, cada vez mais, como diferentes, uma diferença vista como exclusão.

Essa dicotomia apresentada na escola indígena é analisada por Tassinari (1995) baseando-se em duas perspectivas: 1) “ora como espaço ocidental que ameaça a sobrevivência indígena”, sendo assim, seu papel apresenta-se como dominação e subordinação; 2) “ora como espaço ressignificado de acordo com a cultura indígena”, e também como “espaço interétnico que reinventa a cultura”. Nesses últimos casos corrobora as determinações e transformações, levando o sujeito a refletir diante das perspectivas de acordo com as suas necessidades e valorização de seus aspectos culturais.

A avaliação de Teixeira e Lana (2011) na perspectiva na construção do currículo intercultural, considerando que ele ainda não aconteceu, a sala de aula traz temáticas entediadas e sem o diálogo com a comunidade.

Sousa (2004) discute a interculturalidade como um projeto educacional para o reconhecimento do Outro, podendo acontecer na escola, mas não apenas nesta instituição. Para essa autora, a busca de uma educação mais cidadã depende de todos e todas as instituições sociais. Sobre os conteúdos escolares, a autora, num trabalho de pesquisa anterior e juntamente com colaboradoras, defende o debate das práticas populares em saúde que não são contemplados nas escolas, conseqüentemente, empobrecendo o currículo escolar, e as autoras discutem que o ensino formal deveria tratar de temas e práticas de saúde que são parte da sociedade (Sousa et al., 1998).

No campo da saúde indígena, a retórica do Estado opera com “as ideias de diversidade cultural, interculturalidade e protagonismo indígena” (FERREIRA, 2015, p. 2017), resultantes do desencadeamento propiciado pela Constituição de 1988. De fato, a constituição brasileira de 1988, nos artigos 231 e 232, reconhece aos povos indígenas as especificidades étnicas e culturais, bem como estabelece seus direitos sociais. Acredita-se que essas conquistas resultam da força da atuação de lideranças indígenas na Constituinte dos anos 80 do século passado, contexto que possibilitou o desenvolvimento de uma legislação específica para os povos indígenas.

O reconhecimento dos direitos dos povos originários às suas terras preconiza políticas sociais diferenciadas e adequadas especificidades culturais, com a autorrepresentação jurídica e política e a preservação de suas línguas e culturas. Tais avanços constitucionais repercutiram positivamente na política indigenista e na sociedade brasileira, permitindo um tratamento diferenciado às minorias étnicas pelo

poder público, concebendo como um direito e não uma concessão (GARNELO, 2012).

Dentre os desdobramentos da legislação, a criação do subsistema de saúde indígena promoveria a organização de espaços culturais próprios, redundando na constituição de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), regidos pela Política Nacional de Saúde Indígena (PNASPI).

O modelo de Distrito Sanitário Especial Indígena foi pensado para ser dialógico, envolver a participação dos setores civil e governamental, observado por Erthal (2005):

Esse debate articulou campos diferenciados, entrelaçando conceitos da nova geografia de Milton Santos (território-processo), do planejamento estratégico-situacional de Carlos Matus que alia a responsabilidade governamental com a participação da sociedade civil, a política da governança com o conceito holístico do processo de saúde/doença (ERTHAL, 2005, p. 212).

De acordo com Gondim et al. (2008), essas são consideradas dimensões interculturais e se encaixam na discussão de espaço e território socioculturais, emprestados da Geografia e podem congregam aspectos diversos, visto que:

“Os espaços são conjuntos de territórios e lugares onde fatos acontecem simultaneamente, e, suas repercussões são sentidas em sua totalidade de maneiras diferentes. Cada fato é percebido com maior ou menor intensidade de acordo com a organização sócio-espacial, cultural, política e econômica de cada população que habita e produz cada um desses lugares. Essa multiplicidade de territórios e lugares modifica a percepção das pessoas sobre os riscos distribuídos espacialmente” (Gondim et al., 2008, p. 1).

Giddens (2003) referindo-se à discussão do espaço-tempo e regionalização, considera que os espaços locais oferecem cenários interativos, sendo estes essenciais para o intercâmbio, no sentido de especificar sua contextualidade. Essas interações representam um espaço interdisciplinar, observando que as estruturas sociais emergem dessa influência mútua e representam intencionalidades que dependem do tempo e do espaço, podendo ser restringidas em sua ação cotidiana.

Dessa forma, colabora para o que Ferreira (2015, p. 218) considera como política de “permanente negociação entre os diferentes agentes socialmente posicionados no campo da saúde indígena, não há consensos sobre os sentidos que informam alguns dos princípios instituídos”, referindo-se aos princípios apontados pela mesma como a noção de atenção diferenciada à saúde indígena, articulação dos serviços aos sistemas tradicionais de saúde e a interculturalidade.



Nesse sentido, os Agentes Indígenas de Saúde apresentam-se como referências quanto à expectativa de interpretar o processo de saúde da população, ou seja, apresentam-se como elos entre os serviços de saúde e os sistemas tradicionais de saúde indígena, tendo ainda relação com a orientação de um espaço sociocultural, geográfico e administrativo.

Porém, inseridos nos distritos sanitários especiais indígenas de saúde, vivenciam a conjuntura que representa diversas formas de atuação de poder, no contexto das esferas institucionais e sociais que se inter-relacionam (GIDDENS, 2003), seguindo caminhos com enfoques contraditórios, no sentido de atender à diversidade sociocultural em saúde e às proposições diferenciadas, representando situações que contrastam a concepção do modelo biomédico do sistema público vigente com a pluralidade de conhecimentos tradicionais em saúde e as diversas formas de abordagens propostas pelos povos indígenas.

Seguindo essa lógica, na retratação do modelo de saúde vigente, Pellon e Vagas (2010) advertem que para se pensar a saúde de maneira plural deve-se ampliar os conceitos de saúde/doença e cultura, de forma inter e transdisciplinar, apoiando as diferenças e a pluralidade.

Refletindo sobre os enfoques da saúde indígena e sobre a diversidade, o estudo de Langdon (2004b) destaca aspectos da Política de Atenção à Saúde Indígena e questiona as transformações da saúde indígena desde o surgimento no início do Século XXI, refletindo sobre o conflito de definições quanto à articulação entre modelos biomédicos e tradicionais, aponta que estes encontram resistências no nível da atuação dos distritos sanitários, onde se estabelecem relações assimétricas entre o conceito de saúde ocidental e os diversos conceitos de saúde entre os povos indígenas, exemplificados na premissa do respeito às concepções de saúde e doença e às práticas de cada povo, ressaltando o papel de seus especialistas, no caso dos Xamãs, e seus conhecimentos e como se concebem e valorizam os sistemas simbólicos.

Considerando-se as complexidades, Langdon (2001) comenta sobre a exigência de uma postura mais adequada dos governos latino-americanos no reconhecimento da medicina indígena, bem como de seus fitoterápicos e sua cosmologia. Explica que a legislação é fruto das lutas dos indígenas para fortalecer suas perspectivas de etnicidade e especificidades, o que demanda uma política intercultural. Todavia, acredita que essas são dominadas pela racionalidade

científica quanto ao cotidiano de serviços, envolvendo lideranças indígenas e profissionais de saúde. Observa que as relações na saúde são assimétricas e permeadas pelo poder da comunicação, ponderando que as práticas da saúde indígena desconsideram as diferenças e as pluralidades dos sistemas de saúde indígena.

Avaliando a proposição da atenção diferenciada, Diehl et al. (2012, 2014) focam sua análise na formação dos profissionais da saúde, para concluir que existe um despreparo dos que atuam em contextos interculturais, e apontam a estratégia de formar Agentes Indígenas de Saúde como desconectada, pois, esta abordagem é realizada de forma assimétrica, contribuindo para a desigualdade entre os povos indígenas e a sociedade ocidental.

Ponderando sobre a gestão da saúde indígena, Garnelo (2012) discute as ações como contraditórias, dentro da política neoliberal, pois acredita que a destituição do protagonismo dos indígenas ocorreu com a implantação de convênios que terceirizaram e municipalizaram as ações de saúde, redundando em uma baixa eficiência e no enfraquecimento do controle social, interferindo no modo de pensar interculturalmente as ações para os indígenas.

Sobre a participação política dos indígenas, Erthal (2005) observou em seu estudo sobre os Tikunas do Alto Solimões que muitas vezes sua atuação tem servido tanto para legitimar as políticas de Estado frente às populações quanto para a utilização pelos indígenas, de disputa de poder político, ou mesmo o controle do destino de verbas públicas.

Discutindo as dimensões interculturais da formação dos Agentes Indígenas de Saúde, Pontes et al. (2012) criticam as formações por seu cunho centrado quase que exclusivamente nas doenças frequentes, e questionam a necessidade de os profissionais avaliarem melhor as concepções indígenas sobre o processo saúde/doença, ressaltando a importância da valorização do conhecimento tradicional. Refletem sobre a relação que se estabelece entre Agentes Indígenas de Saúde e equipes multidisciplinares no processo de formação e atuação da saúde indígena, lembrando que “As realidades descritas na literatura também são marcadas pela ausência de propostas formativas para todos os membros da equipe multidisciplinar, capazes de contemplar as especificidades culturais dos povos indígenas” (PONTES et al., 2012, p. 276).

Pontes e Garnelo (2014) em suas reflexões avaliam a importância da articulação entre saberes indígenas e conhecimento científico na discussão dos processos de saúde e doença e políticas de saúde, porém observam que este percurso tem sido conflituado devido à negação das práticas indígenas. A superação passa por considerar a construção de um modelo de vigilância em saúde culturalmente adaptado à realidade indígena, pois o conceito de interculturalidade na saúde é construído pelas relações de hegemonia/subalternidade, havendo conflitos entre a medicina tradicional e a biomedicina.

Discutindo o aspecto metodológico das formações dos Agentes, Novo (2010) ressalta que a abordagem centra-se na perspectiva da interculturalidade e/ou da intermedicalidade, pois existem duas formas de se pensar a saúde: do ponto de vista do sanitarismo, ressaltado pelos cursos locais e pelos profissionais que atuam nas equipes de saúde; e a que discute “as concepções internas às sociedades indígenas com suas terapêuticas tradicionais vinculadas à cosmologia, à organização sociopolítica e ao ethos local”. Todavia, essa última ressalta ainda as “ressignificações que são feitas dos elementos provenientes da medicina ocidental”, contudo, sua atuação se apresenta como restrita, devido à dominação biomédica imposta tanto pelo modelo de formação como de interpretação da saúde indígena.

Dessa forma, Jean Esther Langdon (2004b) alerta para a interpretação dos modelos biomédicos pelos indígenas, refletindo sobre a importância da relação entre saúde e antropologia, destacando que o conceito de intermedicalidade e de autoatenção é importante para a compreensão da relação dos modelos de medicinas tradicionais e destes com os modelos biomédicos, visto que os povos indígenas reinterpretam os diversos aspectos em saúde com base no contato interétnico.

Os conhecimentos adquiridos com a sociedade não indígena, por intermédio de igrejas e comunidades, mesclados a contextos próprios, internos dos povos indígenas, informações sobre o uso de plantas tradicionais utilizadas por ambos, influenciam as concepções dos AIS, são processos interculturais presentes nas práticas de autoatenção, que se apresentam junto aos indígenas (LANGDON e DIEHL, 2007; AYRES, 2006; NOVO, 2008, 2010, LINK, 2016) e ainda resultados de múltiplos sistemas terapêuticos. Representam a conjuntura da saúde indígena baseando-se na discussão que incorpora várias tradições, definida como intermedicalidade, nas quais saberes tradicionais e práticas de autoatenção são

apropriados como negociações interculturais, resultando em medicinas híbridas (LANGDON e DIEHL, 2007, NOVO, 2011). No entanto, para as equipes multiprofissionais os AIS são apenas interlocutores entre a medicina tradicional e a biomedicina, no sentido do repasse de conhecimentos biomédicos.

Outros elementos se inserem na discussão, tais como um estudo sobre o funcionamento da atenção diferenciada entre os Guarani Mbyá de Aracruz (PELLON e VARGAS, 2010) e todo o processo de interculturalidade; destaca a ausência do Estado e a permissão de atuação religiosa dentro da área indígena. Um dos contextos confronta as casas de rezas (Opy) comandadas pelo Karai (Xamã) e a inserção de rituais pentecostais. Assim, como transitam entre conjunturas religiosas diferentes, também utilizam modelos tradicionais e biomédicos de forma complementar, salientando que este processo não existe sem o conflito.

#### **1.4. Abordagens e inserções em Medicina Tradicional Indígena**

A discussão de medicina tradicional surgiu no contexto da Organização Mundial de Saúde, que a compreende como uma totalidade de práticas e conhecimentos sobre saúde, usados “para manter o bem-estar, além de tratar, diagnosticar e prevenir as enfermidades” (OMS, 2002, p. 7).

A medicina tradicional indígena está inserida no contexto sociocultural, representando os conhecimentos e as práticas indígenas quanto às lógicas de mundo presentes no processo saúde/doença. Essa discussão vem sendo apontada desde os anos 70 do século passado pela Organização Mundial de Saúde e Organização Pan Americana (OPAS) “como recursos a serem considerados na organização local da atenção primária à saúde, de modo a colaborar para a melhoria da saúde das comunidades e populações” (FERREIRA, 2012, p. 266).

Dessa forma, o Brasil como signatário referendou a proposição e definiu pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas a perspectiva de atenção integral a saúde, reconhecendo as especificidades étnicas e culturais dos povos indígenas, propondo a articulação com os "sistemas tradicionais indígenas de saúde" (BRASIL, 2002, P. 6), residindo na proposição de interação de sistemas.

Entretanto, várias denominações são utilizadas para a discussão em saúde na América do Norte, onde assume-se a denominação de etnomedicina. Esse modelo avalia a doença como resultante de desenvolvimentos culturais autóctones sem relação conceitual da medicina moderna. Para alguns, a etnomedicina não representa nem o enfoque biomédico, nem o enfoque tradicional na interpretação da doença, ou ainda podendo ser uma interpretação biomédica holística.

Buchillet (1991) considera que o conceito de etnomedicina está relacionado muito mais à antropologia do que à medicina, implicando a metodologia de avaliação da doença de como considerar aspectos relevantes para campos antropológicos e não médicos, devido ao estudo das representações que distinguem as causas das doenças no aspecto sociocosmológico. Sobre as representações que assumem as doenças entre as sociedades tradicionais, Buchillet (1991) justifica que:

“Assim, se como na biomedicina toda desordem, toda doença precisa ser explicada, a interpretação de uma desordem corporal, biológica nas sociedades tradicionais faz-se sempre em referência às regras sociais, culturais; em poucas palavras, a uma organização social, religiosa ou simbólica específica. O que não significa, como veremos, a ausência de um saber elaborado concernente à doença orgânica (BUCHILLET, 1991, p.25).

A discussão sobre o conceito de doença se apresenta como se houvesse um anacronismo entre as diferentes formas de pensar a saúde, no entanto, o que difere uma da outra são as definições das causas; uma define como sendo de origem racional, outra mítica e religiosa. Porém, todas as doenças prescindem de uma causa. No Oriente, como na China, a definição de doença pode ser classificada por as causas emocionais ou influências naturais. Assim, Buchillet (1991) chama a atenção para a discussão que enfoca o debate sobre o processo de constituição das doenças, apontando a importância do conceito de itinerário terapêutico para o diagnóstico de doenças.

O conceito de "itinerário terapêutico" contribui para a compreensão de desordens causadoras de doenças, favorecendo o tratamento. Nesse caso, é importante conhecer todas as possíveis causas das doenças com base em “diferentes interpretações (paciente, família, comunidade, categorias de curadores etc.) e curas” (BUCHILLET, 1991, p. 28).

Para Buchillet (1991), é possível compreender a racionalidade tradicional não apenas em suas dimensões mítico-religiosas, mas também empírica e

racionalmente, pois o tratamento com ervas e plantas tem racionalidade científica, não havendo tantas contradições entre a medicina tradicional e a biomedicina.

#### **1.4.1. Modelos tradicionais em saúde no Purus**

Atualmente, entre os indígenas do Acre e do Purus tem-se fortalecido o desenvolvimento de iniciativas em medicinas tradicionais na busca de afirmação de perspectivas em saúde.

Dentre os destaques, uma das possibilidades apontadas está a iniciativa Huni Kuĩ de construção de “farmácias vivas” (IKA MURU, 2011), que busca retratar as terapêuticas indígenas, sua constituição e mitologia. Essas estratégias são somadas ao conhecimento tradicional que retrata a perspectiva do uso do rapé, kambô, Ayahuasca rezas e banhos, entre outros aspectos de conhecimento restrito.

Os aspectos da saúde ou doença para os povos indígenas são associados à quebra de regras alimentares, proibições quanto ao consumo de certos animais. Os espíritos <sup>3</sup> são os que dão a vida e acarretam a morte, sendo assim, responsáveis pelas doenças. Os Xamãs por meio de cantorias, do consumo do rapé, da Ayahuasca ou outra substância podem se comunicar e receber a orientação para a cura, mas também podem causar mortes pelas feitiçarias, como no caso Madja, em que seus Pajés são considerados os mais temidos (CUNHA, 1998), o Zupinehe (Xamã) pode lançar o Dori. Cerqueira (2015, p. 123) descreve o xamanismo entre os Madja em:

Três manifestações rituais de poder: o rito doméstico, o Ramikha Ahie'e e o Tokorimekha Ahie'e. O primeiro, do qual participam mulheres e zupinehe, se configura como a primeira instância de curas Xamânicas. O segundo, do qual participam vários homens, não se destina necessariamente à cura do zupinehe, mas se constitui como ocasião privilegiada para este tipo de cura. No terceiro, espíritos vêm até a aldeia para cantar com as mulheres e curar os doentes. Esclareceremos então o valor de algumas substâncias que se evidenciam através destas descrições e da explicação que os Kulina fornecem destes tipos de eventos. Trata-se de identificar as agências do tabaco, em seus diversos modos, da bebida de ayahuasca e dos diferentes tipos de cantos, como concebidos pelos Kulina (CERQUEIRA, 2015, p. 123).

Cunha (1998) retrata o xamanismo na Amazônia, discutindo os aspectos diferenciados pelas culturas Huni Kuĩ, Ashaninka, Katukina e Yawanawa do Rio

---

<sup>3</sup> Entre os Huni Kuĩ, o espírito dá origem a todos os seres, considerando que os originais são Yuxibu e o Yuxin, espíritos que parecem representar o nascimento e a morte (IKA MURU, 2011).

Gregório. Apontando que muitas técnicas e conhecimentos se cruzam entre os indígenas, e mesmo se redefinem com base em contextos interculturais, contudo, explica que o Xamã detém o poder de conhecer e fazer contato com os espíritos. Faz essa distinção baseando-se em uma análise histórica. A empresa seringalista impôs o domínio sobre seringueiros e indígenas, usando uns contra os outros. Os Xamãs utilizaram seus conhecimentos como afirmativa diante das transformações.

Silva (2008) resgata a fala de profissionais e indígenas nas oficinas de ouvidoria realizadas pela EMMR sobre referências culturais na saúde. Os participantes comentaram sobre o uso do gongo do patoá, que é retirado na lua cheia, utilizado para tratamento da pneumonia. Apontando que os indígenas só procuram os médicos em caos de desconhecimento da doença.

Dessa forma, é importante reconhecer a importância de verificar a atenção diferenciada que se confronta com o preconceito presente na rede pública no atendimento aos indígenas. De modo geral, os profissionais não indígenas não compreendem as questões religiosas que os indígenas identificam como a causa das doenças. Outro exemplo foi descrito nas oficinas de ouvidoria:

Lembro de uma comunidade que visito muito e 30% da comunidade toma remédio controlado, tarja preta. As adolescentes têm convulsões e elas atribuem a espíritos e naquele lugar especial eram feitos sacrifícios. Isso ocorre porque vão ao médico da cidade que receita esses remédios. Acho que essas questões, o AIS não visualiza esses conflitos internos e, na minha visão, é o que causa os problemas psicológicos e tomam esses remédios que fazem eles sair da realidade. Talvez o AIS tenha que ter noção de psicologia (OT, *apud* SILVA, 2008, p.73).

A Política de Atenção à Saúde Indígena é referendada pela participação dos indígenas no controle social, referindo-se à instância de planejamentos e participação, o que deveria definir uma situação intercultural. Como observado por Langdon e Diehl (2007), essa política não tem sido eficaz, visto que a discussão é burocrática, institucional e nega a autonomia aos indígenas, que por sua vez, não compreendem a dinâmica em que estão inseridos. Na prática, a incompreensão também é agravada pelo fato de os conselheiros serem substituídos por questões políticas internas com frequência devido a interferências políticas entre a gestão da saúde indígena e as discussões internas nas comunidades.

## **CAPÍTULO II: METODOLOGIA**

### **2.1. Pesquisa social e qualitativa**

A análise da temática “Interculturalidade e formação profissional de Agentes Indígenas de Saúde a partir da experiência do Alto Purus” é abordada do ponto de vista da pesquisa social e qualitativa. A discussão exige a interpretação do diálogo das fontes documentais e dos discursos dos atores envolvidos no processo, visto que se observam as dificuldades em analisar um processo que envolve o pesquisador, sua atuação em contextos indígenas referente à educação e à saúde, envolvendo os pesquisados e suas escolhas de referenciais.

Esta tarefa se apresenta como uma das mais difíceis, os atores envolvidos são participantes de um contexto comum; atuam na educação e saúde indígena e são construtores do currículo, portanto, autores desta política. Nesse sentido, o método hermenêutico dialético é utilizado no intuito da compreensão dos sentidos produzidos acerca da experiência de formação de Agentes Indígenas de Saúde na Região do Rio Purus.

O diálogo com as fontes requer a compreensão de diferentes abordagens e concepções de interculturalidade em saúde, presentes na legislação, frutos de muitas interpretações. É resultado de lutas que permeiam disputas de espaço e poder que se refletem no discurso oficial por um lado e, de outro, representam as reivindicações de indígenas e de organizações não governamentais que fazem parte do cenário do modelo de saúde indígena constituído.

Dessa forma, os documentos utilizados nesta tese são entrevistas, dissertações (SILVA, 2009; ABREU, 2011) e relatórios do processo de formação dos Agentes Indígenas de Saúde (BRASIL, 2003, 2004b, 2005a, 2008; ACRE, 2008) retratados nas análises. Esses resultam de contextos diversos e abordagens teóricas diferenciadas, apresentando-se como referência de pesquisa qualitativa por focar os significados e as intencionalidades, destacando a parcialidade do conhecimento produzido Minayo (2009, 2010), ressalta a transitoriedade sobre o conhecimento, bem como os conflitos e contradições em que ele se expõe, tornando a abordagem mais complexa, pois é sempre um recorte multifacetado.



Visto desse modo, Howard Becker (1999, p. 14) nos alerta que os “problemas de método são sempre relativos à organização das relações entre pesquisadores e as pessoas às quais estudam, e das relações entre as várias categorias de pesquisadores na produção de resultados [...]”. Diante desses aspectos que resultam da postura e avaliação do entrevistador quanto ao recorte metodológico e avaliativo, consideramos prudente especificar os caminhos percorridos pela pesquisa.

Ademais, Minayo (2010, p. 28) reflete sobre a complexidade da discussão no campo da saúde, pois o:

“Saber teórico e prático sobre saúde e doença faz parte de um universo dinâmico e recheado de história e inter-relações mediadas por institucionalizações, organizações, lógicas de prestação de serviços e participação dos cidadãos”.

Desse modo, a escolha da abordagem da pesquisa social e qualitativa nesta investigação remete à discussão que envolve a compreensão das lógicas internas, valores, representações e historicidade dos indivíduos no contexto de transformação social e elaboração de políticas públicas.

### **2.1.1. Percurso realizado no levantamento bibliográfico**

O Percurso nesta pesquisa apoiou-se na análise de relatórios da Coordenação Regional da Funasa, Brasil (2003, 2004b, 2005a), observando que a obtenção de documentos apresentou dificuldades devido à inexistência de um arquivo organizado pela Secretaria de Saúde Indígena. A justificativa para tal situação foi definida pela transferência do Distrito da Funasa para essa secretaria, ocasionando o desaparecimento de parte da documentação. Os demais documentos utilizados foram os referenciais das propostas formativas, tais como: “Formação inicial para agentes indígenas de saúde: módulo introdutório” (BRASIL, 2005b) e “Plano de curso de qualificação de Agentes Comunitários de Saúde” (2012) pela Escola Técnica de Saúde Maria Moreira da Rocha. Esses dois primeiros são a base teórica da formação de Agentes Indígenas de Saúde dos distritos sanitários do Acre e sul do Amazonas.

O primeiro está disponível para *download* na base da plataforma da biblioteca virtual do Ministério da Saúde ([bvsm.sau.gov.br](http://bvsm.sau.gov.br)) é o principal referencial para o

curso no Brasil, construído no contexto das portarias 69/2004 e 70/2004 <sup>4</sup> do DESAI, que formulou um “Novo Modelo de Atenção à Saúde Indígena” (GARNELO, 2012), definido pela Funasa, excluindo a participação dos indígenas e deixando de fora todo o debate construído por estes, inserindo a contratação de pessoal da saúde indígena pelas prefeituras e centralizando a discussão quanto às questões mais estruturais.

O segundo documento, denominado: “plano de curso de qualificação de Agentes Comunitários Indígenas de Saúde” foi encontrado na Escola Técnica de Saúde Maria Moreira da Rocha, e foi construído em uma conjuntura que envolveu dois aspectos importantes: o de acúmulo de críticas e discussões acerca da formação da Funasa e a ênfase do modelo técnico profissional do Instituto D. Moacyr e da Escola de Saúde Maria Moreira da Rocha, com uma leitura comprometida com a discussão de habilidades e competências resultante da política de governo do Acre para a formação profissional, apesar de promoverem as oficinas de ouvidoria <sup>5</sup> para a consulta aos indígenas.

Quanto às dissertações de mestrado: “Formação do Agente Indígena de Saúde: processo reflexivo com perspectiva de uma abordagem da integralidade e de um currículo intercultural” (SILVA, 2009) e “Viajando entre vozes e memórias dos povos da floresta: leituras da educação profissional indígena no Acre” (ABREU, 2011), foram escolhidas por serem avaliações do processo formativo que o Instituto Dom Moacyr iniciava. Sendo elaboradas por profissionais que atuavam no contexto de construção de uma proposta para a educação profissional indígena, retratam tanto os aspectos avaliativos das formações anteriores, bem como, a perspectiva teórica que a Instituição buscava trilhar.

Para melhor definir a discussão com base na proposição da interculturalidade, buscaram-se os referenciais apresentados no debate da LDB para escolas indígenas e referenciados nas bases legais do “plano de curso de qualificação dos Agentes Comunitários Indígenas de Saúde” (2012).

Assim, os documentos referenciados exigiam um olhar relacionado às discussões acerca da interculturalidade, bilinguismo, especificidade, diferença e globalidade proposto nas estratégias do documento do Ministério da Educação “Diretrizes para a Política Nacional de Educação Escolar Indígena” (BRASIL, 1994) e

---

<sup>4</sup> Portarias 69/2004 e 70/2004 redefiniram a atuação na saúde indígena, retirando a participação das conveniadas e deixando a cargo do Departamento de Saúde Indígena (Desai) as políticas junto aos distritos.

<sup>5</sup> A ouvidoria é citada na dissertação de Silva (2009).

nos “Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Indígena” (BRASIL, 1998), buscando, desta forma, relacionar os aspectos ligados ao currículo e às concepções pedagógicas que fundamentam os projetos de formação para indígenas. Dessa forma, observam-se os documentos que organizam as bases do curso projetado pela Escola Técnica na formação dos Agentes Indígenas de Saúde.

Diante da exigência dos documentos sobre a formação de um currículo intercultural, buscou-se analisar os documentos com o olhar para as categorias de interculturalidade, bilinguismo, especificidade, globalidade e diferença.

**Quadro 1: Levantamento bibliográfico**

Documento	Temas	Categorias
“Educação Profissional Básica para agentes indígenas de saúde: módulo introdutório” (BRASIL, 2005b).	Formação de AIS	Interculturalidade, bilinguismo, especificidade, diferença e globalidade do processo de aprendizagem.
Relatórios da Coordenação Regional da Funasa (BRASIL, 2003).	Formação de AIS	Interculturalidade, bilinguismo, especificidade, diferença e globalidade do processo de aprendizagem.
“Plano de curso de qualificação de Agentes Comunitários Indígenas de Saúde” (ACRE, 2012).	Formação do ACIS	Interculturalidade, bilinguismo, especificidade, diferença e globalidade do processo de aprendizagem.
Dissertação: “Formação do Agente Indígena de Saúde: processo reflexivo com perspectiva de uma abordagem da integralidade e de um currículo intercultural”, (SILVA, 2009).	Currículo intercultural	Interculturalidade, bilinguismo, especificidade, diferença e globalidade do processo de aprendizagem.
Relatório de execução do II módulo do curso de Agente Indígena de Saúde (ACRE, 2008).	Avaliação da formação de AIS	Interculturalidade, bilinguismo, especificidade, diferença e globalidade do processo de aprendizagem.
Dissertação: Viajando entre vozes e memórias dos povos da floresta: leituras da educação profissional indígena no Acre.	Formação profissional de indígenas	Interculturalidade, bilinguismo, especificidade, diferença e globalidade do processo de aprendizagem.
Diretrizes para a Política Nacional de Educação Escolar (Brasil, 1994).	Currículo intercultural	Interculturalidade, bilinguismo, especificidade, diferença e globalidade do processo de aprendizagem.
Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (BRASIL, 1996).	Currículo intercultural	Interculturalidade, bilinguismo, especificidade, diferença e globalidade do processo de aprendizagem.
Referencial Curricular Nacional para as Escolas Indígenas (BRASIL, 1998).	Currículo intercultural	Interculturalidade, bilinguismo, especificidade, diferença e globalidade do processo de aprendizagem.

## 2.2. Teoria social do discurso

Esta pesquisa utiliza a teoria social do discurso na análise textual (oral e escrita) objetivando o estudo da linguagem, entendida como prática social. Esse tipo de perspectiva investigativa preocupa-se com as interpretações das representações presentes na linguagem, que se manifestam nas relações sociais, nos discursos que são constituídos de significados.

Assim, a discussão proposta observa que o discurso dos profissionais que atuaram na formação representa a interpretação da saúde proposta pelo modelo de saúde indígena, em que o discurso define a prática social, eivada pelas relações de poder, domínio e controle do padrão da formação.

Um dos expoentes dessa corrente é Norman Fairclough, que trata as práticas discursivas na relação social e como ocorre a interferência na transformação ou reprodução dos sujeitos sociais, influenciando a construção dos sujeitos e de suas identidades. De acordo com Fairclough (2001, p. 27), existem três dimensões quando se analisa o discurso, que são: o texto, a prática discursiva e a prática social. Na prática discursiva apresentam-se a produção, a distribuição e o consumo. Essas são constituídas de sentidos e “contribuem para modificar o conhecimento (até mesmo as crenças e o senso comum), as relações sociais e as identidades sociais”. A prática discursiva é mediadora entre o texto e a prática social (FAIRCLOUGH, 2001).

Assim, a construção do discurso sobre a formação em saúde indígena se apresenta de acordo com a discussão da legislação, ou seja, sendo diferenciado, bilíngue, específico e intercultural. Na realidade ele representa a produção de ideologia proposta pelo Estado, mas na interpretação deste pode se desfazer a partir da forma como ele se aplica. Pode imprimir a lógica dominante e desvalorizar especificidades.

Outra dimensão perpassa a articulação entre discursos construídos que Fairclough (2001) denomina intertextualidade, e é representada pelas relações dialógicas, entre o sujeito, as circunstâncias sociais e a relação que ocorre entre as instituições, influenciando as mudanças sociais. Essas construções podem observar resistências, no entanto, geralmente elas fazem parte de um discurso hegemônico, presente na dominação ideológica.

Uma das abordagens da análise do discurso com base na intertextualidade pode ser observada em Orlandi (1983), que concebe a inteligibilidade e a compreensão do texto como objeto linguístico–histórico, apontando as significações e os discursos na sua relação com o sujeito que conhece e que significa o acontecimento em relação aos aspectos ideológicos. Nesse sentido, importa a historicidade do texto, interpretando a matéria textual como a produção de sentidos.

Assim, a dimensão da linguagem relaciona-se a uma construção de arcabouço histórico cultural, na qual se estabelecem alianças entre discursos de dominantes sobre os grupos subalternos. Orlandi (1995, p. 112) considera que o “texto — diríamos o discurso — não é um conjunto de enunciados portadores de uma, e até mesmo várias significações. É antes um processo que se desenvolve de múltiplas formas, em determinadas situações sociais”.

A referência central neste debate que sustenta a discussão de intertextualidade pode ser observada na teoria da comunicação, representada na literatura pelas abordagens de Bakhtin (2006). Esse ressalta a relação que ocorre entre os fluxos sociais, culturais e históricos para descortinar sua contextualidade. O discurso, para Bakhtin, é dialógico e híbrido, no qual estão presentes os conflitos. Os diferentes tipos de discurso dialogam com o discurso interior, estes adquirem forma de acordo com o contexto exterior e com os signos estabelecidos. Os conflitos ocorrem entre os diferentes signos sociais e o diálogo interior.

Para Bakhtin (2006), os processos de compreensão dos fenômenos ideológicos acontecem com base no discurso interior e não se separam e nem se negam, e se manifestam por meio da palavra, da linguagem. Todo signo ideológico apoia-se nas palavras, considerando-se que “a palavra está presente em todos os atos de compreensão e em todos os atos de interpretação” (BAKHTIN, 2006, p. 36). Os grupos sociais constituem seus discursos de acordo com as diferentes épocas, por isto são históricos.

Dessa forma, a discussão de sentidos se apresenta na comunicação de forma organizada, carrega semanticamente signos estruturados, nos quais se constroem discursos que têm a parcela de conceitos produzidos por concepções, partidos e forma de dominação. Bakhtin (2006, 15) sugere ainda que “a comunicação verbal, inseparável das outras formas de comunicação, implica conflitos, relações de dominação e de resistência, adaptação ou resistência”. Considera também que

existe uma “hierarquia” na “utilização da língua pela classe dominante para reforçar seu poder” (BAKHTIN, 2006, p. 15).

A ideologia presente nos signos e símbolos como relação de dominação é analisada igualmente por Bourdieu (1989), baseando-se na perspectiva de poder simbólico, representado nas percepções sociais, retratadas na produção simbólica e nas relações formais de poder. Esse questiona o investigador em sua forma de controle da produção do sentido. Essa produção pode confirmar a dominação de um poder simbólico que é invisível e exercido usando-se os sistemas simbólicos representados pelo conhecimento e pela comunicação.

As relações de comunicação são, de modo inseparável, sempre, relações de poder que dependem, na forma e no conteúdo, do poder material ou simbólico acumulado pelos agentes (ou pelas instituições) envolvidos nessas relações e que, como o dom ou potlatch, podem permitir acumular o poder simbólico (Bourdieu, 1989, p. 11).

A afirmação trata da discussão da imposição de uma classe sobre a outra, considerada violência simbólica por retratar as relações de forças que se estabelecem por meio das formações políticas, institucionais e da comunicação.

Essas perspectivas estão presentes na leitura da teoria social do discurso que permeia o trabalho valendo-se das leituras dos autores citados. Para tal, utilizaremos os conceitos de Bourdieu como *Habitus*, Campo, e Capital Simbólico que situam as noções de práticas sociais, suas relações de poder, limites e regras de atuação individual e coletiva.

Destacando que o *habitus* refere-se às lógicas de mundo incorporadas que se inserem nos indivíduos e em suas lógicas de mundo, e que resultam nas concepções sedimentadas. O autor esclarece “o *habitus*, como a palavra indica, é um conhecimento adquirido e também um haver, um capital (de um sujeito transcendental, na tradição idealista), o *habitus*, a *hexis*, indica a disposição incorporada, quase postural” (BOURDIEU, 1989, p. 61).

Baseando-se no *habitus* temos a estruturação de conhecimentos adquiridos e naturalizados em um contexto micro. Esse *habitus* faz parte da esfera do Campo, que representa os espaços sociais, onde as ações singulares e grupais ocorrem e são normatizadas, inventadas e modificadas constantemente. Segundo Bourdieu (1989), o campo é um espaço de lutas, que tem suas próprias regras, princípios e hierarquias. São definidos com base nos conflitos e nas tensões no que diz respeito

à sua própria delimitação, e construídos por redes de relações ou de oposições entre os atores sociais que são os seus membros.

O campo é o espaço social, formado por agentes que possuem interesses comuns, mas que não estão em condições de igualdade; disputando espaços assimétricos, estabelecem as relações de dominação ou subordinação. O campo representa os espaços sociais onde se definem padrões, formas de produção simbólica que podem repelir outras produções materiais. Nas disputas estabelecidas, observa-se a hegemonia das representações simbólicas da classe dominante, geralmente a que possui mais conhecimento, formação, *status* e poder, ou seja, possuidores de capital simbólico, conseqüentemente de poder simbólico. De acordo com esse debate, acredita-se na possibilidade de discutir as diferentes posições que se estabelecem nas disputas no campo das políticas públicas em saúde, voltadas para os povos indígenas.

### **2.3. Método: entrevistas e análise de conteúdo**

Assim, foram realizadas duas etapas de estudo desta situação. Primeiro a leitura de teses e dissertações sobre a saúde indígena e formação dos Agentes Indígenas de Saúde. Em segundo, entrevistas semiestruturadas e análise de relatórios de formações no intuito de situar no âmbito da saúde indígena.

O desenvolvimento do estudo prosseguiu para entrevistas semiestruturadas, na tentativa de apreensão dialética das lógicas internas dos sujeitos em suas representações e atuação social no processo de desenvolvimento da proposta de formação profissional de Agentes Indígenas de Saúde no DSEI Alto Rio Purus. A realização de uma das entrevistas ocorreu em outubro de 2015, com dois profissionais que atuaram na formação dos Agentes Indígenas de Saúde pela Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha. Os entrevistados eram enfermeiros.

O número de entrevistados ficou limitado devido à dispersão dos profissionais que haviam atuado na experiência formativa em análise, pois sua maioria era de trabalhadores provisórios e por isto já não se encontravam na Cidade de Rio Branco. Apesar de haver confirmação de alguns sobre a participação, isto não ocorreu, observando-se então que a Escola não conta com um quadro fixo para atuar no contexto da educação profissional de indígena. O tempo entre a autorização da Escola pela nova gestora e a aprovação do trabalho pelo Comitê de Ética de

Pesquisa (CEP) também contribuiu para a desarticulação de um campo mais promissor.

A metodologia inicialmente escolhida para a pesquisa foi a de grupo focal por ser “considerado uma espécie de entrevista de grupo, embora não no sentido de ser um processo onde se alternam perguntas do pesquisador e respostas dos participantes” (LERVOLINO e PELICIONI, 2001, p. 2). A proposição recomenda a participação entre seis e dez participantes.

No sentido da possibilidade real de interação entre os dois participantes e a pesquisadora, seguiu-se o modelo de entrevista semiestruturada com o roteiro de perguntas (apêndice 2), objetivando compreender a percepção dos entrevistados acerca da formação junto aos Agentes Indígenas de Saúde, com base em problematizações de como os profissionais lidam com a questão intercultural. Dividindo-se em quatro partes: respostas de cunho individual, referentes à interculturalidade, trabalho dos AIS em equipe, e aspectos da formação dos AIS.

Os entrevistados tinham diferentes níveis de experiência com os indígenas, visto que poucos atuavam no contexto indígena junto aos dois Distritos Sanitários. Enquanto uma pessoa contabilizava onze anos como membro de equipe multidisciplinar e possuía especialização em saúde indígena, o outro entrevistado desconhecia este contexto, e sua experiência era como instrutor da Escola Técnica de Saúde, trabalhando com a formação de não indígenas. A discussão que esse possuía era estruturada no conceito da biomedicina.

No entanto, para que ocorresse o curso, todos receberam uma nova abordagem com foco na Antropologia e Sociologia da saúde indígena, como informado. Essas diferenças de experiências e formações, mais do que a nova abordagem do curso, parecem ter levado a uma heterogeneidade entre esses sujeitos da pesquisa no âmbito conceitual e profissional.

Outra entrevista foi cedida pela Pesquisadora Ana Lúcia de Moura Pontes, que a realizou em 2012 quando o curso ainda estava em andamento.

### **2.3.1. Percurso das entrevistas**

Por intermédio destas, as percepções dos profissionais foram apreendidas com destaque para as temáticas voltadas para a interculturalidade, formação de



Agentes Indígenas de Saúde, concepção de equipes multidisciplinares e a formação específica do Dsei Alto Rio Purus, como destacado a seguir:

**Quadro 2: Entrevistas**

Temas	Questionamentos
Respostas pessoais	<i>Tempo de atuação no serviço, inserção e formação.</i>
Inteculturalidade	<i>Quais as doenças comuns que acometem a população indígena, qual o tratamento, quais os diferentes significados do processo saúde/doença, quais as práticas em saúde ensinadas e utilizadas pelos indígenas? Tem conhecimento de experiências em tratamentos de saúde realizados pelos indígenas?</i>
Agentes Indígenas de Saúde e as concepções das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena.	<i>Como valorizam o trabalho na saúde indígena, quais as formas trabalhadas nas ações preventivas na área indígena, descrição de algumas ações dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) na comunidade, a comunicação dos Agentes Indígenas de Saúde com os profissionais de saúde, existência de dificuldades na comunicação?</i>
A formação dos Agentes Indígenas de Saúde no DSEI Purus	<i>Importância da formação, experiências especiais, percepção sobre a postura dos indígenas. Que avaliações fazem da postura dos indígenas durante o curso? Como ocorreu a comunicação entre instrutores e indígenas no contexto intercultural? Quais os limites e possibilidades nas formações dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS)? Quais metodologias e conteúdos consideram mais adequados ao processo de formação? O tempo de formação desta Escola é suficiente? Se não, qual seria o ideal? Você recebeu alguma orientação ou preparo para fazer a formação e/ou supervisão dos AIS? Como foi?</i>

## 2.4. Análise dos dados

Para a categorização dos dados textuais e das entrevistas optou-se pelo uso da técnica da análise de conteúdo que permite a discussão sobre questões objetivas e subjetivas, considerando a natureza do trabalho pesquisado e a necessidade de um aporte dialético e fenomenológico. A análise de conteúdo usada como técnica admite analisar diferentes sentidos expressos pelos sujeitos entrevistados valendo-se de seus discursos.

Seguindo essa discussão, Bardin (2009, p. 37) ressalta que “a análise de conteúdo pode ser uma análise dos significados”. Para Bardin (2009), também a análise de conteúdo é concebida por um conjunto de técnicas de análise das comunicações, utilizando metodologias sistemáticas e objetivas quanto à exposição do conteúdo das mensagens.

Foi escolhida a análise categorial temática para analisar os resultados das entrevistas. Essa análise é dividida em quatro momentos: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e inferência/interpretação (BARDIN, 2009).

A análise de transcrição exige uma relação entre teoria e prática, por ser uma pesquisa do campo das ciências sociais e humanas. A análise de conteúdo tem natureza objetiva, permitindo atingir a compreensão dos fatos investigados utilizando o campo da comunicação e não negando a subjetividade para a apreensão dos sentidos simbólicos.

Assim, com a transição realizada foi feita uma categorização dos conteúdos obtidos, definidos nas seguintes sequências na entrevista com os profissionais da formação na Escola Técnica em Saúde do SUS Maria Moreira da Rocha.

**Quadro 3: Categorização da entrevista com a coordenação da formação na Escola Técnica em Saúde do SUS Maria Moreira da Rocha ocorrida em 2012.**

Tema	Percepções	Categorias
Apresentação da instituição formadora	Importância da instituição ETSUS para a formação	Concepções sobre Interculturalidade e globalidade no processo de aprendizagem.
Organização dos distritos no Acre	Atuação das políticas públicas em relação à indígena.	Concepções de globalidade no processo de aprendizagem.
História dos povos indígenas no Acre	A violência do contato entre indígenas e não indígenas.	Interculturalidade
Histórico da proposta inicial do curso de AIS/ETSUS	Percurso conflituado da proposta.	Interculturalidade
Caracterização da proposta ETSUS	Crença na inovação da proposta formativa, confiança na metodologia escolhida, análise da aprendizagem intercultural e comparação entre indígenas quanto à sua "capacidade" no "aproveitamento" do curso.	Interculturalidade
Contratação de AIS	Crítica ao modelo de contratação.	Formação de recursos humanos e financiamento.
Qualificação dos AIS no Distrito	Avaliação sobre a qualificação dos AIS quanto à sua condição teórica.	Concepção teórica da formação.
Avaliação da formação feita pela Funasa pré- ETSUS	Crítica ao modelo formativo da Funasa, crítica ao tempo de formação.	Concepções teóricas da formação.
Processo de elaboração da proposta da ETSUS	Construção coletiva do plano utilizando abordagens diversas.	Concepções pedagógicas Interculturalidade.
Escolarização de AIS	Conflitos culturais e LDB.	Concepções teórico-pedagógicas da formação e interculturalidade.
Discussão sobre o perfil profissional dos AIS na formação da ETSUS	Conflitos quanto ao modelo profissional dos AIS.	Concepções teóricas da profissionalização e interculturalidade.
Financiamento na formação dos AIS	Existência de resistência quanto à liberação de recursos para a formação.	Políticas públicas, formação de recursos humanos e financiamento.
Dimensões interculturais da proposta de formação dos Ais da ETSUS	Dificuldades apresentadas na metodologia utilizada pela Funasa.	Interculturalidade
Dificuldades na implementação da proposta da ETSUS	Dificuldades logísticas e de interpretação do papel dos AIS e adequação dos indígenas ao modelo oficial.	Interculturalidade

**Fonte:** entrevista realizada por Ana Lucia Pontes sobre a Formação de Agentes Comunitários de Saúde Indígena (2012). Anexo nº 1.

A categorização dessa entrevista considerou as questões propostas pelas diretrizes para a Política Nacional de Educação Escolar Indígena, bem como do Referencial Curricular Nacional para as Escolas Indígenas (BRASIL, 1994; BRASIL, 1998) sobre questões como: especificidade e diferenças, bilinguismo, interculturalidade e globalidade no processo de aprendizagem para caracterizar a discussão proposta.

**Quadro 4: Categorização da entrevista com os profissionais da formação na Escola Técnica em Saúde do SUS Maria Moreira da Rocha, 2015.**

Tema	Percepções	Categorias
Organização do curso	Escolha do profissional em relação com os projetos de formações indígenas.	Formação intercultural
Política de contratação de profissionais no Dseis Acre	Parâmetros e critérios de contratação de profissionais.	Formação intercultural
Experiência dos profissionais na formação com indígenas	Critério técnico e/ou antropológicos referente à experiência profissional.	Dialogicidade Interculturalidade
Histórico da proposta inicial do curso de AIS/ETSUS	Adaptação da proposta à redução de recursos.	Especificidade e diferença
Caracterização da proposta ETSUS	Arranjos metodológicos.	Especificidade, Interculturalidade, Dialogicidade, Bilinguismo
Processo de elaboração da proposta da ETSUS	Reconhecimento das especificidades culturais, estratégias de formação.	Especificidade, Interculturalidade, Dialogicidade, Bilinguismo
Escolarização de ACIS	Escolarização formal.	Globalidade no processo de aprendizagem
Financiamento na formação do ACIS	Descentralização dos recursos e adaptação da proposta.	Globalidade no processo de aprendizagem
Dimensões interculturais da proposta de formação dos Ais da ETSUS	Preparação pedagógica e antropológica de pessoas.	Interculturalidade, Dialogicidade, Globalidade no processo de aprendizagem
Dificuldades na implementação da proposta da ETSUS	“logísticas, questões pedagógicas, política de cessão de pessoal na saúde indígena”.	Conflitos Interculturalidade

**Fonte:** entrevista com os profissionais que atuaram na formação dos ACIS pela Escola Técnica de Saúde do SUS Maria Moreira da Rocha (2015).

Dessa forma, por meio dos conceitos escolhidos, observam-se como se deu a construção da proposta de formação, como foi executada na visão dos entrevistados através da categorização das temáticas interculturalidade, dialogicidade, processos de aprendizagem, especificidade, diferenças, bilinguismo. Observa-se as perspectivas dos entrevistados quanto as diferentes visões relacionadas às políticas oficiais aplicadas aos povos indígenas no campo da saúde e educação, baseando-se no material empírico de campo, acentuado nas entrevistas.

## **2.5. Aspectos éticos da pesquisa**

Em relação aos aspectos éticos, esta Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em 24 de junho de 2014, CAAE: 32714514.00005248, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), por intermédio da Plataforma Brasil. Foi apresentado antes das entrevistas o Termo de Livre Esclarecimento (TCLE), que foi lido e assinado por todos os entrevistados. As entrevistas foram gravadas com autorização dos participantes e transcritas pela própria pesquisadora.

A Pesquisa está comprometida com a ética, declarando não haver conflito de interesses ou danos aos participantes. Os entrevistados terão assegurados, por parte do pesquisador, respeito aos valores éticos e socioculturais.

## **CAPÍTULO III: ANÁLISE HISTÓRICA DAS AÇÕES DE SAÚDE E CARACTERIZAÇÃO SOCIOCULTURAL E DE SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA NA REGIÃO DO ALTO PURUS**

### **3.1. A política de saúde indígena no Brasil**

As referências relacionadas às ações de saúde voltadas às populações indígenas brasileiras datam do período colonial. Inicialmente essas estavam ligadas às ações de missionários por intermédio das Igrejas católicas e, posteriormente, protestantes no início do Século XX. Em 1910, com a criação do Serviço de Proteção ao Índio (SPI), vinculado ao Estado, primeiro ao Ministério da Agricultura, posteriormente aos ministérios da Agricultura, Indústria e Comércio, e ao Ministério da Guerra.

A atuação do SPI sinalizava para o ideário de modernização da República, objetivava integrar os indígenas à nação brasileira e protegê-los do extermínio (BRITO 2011). A atuação da saúde estava voltada para a difusão da higienização, combate à fome e epidemias. Contudo, as frentes pacificadoras e de contato contribuíram para o aumento da fome, das doenças, assim como facilitaram a marginalização dos indígenas. Porém, Langdon (1999) comenta que muitos povos foram salvos do extermínio nesse contexto, embora justifique que as ações do SPI podem ser enquadradas na concepção de processo civilizatório nacional, construídas na ideologia do positivismo, indicando a proposição de assimilar ou incorporar os povos indígenas à sociedade nacional, para que formassem a mão de obra necessária ao “desenvolvimento” da nação.

As ações do Serviço de Proteção ao Índio objetivavam, de acordo com Souza Lima (1987), as seguintes finalidades: propor o fim dos atritos entre indígenas e não indígenas; estabelecer uma convivência pacífica, manter a sobrevivência física dos indígenas; demarcar terras aos indígenas para sua proteção diante das frentes nacionais de expansão, como fazendeiros, industriais entre outros; implantar atividades econômicas e agrícolas e inseri-los junto à nação brasileira de forma evolutiva, por meio da tutela.

Para Souza Lima (1987, p. 48), o objetivo do SPI era conciliar o domínio da sociedade brasileira sobre os indígenas, porém, mantendo sua sobrevivência física, sem que estes fossem empecilho para a expansão econômica, além de transformá-

los em trabalhadores. O “SPI deveria exercer o papel de mediador” entre os objetivos do Estado e da sociedade envolvente e os indígenas.

Com referência às ações de saúde indígena, a atuação por parte do Serviço de Proteção ao Índio aconteceu somente na década de 1950, e, no entanto, suas origens datam de 1946 por intermédio do plano de Serviço Médico-Sanitário do SPI criado por Herbert Serpa (1944-1951). Segundo Brito e Lima (2013), Serpa foi quem estudou e definiu pressupostos para um atendimento diferenciado na saúde indígena, apontados no planejamento, quando diretor da Seção de Estudos do SPI. O seu trabalho nessa Seção buscava realizar pesquisas de cunho etnológico (BRITO e LIMA, 2013) para a compreensão dos processos sanitários e mesmo para o contato entre indígenas e não indígenas.

As ações do SPI a partir da década de 1950 foram ampliadas graças à criação do Serviço Nacional de Tuberculose (SNT), que foi estendido aos indígenas, atendendo também a indígenas isolados, pelo médico sanitarista Noel Nutels que também foi responsável pela criação do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas – SUSA (SOUZA LIMA, 2011; COSTA, 87), que em 1956 juntou-se com o SNT para dar atendimento às populações indígenas. Esse foi criticado por não atender indígenas menos isolados e por não conseguir combater epidemias que atingiam os indígenas, pois o contato agravava a situação de desequilíbrio relacionada à baixa imunidade e às dificuldades de alimentação.

Merecem destaques as ações para a contenção de epidemias em áreas rurais e indígenas por meio da cooperação entre a Fundação Brasil Central, Correio Nacional (CAN) e a Força Aérea Brasileira pelo surgimento do SUSA – Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. Esse serviço tornou-se possível graças ao esforço do Marechal Rondon e Noel Nutels, em um contexto adverso que defendeu também o extermínio dos povos indígenas (COSTA, 1987). O trabalho do SUSA envolveu ainda outros órgãos como o Correio Aéreo Nacional (CAN) e a Força Aérea Brasileira, atendendo na Região do Xingu e na Amazônia no Alto Rio Negro, com ações como “vacinações, extrações dentárias e cadastro torácico” (COSTA, 1987).

Ressalta-se que o Marechal Rondon e Noel Nutels defenderam a existência e a assistência aos indígenas, sendo contrários às ideologias racistas presentes e consolidadas em discursos que consideravam os indígenas um obstáculo ao desenvolvimento. Rondon participou da Comissão de Linhas Telegráficas e Estratégicas do Mato Grosso ao Amazonas, sendo importante na formulação de

políticas no SPI. Sua atuação insere-se na identificação da ideologia positivista, visando ao processo civilizatório.

Collet (2006), referindo-se ao estudo sobre os Baikari, comenta que Rondon e o SPI objetivavam transformar os indígenas em mão de obra para a pecuária, impulsionando a economia regional, introduzindo uma nova identidade “sociocultural”. Dessa forma, buscava a preservação física dos indígenas, negando, no entanto, a manutenção cultural.

Nutels, influenciado pela perspectiva do trabalho de Rondon, buscou instrumentalizar tecnicamente as ações de saúde para os indígenas e apresentou o projeto de implantação de equipes volantes em áreas indígenas para combater doenças infecciosas durante o contato (COSTA, 1987). As ações de trabalho utilizando as Equipes Volantes de Saúde envolveram: médico, odontólogo, assistente social, enfermeiro e auxiliar técnico de laboratório, mantendo o modelo de equipes volantes de Noel Nutels (VERANI, 1999). Foram construídos postos de saúde em áreas indígenas, que contavam com um auxiliar de enfermagem com ações curativas e emergenciais, ou mesmo com tratamentos prolongados. Em algumas ocorrências eram feitas remoções para hospitais conveniados ou ainda para a Casa do Índio nos centros regionais (LANGDON, 1999; COSTA, 1987).

Os atendimentos passaram a ser realizados por demanda, em caso de surtos e endemias, baseados no modelo Campanhista embasados pela ideologia de Oswaldo Cruz que foi mais intenso na década de 70, apoiando-se em ações do “Ministério da Saúde, em particular dos programas de Controle da Tuberculose e da Malária [...]” e também em referências de hospitais universitários. No entanto, a partir da década 1980 essa estrutura tornou-se inviável, não conseguindo manter as equipes volantes, sem infraestrutura, recursos humanos e financeiros, sendo então desmontada (VERANI, 1999, p. 3). De fato, Nutels, quando atuou como diretor do SPI em 1963, antes do golpe militar, propôs a discussão em saúde de forma ampla, de maneira que envolvesse universidades, antropólogos, indigenistas e pessoal em saúde (COSTA, 1987).

Em 1961, foi criado o Parque Nacional do Xingu, e a escola Paulista de Medicina passou a atuar na região com o apoio dos irmãos Vilas Boas. No contexto da extinção do SPI, havia muitas dificuldades para a execução dos projetos e acusações de massacres a povos indígenas com a participação de funcionários (NOVO, 2010). Em 1967, foi criada a Funai, transformando a ideologia



assimilacionista, integracionista e humanista pela ideologia do desenvolvimentismo, buscando integrar os indígenas à economia nacional, objetivando evitar que eles se tornassem obstáculos ao “desenvolvimento” e à penetração da Amazônia.

De acordo com Langdon (1999), a Funai não tinha profissionais preparados para atender às especificidades dos indígenas, a infraestrutura das áreas era precária e carecia de dados epidemiológicos. A política da Funai foi muito criticada, sendo considerada inadequada à manutenção da saúde do índio, considerando que as equipes volantes de saúde atuavam mais com a assistência individual (COSTA, 1987).

É bom lembrar que nos anos 1970 também se desenharam discussões sobre alternativas à saúde indígena, com a preocupação de formar indígenas que atuassem em suas comunidades com o apoio de organizações não governamentais e de universidades. Por meio dessas iniciativas surgiu a figura do Agente Indígena de Saúde, mas somente na década seguinte com as propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) é que se definiu a reformulação do sistema público de saúde brasileiro, com base na noção de que saúde é um direito de todos e um dever do Estado.

Também aconteceu a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde dos Povos Indígenas, na qual foram elaboradas as propostas para a organização de um modelo de atenção à saúde dos povos indígenas. Nessa Conferência, participaram lideranças indígenas, organizações civis e governamentais, e demais militantes indigenistas que atuavam pela defesa da consolidação dos direitos dos povos indígenas (CONFERÊNCIA NACIONAL DE PROTEÇÃO À SAÚDE DO ÍNDIO, 1986).

A força e o impulso dos movimentos sociais junto ao processo de redemocratização com seus reflexos resultaram na inserção do capítulo sobre direitos dos povos indígenas referente aos artigos 231 e 232, da nova Constituição Federal de 1988, que garante aos mesmos “sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras” (BRASIL, 1988). Constituiu-se, então, a base para a formulação de políticas sociais de educação e saúde específicas para a população indígena, salvaguardando suas características socioculturais. Entre os movimentos que impulsionaram essas

mudanças, destaca-se a denominada reforma sanitária por sua proposta de dedicar uma atenção diferenciada <sup>6</sup> aos povos indígenas.

As reivindicações e a organização dos indígenas foram fortalecidas pelo contexto das lutas dos movimentos sociais, ressurgidos na conjuntura da redemocratização dos países latino-americanos, referindo-se aos movimentos organizados em diversos setores, como saúde, educação, mulheres e indígenas. O cenário desses movimentos foi construído por novos sujeitos sociais ingressantes na cena política, destacando-se os movimentos indígenas, movimentos pela luta da posse da terra, movimentos urbanos e de resistência armada (QUIJANO, 2005). O caráter desses movimentos na saúde contribuiu para alcançar reivindicações nacionais e locais, no bojo das lutas por terra, saúde, democratização e educação, entre outras.

Durante a 76ª Conferência Internacional do Trabalho realizada em 1989, houve uma importante conquista dos povos indígenas que foi adotada pela Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (2011), pois previa o direito de preservação cultural, social e econômica, garantindo-lhes, assim, suas características diferenciadoras no contexto nacional. Aplicou-se, também, a povos tribais cujas condições sociais, culturais e econômicas os distinguiam de outros segmentos da população nacional. Essa convenção foi ratificada pela Organização das Nações Unidas em 2002, pelos países latino-americanos, incluindo o Brasil, com o decreto nº 5.051, de 19 de abril de 2004. Constituiu-se um modelo novo que era subjacente à concepção de interculturalidade, que ressaltava os aspectos diferenciados e formas de relacionar a cultura tradicional com a saúde e educação entre povos indígenas (GRUPIONI, 2006), observando suas especificidades e multiplicidades de conhecimentos.

A Política de Saúde Indígena vivenciou ainda o contexto das reformas do Estado, impulsionadas no governo Collor, que pôs em prática uma série de medidas neoliberais, destacando-se o processo de descentralização e reestruturação do Estado. As instituições de saúde e de educação não foram poupadas, bem como as demais instituições. Nesse contexto, A FUNAI passou a ter a função de apenas realizar a regularização de terras, sendo que a saúde e a educação indígena foram

---

<sup>6</sup> Conforme Langdon (2001), o conceito “implica não só uma organização diferenciada dos serviços de saúde e a participação dos povos indígenas na gestão, programação e avaliação destes serviços, mas também um atendimento diferenciado que respeite e reconheça as especificidades culturais e os saberes indígenas”.

demandadas para os ministérios da Saúde e da Educação, respectivamente, (BRASIL, 2004a).

Muitas mudanças ocorreram e, na década de 90 do século passado foi criada a Comissão Interinstitucional de Saúde do Índio (CISI). Criou-se essa comissão como órgão consultivo ao Conselho Nacional de Saúde, com a participação de indígenas como membros. Mais tarde, com a inserção de novos atores ligados à questão indígena, surgiu em 1994, a Comissão Intersetorial de Saúde (CIS), sob a coordenação da Funai.

Na história das ações de saúde voltadas às populações indígenas, existiu uma concomitância de diferentes órgãos, a Funai e a Funasa por certo período dividiram responsabilidades, a primeira desenvolvendo ações assistenciais, e a última, ações preventivas. Essa dualidade na saúde indígena criou um desafio para a integralidade das ações de saúde, como se observa:

Ambas já tinham estabelecido parcerias com municípios, organizações indígenas, organizações não governamentais, universidades, instituições de pesquisa e missões religiosas. Os convênios celebrados, com objetivos e metas diferenciados. (BRASIL, 2004a, p. 115).

Essa situação favoreceu o debate da II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (1993), aprofundou a discussão do modelo de atenção à saúde indígena e propôs o modelo de Distrito Sanitário como ideal para a saúde indígena. As lutas e reivindicações contribuíram para a criação do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos indígenas em 1999, por meio da “Lei Arouca”, Lei nº 9836/99 (BRASIL, 1999), de autoria do Deputado Sergio Arouca. Essa Lei complementa a Lei orgânica do Sistema Único de Saúde (Lei 8.080, de 1990), instituindo o subsistema de saúde indígena, na forma de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, bem como a participação dos povos indígenas nas instâncias decisórias.

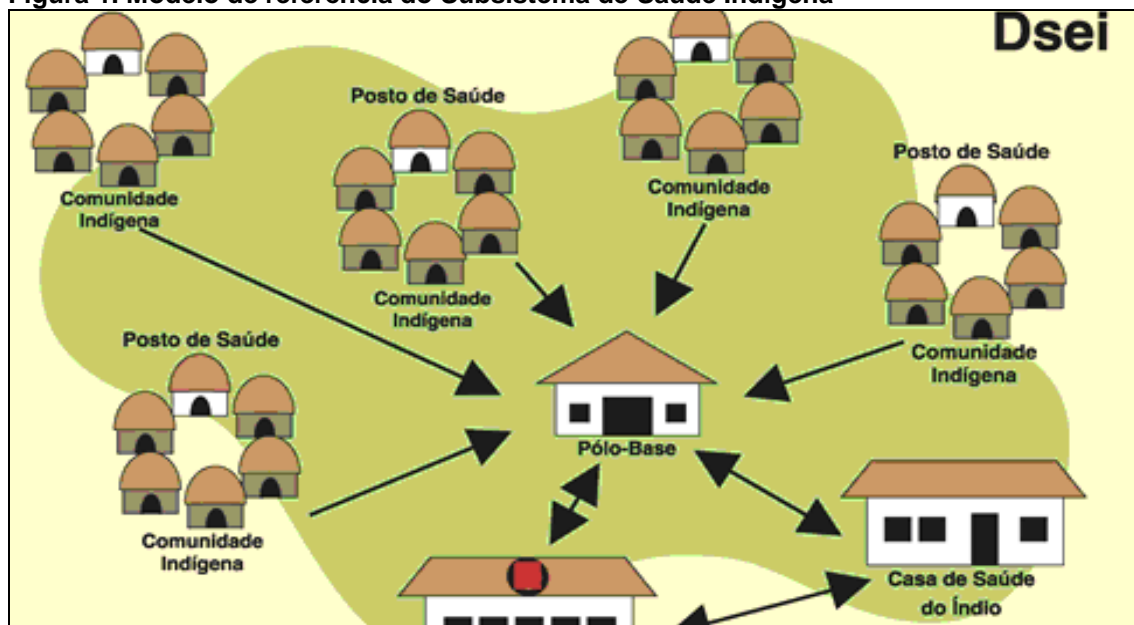
O modelo de organização dos Distritos constitui uma rede de atenção básica <sup>7</sup> que foi integrada e articulada ao SUS. Para cada área indígena é designada uma

---

<sup>7</sup> A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade,

equipe composta por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e Agentes Indígenas de Saúde e de saneamento, como também as Casas de Apoio à Saúde Indígena (Casai) em cada regional que recebem pacientes oriundos das comunidades indígenas, referenciados pelo polo base com apoio dos Agentes indígenas de Saúde, como se observa no modelo a seguir:

**Figura 1. Modelo de referência do Subsistema de Saúde Indígena**



Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria da Saúde Indígena - SESAI

A busca por um modelo de saúde que contemplasse os povos indígenas em suas especificidades etnoculturais organizou-se teoricamente pela discussão de território, apontada por Milton Santos (2006):

[...] O território não é apenas o conjunto dos sistemas naturais e de sistemas de coisas superpostos; o território tem que ser entendido como o território usado, não o território em si. O território usado é o chão mais a identidade. A identidade é o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é o fundamento do trabalho; o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida. [...] (Santos 2006, p. 14).

A construção da concepção de Distrito está alicerçada em uma percepção de território como espaço identitário, ao mesmo tempo concreto e abstrato, na interpretação de povos indígenas que habitam e que constroem uma identidade

---

resiliência e o imperativo ético de dever ser acolhida toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento (anexo I da portaria nº 2.488 de 28 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011a).

junto ao lugar. Nesse sentido, busca-se a aproximação com a simbologia e a territorialidade, o que conduz à apresentação do modelo de Distrito Sanitário Especial Indígena, considerando envolver os povos, no sentido de atender às suas diversas reivindicações em saúde de acordo com as especificidades encontradas localmente e regionalmente, como descrito na Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas. O documento afirma que o propósito da saúde indígena é:

Garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura (BRASIL, 2002, p. 13).

O modelo de organização dos distritos sugere que seja valorizado o respeito ao conhecimento e aos aprendizados tradicionais indígenas, relacionados à saúde e à doença, neste sentido, envolvendo a medicina tradicional <sup>8</sup> e a biomedicina. A população indígena seria atendida por uma equipe que deveria conhecer as questões em saúde dos povos indígenas.

No entanto, desde a sua constituição, os distritos concebidos ainda dentro da Funasa, em suas dimensões políticas e físicas, vêm continuamente recebendo críticas dentro da própria estrutura dos conselhos distritais. Quanto às demandas da saúde indígena, observam-se denúncias ao Ministério Público pelos indígenas e por organizações não governamentais em toda a região de abrangência dos distritos. Destaca-se que os conselhos distritais são formados por indígenas, profissionais de saúde e pela sociedade civil.

Para Athias e Machado (2001), os questionamentos iniciais sobre a implantação do modelo referem-se a dificuldades quanto à autonomia financeira e orçamentária limitada para as ações específicas da saúde indígena. O modelo orçamentário e financeiro da Funasa apresentava algumas distorções pelo fato de apresentar duas formas administrativas. Em uma delas, as coordenações regionais da Funasa, tinham o controle e o ordenamento das despesas referentes aos recursos dos distritos e ao mesmo tempo mantinham a “celebração de convênios com organizações indígenas, Organizações Não-Governamentais (ONGs),

---

<sup>8</sup> Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), Medicina Tradicional (MT) é um termo abrangente que envolve vários conhecimentos teóricos, crenças e experiências principalmente de origem nativa e pertinente a várias culturas referente a tratamentos com terapias e plantas (OMS, 2002).

Secretarias de Saúde e Universidades para a execução das ações de saúde nas áreas indígenas” (ATHIAS e MACHADO, 2001, p. 426).

As críticas ao modelo distrital, somadas às reivindicações dos indígenas presentes desde a I Conferência de Saúde Indígena, bem como as dificuldades da gestão pelo órgão, contribuíram para a transferência da responsabilidade da Funasa para a nova secretaria ligada ao Ministério da Saúde, esta denominada Secretaria de Saúde Indígena (Sesai), em 2010, pelo decreto nº 7336/2010 (BRASIL, 2010). A criação da secretaria foi uma proposta debatida anteriormente na IV Conferência Nacional de Saúde Indígena (2006) e implantada posteriormente em 2010. Ferreira et al. (2013, p.11) apontam que “o processo foi marcado por uma ampla participação de representantes da população indígena, pelo diálogo intercultural e por várias rodadas de negociação no governo”.

Dessa forma, a missão da Sesai, de acordo com o Portal da Saúde, Brasil (2015a), objetiva:

a) Desenvolver ações de atenção integral à saúde indígena e educação em saúde, em consonância com as políticas e os programas do SUS e observando as práticas de saúde tradicionais indígenas; b) Planejar e coordenar as ações de saneamento e edificações de saúde indígena; c) Articular com estados e municípios e organizações não governamentais ações de atenção à saúde indígena, respeitando as especificidades culturais e o perfil epidemiológico de cada povo; d) Promover o fortalecimento do Controle Social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; d) Para executar essas ações, a estrutura administrativa da Sesai [...].

Apesar dos esforços, a Sesai manteve a mesma estrutura da Funasa, herdou o quadro de pessoal da fundação e agregou também trabalhadores de outras instituições federais. A contratação dos profissionais vem sendo realizada ainda de forma precária e terceirizada, apesar de ter autonomia administrativa, financeira e orçamentária, considerando que existem denúncias apresentadas sobre a precariedade do atendimento em saúde, que foram feitas ao Ministério Público por parte de indígenas e de organizações não governamentais.

A saída do Distrito da Funasa ocorreu em 2009 buscando construir uma autonomia ligada à Secretaria de Saúde Indígena (Sesai). No entanto, essa mudança não alterou sua organização, e recebeu críticas por ser considerada engessada à burocracia estatal. Esse novo sistema buscava ter autonomia financeira, administrativa e política, no entanto, na prática, padeceu dos mesmos

problemas de que era acusado quando estava dentro da Funasa, mantendo políticas que não atendem às realidades étnicas culturais em saúde dos povos indígenas.

Avaliando a atuação da Sesai em relação ao cumprimento do Subsistema de Saúde Indígena, Cardoso (2014) classifica como de baixa resolutividade, ressaltando questões relacionadas à insuficiência de profissionais habilitados, elevada rotatividade dos profissionais em área e a falta de recursos de infraestrutura e equipamentos, além de estacar a dicotomia entre a relação administrativa dos distritos e as organizações conveniadas que têm o poder de contratar. Cardoso tece ainda críticas à formação que não tem privilegiado as demandas indígenas.

Assim, observa-se que persistem situações como desrespeito quanto às demandas do controle social, privatização dos serviços e terceirização dos contratos, dificuldades quanto à conciliação dos métodos tradicionais e a medicalização junto ao sistema de saúde indígena.

### **3.2. A política de saúde no Acre Purus**

O contato da sociedade nacional com os povos indígenas da Amazônia Ocidental, da Região do Alto Purus, ocorreu em meados do Século XIX por intermédio do processo conhecido como Correrias, em dois momentos: a primeira fase refere-se à “limpeza” da área para a extração do látex com o extermínio dos indígenas; e a segunda, os forçou à escravidão ou servidão pelos seringalistas. Esse evento na história amazônica expôs o cativo e a concentração de indígenas de etnias e culturas variadas, sendo os povos indígenas do Purus escorraçados para o Juruá e vice-versa.

O Século XX em pouco se diferenciou quanto aos contatos da frente de expansão seringalista na região, com a utilização de indígenas para os trabalhos nos seringais e com relatos de violência física e cultural vivenciados pelos indígenas. Os povos indígenas que foram submetidos a Correrias, escravizados ou mortos, acabaram por serem expulsos empreendendo fugas de um território a outro. Antes lutavam com rivais de etnias distintas, posteriormente, eram confinados com os mesmos no trabalho dos seringais (MARTINELLO, 1994; CALIXTO, 1985; RANCY, 1992).

Esse sistema, de acordo com Calixto et al. (1985, p. 59), favorecia “o poder do seringalista”, apresentando uma cadeia de interdependência composta pelo

capital industrial-financeiro, casas aviadoras ou comerciais, seringalistas e seringueiros. Últimos no elo da corrente, os seringueiros e indígenas-seringueiros eram obrigados a consumir tudo o que fosse imposto, tornando-os dependentes, apesar de sua tradição e dos saberes tradicionais, relacionados ao universo sociocultural, tornarem-se fundamentais para o processo de exploração e produção da goma elástica.

A violência imposta provocou a desorganização do universo histórico, econômico, cultural e religioso. Agregam-se aos massacres, as doenças que vitimaram indígenas no contato com as frentes extrativistas, tais como: sarampo, catarro, gripe, catapora, tuberculose, doenças venéreas, entre outras. Essa situação despertou a crença na extinção dos indígenas (UNIÃO DAS NAÇÕES INDÍGENAS DO ACRE E SUL DO AMAZONAS, 2002) na Região do Acre e Sul do Amazonas.

Iniciativas de atuação do Estado com indígenas na Região do Médio Purus ocorreram no início do Século XX, na década de 10, quando se visualizaram ações de políticas para os povos na região por meio do SPI, distantes da realidade do Acre e do Alto Purus. Nesse período, foram criados Postos para a pacificação de Indígenas da etnia Apurinã, Jamamadi, Manchineri, entre outros povos da Amazônia na Região do Purus. Em 1914, surgiu o Posto Indígena Marienê, Seruini ou Pedro Dantas, no Município de Lábrea, Amazonas, resultado de conflitos entre indígenas Apurinã e seringueiros que aconteceram em 1913 (BRASIL, 1930; VIEIRA et al., 2011),

No entanto, somente na década de 20 do século passado esse posto assumiu a função de aldeamento, onde possuíam gado, máquinas e hortas. Porém, a população Apurinã abandonou o posto na década seguinte. O objetivo do posto era a transformação dos indígenas em trabalhadores inseridos na sociedade nacional. Esse posto chegou a aglutinar cerca de 300 indígenas que trabalhavam na produção de roças frutíferas, farinha, açúcar, entre outras atividades (BRASIL, 1930). O SPI enfrentava dificuldades de manutenção, apesar dos postos serem autossuficientes.

Dentre as ações públicas destacou-se, na Região do Acre, na década de 20 do século passado, a instalação da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) com ações de vacinação em Sena Madureira. No entanto, as vacinas não eram consideradas de boa qualidade. Observando que eram ações precárias, mas exclusivamente para o atendimento a não indígenas, o prefeito do Alto Acre em 1925 declarou que o governo federal deveria elencar mais recursos para a saúde do



Acre e menos para as missões que atuavam com indígenas. Como justificativa esse prefeito utilizava um discurso etnocêntrico sobre a inferioridade racial dos povos apoiado no debate da época, resumindo da seguinte forma: “[...] para uma simples civilização de uma raça ainda inculta não se regateiam nos orçamentos, dando folgadas verbas, quando aos partidários da seleção natural chegam a proclamar sua extinção” (VASCONCELOS, 1925, p. 87).

O relatório do Serviço de Proteção ao Índio destaca que os postos de Manuacá, Rio Tuhiny em torno de uma vila que produzia gêneros alimentícios e gado Vacum e o posto do Rio Seruhiny: “posto indígena do Seruhiny foi um centro de operosidade, onde, civilizados e aborígenes, numa fraternidade carinhosíssima, laboraram na obra altamente humana de ‘amansar a terra’ civilizando a gente”. (BRASIL, 1930, p. 14).

Os postos eram considerados pela ideologia salvacionista uma das únicas possibilidades de existência dos indígenas sem a violência que o contato trazia. Até esse período a questão da saúde era restrita ao que denominavam doenças do contato (NOVO, 2010, p.36). Os postos serviam como “proteção”, pois, no relatório são encontradas referências quanto à importância de se produzir sem serem “incomodados pelos civilizados” (BRASIL, 1930, p. 88). O SPI instalou postos indígenas no Purus, com jurisdição e abrangência sobre o Estado do Amazonas e o Território do Acre.

A existência do extrativismo manteve-se de forma precária até a década de 1970 do Século XX, sendo suplantado por um novo modelo econômico capitalista, impulsionado pela expansão da pecuária extensiva na região. Esse foi implantado com o apoio do Estado, que passou a estimular novos sujeitos sociais, como grileiros, madeireiros e fazendeiros, o que contribuiu para que acontecessem impactos na estrutura agrária acreana de forma imediata. No final da década de 1970, um terço das terras consideradas de reforma agrária pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra) que estavam cadastradas, havia sido reconcentrada sob o domínio de investidores do Centro-Sul (PAULA, 2004,1991).

Nesse contexto, avaliado como modernizante, as populações tradicionais e os indígenas eram consideradas empecilhos. Então, a partir dos anos 70 do século passado, com o surgimento da Fundação Nacional do Índio (Funai), iniciou-se o processo de demarcação de parte das terras indígenas, observando que algumas estão em processo de demarcação até os dias atuais.

Na década de 1980, os indígenas organizaram associações e cooperativas culminando com a constituição da União das Nações Indígenas do Acre e Sul do Amazonas, fomentada pelas lutas reivindicatórias, favorecendo uma aproximação junto aos seringueiros. Ambos tinham em comum a luta pela demarcação de terras e a reforma agrária. Esse movimento ficou conhecido como “Aliança dos Povos da Floresta”, antes inimigos, mas unidos pela luta contra o capital latifundiário e especulativo que ocupou a região (PAULA, 1991). Essa aliança contribuiu tanto no âmbito local quanto internacional, denunciando massacres a populações indígenas e extrativistas.

Os problemas agravaram-se com a invasão madeireira no cenário atual. Outras terras indígenas padeceram da mesma situação, como a Terra Indígena Sobral no Rio Chandless (CUNHA, 1998), povo Kaxinawá e a área Apurinã. Vale ressaltar que alguns desses conflitos foram iniciados durante fins do Século XX e permanecem na atualidade. Os indígenas e seringueiros, no que tange a processos reivindicatórios, pautaram a luta pela posse da terra, reivindicando a demarcação das terras indígenas e a criação da Reserva Extrativista.

Esse movimento, inspirado na ideia de reservas indígenas, permitiu aos seringueiros demandar uma reforma agrária nos moldes indígenas. A criação de uma reserva para os seringueiros foi uma necessidade que reconfigurou a participação de seringueiros e indígenas em um novo cenário. O modelo de desenvolvimento do capitalismo, contraditoriamente, favorecia as alianças de setores subalternos, como indígenas e seringueiros, diante das transformações que a Amazônia vivenciava socioambientalmente (PAULA, 2004, 1991; ALMEIDA, 2004).

Observa-se que os cuidados de saúde na Região do Acre-Purus, no início do Século XX, se beneficiaram da forte tradição indígena. A experiência e o conhecimento indígenas destacaram-se no contato com a sociedade não indígena. Os indígenas contribuíram não apenas no trabalho nos seringais, como também em termos de conhecimentos que envolvem o tratamento de enfermidades e doenças, onde não existiam outras possibilidades de saúde pública.

A tradição seguida por indígenas, seringueiros e caboclos, na década de 20 do século passado, fazia a distinção entre os curandeiros e feiticeiros, pois alguns médicos apoiavam as beberagens de plantas e criticavam os feitiços, inserindo-se na discussão proposta por Loyola (1991) quanto à problematização trazida pelas medicinas tradicionais e medicinas alternativas, pois existe uma tendência a

acreditar que curandeiros são os portadores de técnicas, sendo mais respeitados pelos agentes da medicina oficial, diferentemente do trato dado aos agentes não médicos como pajés e pais de santos, representados na relação de classes como inseridos em contextos de subalternidade e negação.

Dessa forma, as práticas de curandeirismo e feitiçaria de acordo com Souza (2014) eram proibidas pelo código de ética da Cidade de Rio Branco de 1913, apesar de serem comuns em virtude dos saberes da floresta e das poucas alternativas de tratamento pelo poder público. No entanto, é bom lembrar que esse conhecimento tradicional era negado e estigmatizado, e os indígenas obrigados a recorrer, no caso de doenças mais graves, ao patrão que os tratava com medicação vinda de Manaus (ALVES, 1992, 2009).

É importante ressaltar que os povos indígenas da Amazônia utilizavam diferentes formas de tratamento de doenças, ressignificadas em contato com a sociedade extrativista, articulando saberes (MENÉNDEZ, 2003, 2006, 2016), aceitável pelo fato do atendimento biomédico ser precário e insuficiente na abrangência da região.

Sempre houve tratamentos usando-se os modelos considerados marginalizados, mas utilizados pela população em relação à atenção na saúde. Souza (2014) aponta a planta Nauiki no tratamento de várias doenças, podendo citar ainda curas feitas com o veneno do sapo, o Kambô ou Kampô<sup>9</sup>, e a Ayahuasca<sup>10</sup>. Por exemplo, o Kambô é retirado da secreção da rã e o seu uso é comum entre os Katukina, e vem sendo também utilizado por não indígenas que buscam no veneno tratamento tanto para o aspecto espiritual quanto físico e contra a panema<sup>11</sup>. O Kambô é um conhecimento tradicional que favorece a relação da mediação interétnica como observa Góes (2007).

No caso da Ayahuasca, bebida tradicional, utilizada em rituais indígenas, esta passou também a ser consumida por não indígenas, dentro da Doutrina do Santo Daime. A bebida foi ressignificada a partir da construção cultural, cristã e afrodescendente com a criação do Alto Santo pelo maranhense Raimundo Irineu Serra <sup>12</sup>. Posteriormente, surgiram outros ramos, outras denominações, como a

---

<sup>9</sup> Phyllomedusa bicolor é a maior espécie do gênero da família Hylidae.

<sup>10</sup> bebida preparada com o caule do caapi ( *Banisteriopsis caapi* ) e folhas de chacrona ( *Psychotria viridis* ). De acordo com Labate e Araújo (2004, p. 253), a palavra ayahuasca é uma referência quêchua à planta *Banisteriopsis caapi* — um cipó da família das Malpigiáceas —, utilizada no preparo da bebida, e que é considerada emicamente uma planta de poder.

<sup>11</sup> Espécie de azar, ou cansaço e perda da vitalidade.

<sup>12</sup> Criador da doutrina do Santo Daime, ele fundou o centro de Iluminação Luz Universal Alto Santo, reconhecido como o pioneiro da religião que mescla várias filiações tendo o cristianismo como principal, mas envolve ainda espiritismo, xamanismo e esoterismo a partir do uso do chá da Ayahuasca. Figura como ser espiritual denominado Juramidã.

Barquinha e a União do Vegetal. No início do Século XX, essas manifestações sofreram preconceito e perseguições, sendo estigmatizadas (MOREIRA e MACRAE, 2011) por serem resultados de um sincretismo, no caso, afro-brasileira e indígena.

Ressaltando que no caso da Ayahuasca entre os indígenas, algumas etnias as denominam de Mariri (Kaxarari), Huni (Yawanawa) e Nixi Pae (Huni Kuĩ) e hoje disputa junto com as religiões conhecidas, como ayahuasqueira, o protagonismo <sup>13</sup> quanto ao reconhecimento.

Retomando a questão da saúde, ressalta-se que é a partir do Século XX que surtos de doenças do contato acometeram as populações indígenas, como: malária, sarampo e febre amarela, entre outras. Algumas dessas doenças ainda são comuns, e outras passaram a ser usuais, tais como: tuberculose, infecções respiratórias, hepatites e doenças sexualmente transmissíveis, que atingem os povos da Amazônia sul ocidental.

O desconhecimento das doenças do contato <sup>14</sup>e a forma com que estava estruturado o Sistema de Aviamento impuseram novas formas de tratamento, fazendo com que a tradicional medicina praticada pelos indígenas e pela população local fosse desacreditada, proibida e satanizada, diante do modelo imposto pelo seringal, mantendo o seringueiro e os indígenas cativos, tendo de comprar e vender somente do Barracão,<sup>15</sup> inclusive medicamentos.

Apesar das diferentes situações em que se encontram os povos indígenas, grande parte destes ainda recorre aos modelos tradicionais que se complementam com os biomédicos em última instância, destacando as dificuldades de utilizar os tratamentos que são ofertados pela saúde indígena. Muitas das medicações que são receitadas aos pacientes indígenas não são ingeridas, e assim perdem seus efeitos no tratamento de doenças como tuberculose, hepatites, entre outras.

Buchillet (1991) acredita que uma forma de buscar tratamento seria a utilização do itinerário terapêutico, em que se utiliza diferentes interpretações para realizar o diagnóstico e o tratamento, considerando primeiro a compreensão da

---

<sup>12</sup> A II World Ayahuasca em outubro de 2016 retratou os usos terapêuticos da planta, o reconhecimento como patrimônio cultural, a apropriação pelas religiões ayahuasqueiras e a liberação pelo conselho antidrogas (Conad). Em reação os indígenas organizaram a I Conferência de Ayahuasca denominada de Yubaka Hayrá na Terra Indígena Puyanawa em dezembro de 2017, para discutir a importância da planta quanto ao sagrado, função de cura, incluindo a discussão do reconhecimento dos indígenas como portadores da Tradição.

<sup>14</sup> Doenças infecciosas como gripes, malárias, hepatites entre outras, adquiridas após o contato com não indígenas.

<sup>15</sup> Sede do Seringal onde ocorriam as transações sociais e comerciais e onde residia o seringalista.

família ou do xamã para designar a causa das moléstias, e depois da medicina ocidental.

A experiência na saúde indígena demonstrou que a percepção das equipes diante desse contexto tem sido de perplexidade e conflitos, devido à incompreensão dos conceitos socioculturais e valorização do biomédico, dificultando o diálogo junto aos indígenas.

### **3.3. Diversidade sociocultural da população indígena na região**

Os povos indígenas situados no DSEI Alto Rio Purus apresentam uma diversidade de línguas e culturas localizada em um mesmo território geográfico, compreendendo povos que originalmente não pertenciam a estas áreas. Observa-se que a definição de Distrito fundamentou a distribuição dos povos indígenas por polos-base, no intuito de compreender a organização socioespacial e territorial da Região do Alto rio Purus.

Fazem parte desse Distrito, indígenas dos grupos étnicos: Apurinã, Jamamadi, Jaminawa, Kaxarari, Kaxinawá (Hunĩ Kuĩ), Kulina (Madja) e Manchineri, predominando os troncos linguísticos: Pano, Aruak e Arawá. A população é de 9.763 indígenas, dividida em torno de 1.886 famílias que residem nas 126 aldeias de sua abrangência (ACRE, 2012). O acesso é feito usando-se carros, barcos e aviões de pequeno porte. Atualmente, desenvolvem atividades de subsistência, criação de pequenos animais e colheita de produtos extrativistas. As aldeias têm casas construídas com palhas e paxiúba. As exceções ocorrem de acordo com a proximidade das cidades circunvizinhas, que podem ter casas construídas com madeira beneficiada e cobertura de alumínio ou madeiras.

A seguir, o demonstrativo da disposição das terras indígenas do Purus por etnia.

**Quadro 5: Terras indígenas do Acre e Sul do Amazonas correspondente ao Distrito Sanitário Especial Indígenas Alto Rio Purus, 2015.**

TERRA INDÍGENA	ETNIA	UF	MUNICÍPIO	SUPERFÍCIE
Alto Rio Purus	Kaxinawá, Kulina Pano	AC	Manoel Urbano, Santa Rosa do Purus	263.129,81
Cabeceira do Rio Acre	Yaminawa	AC	Assis Brasil, Sena Madureira	78.512,58
Jaminawa do Rio Caeté	Yaminawa	AC	Sena Madureira	0
Mamoadate	Yaminawa, Machineri	AC	Sena Madureira, Assis Brasil	313.646,87
Manchineri do Seringal Guanabara	Machineri	AC	Sena Madureira, Assis Brasil	0
Riozinho do Alto Envira	Isolados	AC	Santa Rosa do Purus, Feijó	260.972,03
Água Preta/Inari	Apurinã	AM	Pauini	139.763,67
Apurinã km 124 BR-317	Apurinã	AM	Lábrea, Boca do Acre	42.197,61
Baixo Seruini	Apurinã	AM	Pauini	0
Baixo Tumiã	Apurinã	AM	Pauini	0
Boca do Acre	Apurinã	AM	Boca do Acre, Lábrea	26.240,42
Caiapucá	Yaminawa	AM	Boca do Acre	0
Camadeni	Jamamadí	AM	Pauini	150.930,55
Camicuã	Apurinã	AM	Boca do Acre	58.519,60
Catipari/Mamoria	Apurinã	AM	Pauini	115.044,35
Guajahã	Apurinã	AM	Pauini	5.036,84
Igarapé Capana	Jamamadí	AM	Boca do Acre	122.555,66
Inauini/Teuini	Jamamadí	AM	Boca do Acre, Pauini	468.996,30
Jaminawá da Colocação São Paulino	Yaminawa	AM	Boca do Acre	0
Kaxarari	Kaxarari	AM/ RO	Porto Velho, Lábrea	145.889,98
Kaxarari - AM RO	Kaxarari	AM/ RO	Porto Velho, Lábrea	0
Massekury/Kãmapa	Jamamadí, Apurinã	AM	Boca do Acre	0
Seruini/Mariene	Apurinã	AM	Pauini, Lábrea	144.971,37

**Fonte:** Adaptado da página da BRASIL (2015a).

Muitas terras indígenas estão localizadas bem próximas às áreas urbanas dos municípios do Acre vizinhos ao Peru e à Bolívia, atravessando os rios, ou mesmo dentro da zona rural ou urbana, promovendo uma verdadeira perambulação entre aldeias, cidades e países fronteiriços.

Essa dinâmica favorece uma verdadeira perambulação, promovendo o que Castela e Muniz (2009) acreditam ser resultante de conflitos identitários e territoriais, como no caso dos Jaminawa que perambulam pelas diversas cidades fronteiriças aos países e estados localizados na bacia do Purus, numa perspectiva promovida pela relação entre tradição e modernidade. Esse movimento é resultante de novas perspectivas reivindicatórias por terra, saúde, educação e também da manutenção de antigos hábitos de perambular pelo território fronteiriço, que é anterior ao contato com a sociedade nacional.

Essa configuração também favorece novas formas de exploração da mão de obra indígena, promovendo o contato com o trabalho em fazendas ou nas áreas urbanas próximas. Assim, desde o início do Século XX até os dias atuais, muitos indígenas são incorporados como trabalhadores temporários nas cidades da região da Amazônia sul ocidental.

Na década de 1970, a implantação da pecuária na região definiu novas fronteiras estabelecidas na abertura de estradas que passam por territórios indígenas e estas foram definidas pela política do governo militar para a Amazônia, atingindo Mato Grosso, Rondônia e Acre com o processo de colonização (ALVES, 1992; 2009). Colonos do Sul, mineradoras, pecuaristas e grileiros confrontaram-se pelas terras da União, expulsando as populações indígenas e instituindo conflitos pela posse da terra, que permanecem.

O processo de organização dos povos indígenas e a sua dinamicidade territorial fomentaram uma espacialização que envolve modificações relacionadas à experiência do contato com a sociedade etnicamente diferenciada, redefinindo conceitos sobre as representações de seu universo “cultural”. Essa abordagem nem sempre cabe na interpretação da atuação que as políticas e a assistência em saúde exigem.

### **3.4. Levantamento histórico das ações e políticas de saúde na Região do Alto Rio Purus**

Com a crise da borracha, nos anos subsequentes, um novo movimento se desenhou para a região com a expansão da fronteira para a Amazônia, descrito por Darcy Ribeiro (1970) como um período de extermínio de indígenas na faixa de 73,4% de mortes. Esse processo ocorreu no Governo de Vargas na década de 1950

e assumiu maiores contornos na ditadura militar que apoiou a iniciativa privada para a exploração dos recursos naturais, em detrimento de indígenas. Nesse processo, também os extrativistas, ribeirinhos e populações tradicionais não indígenas da Amazônia foram expulsos de seus territórios com a abertura de estradas como a construção da BR-364 no caso específico do Acre, sul do Amazonas e Rondônia (ALVES, 1992; 2009). De fato, o caso da rodovia BR-364 é emblemático do que aconteceu aos povos tradicionais, mobilizando quanto às denúncias de atrocidades promovidas na construção da rodovia. As denúncias eram sobre grilagem de terras, expulsão de seringueiros e indígenas; assassinatos e desmatamentos impediram novas remessas de recursos dos bancos mundiais aos governos da Amazônia para a pavimentação de rodovias, em especial a BR-364.

A destruição dos territórios indígenas também promoveu a mortalidade crescente, estes ficaram assolados e devastados por doenças e por invasão de parte de seus recursos naturais. A saúde indígena ficou comprometida devido à danificação do meio ambiente. Vários foram os relatos resultantes de conflitos com grileiros, madeireiros e construtoras, como a Mendes Junior. Os Kaxarari tiveram suas reservas de granito exploradas para a construção da BR-364, o que resultou em mortes devido à fome, malária, envenenamento e assoreamento dos rios (ALVES, 1992; CUNHA 1998).

Entre a década de 1950 e 1967, quando surgiu a Funai, existem poucas referências para a região na questão de saúde e educação. As menções à atuação da Funai só ocorrerão em meados da década de 1970, com a perspectiva da regularização de terras para não obstaculizar o progresso. A atuação quanto à perspectiva em saúde objetivava, principalmente, imunização e atendimento a populações longínquas dos centros de saúde e de áreas urbanas (BRASIL, 2004a). Essa atuação mantinha auxiliares de enfermagem em poucas aldeias, fornecia remédios e removia pacientes para a Casa do Índio em Rio Branco (BITTENCOURT et al., 2005).

A chegada da Funai no Acre e Sul do Amazonas em meados da década de 70 do Século XX representou a delimitação de terras indígenas, no entanto, o contexto de sua criação ocorreu em meio a denúncias de massacres a povos indígenas na Amazônia, pois em alguns casos davam certidão negativa sobre a existência de indígenas nas terras e, em outros, fazia a regularização das mesmas. Pois, a Funai representava o aparato do Estado na integração dos indígenas a



sociedade de forma a garantir a expansão econômica e capitalista brasileira, preconizada pelo modelo autoritário de Estado.

A luta pela demarcação de terras e por direitos sociais, ainda não conquistados no Acre promoveu o surgimento de organizações indígenas e indigenistas. No final da década de 1970, estas passaram a fazer a defesa dos direitos das populações consideradas tradicionais, como seringueiros e indígenas, destacando, entre outras, para o Acre e Sul do Amazonas, a Comissão Pró-Índio (CPI), o Conselho Indigenista Missionário e a Operação Anchieta (OPAN) atuando na saúde e outras diversas frentes como educação e meio ambiente.

Em meados da década de 1980, teve início o trabalho com a formação de recursos humanos para atuar na saúde com o objetivo de atender à imunização, higiene e ao saneamento ambiental pela Comissão Pró-Índio do Acre (COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO DO ACRE, 2001). Essa também atuou no processo formativo dos Agentes Indígenas de Saúde Acre em parcerias com a Universidade Federal Fluminense, com a Secretaria de Saúde do Acre e com a União das Nações Indígenas do Acre e Sul do Amazonas (UNI).

No período em questão, alguns indígenas foram realizar aperfeiçoamento na Fundação Osvaldo Cruz (COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO DO ACRE, 2001). Porém, eram experiências pontuais que não atingiam todos os povos indígenas, e a ampliação dessa discussão só ocorreu mais tarde junto ao Distrito Sanitário Especial Indígena. No entanto, como este trabalho pretende demonstrar a formação, manteve-se insuficiente para atender às necessidades profissionais e em saúde na Região do Alto Rio Purus.

Apesar do processo de descentralização administrativa e política retirar da Funai as ações em saúde para a Funasa, a atuação deste órgão só iniciou em 1999 com a construção do Distrito Sanitário Especial Indígena do Acre e no Sul do Amazonas, com base em uma parceria com os indígenas por intermédio da União das Nações Indígenas do Acre e Sul do Amazonas. Dessa forma, os indígenas da região assumiram novos desafios, impostos pela política indigenista, envolvendo a participação na gestão de políticas sociais, o que para a Amazônia Sul fazia parte de lutas antigas.

Essas lutas indígenas demonstravam a organização e participação de várias filiações a organizações indígenas dentro do território do Juruá e Purus que apoiavam a UNI, que desde o seu surgimento em 1984 (BITTENCOURT et al., 2005)

até a sua legalização em 1991, atuava com diversos programas e projetos, incluindo a saúde indígena por meio de muitas parcerias com Organizações não Governamentais. Importantes no período anterior no fomento para a participação dos indígenas, destacaram-se as organizações religiosas como a Igreja Católica, por intermédio do Conselho Indigenista Missionário (CIMI), e a Comissão Pró-Índio do Acre, ambas com atuação na década de 80 (UNIÃO DAS NAÇÕES INDIGENAS DO ACRE E SUL DO AMAZONAS, 2002).

A gestão da União das Nações Indígenas do Acre e Sul do Amazonas junto ao Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Purus aconteceu pelo convênio com a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), entre o período de 1999 a 2004, pautando-se nos serviços de atendimentos às aldeias e contratação de equipes multidisciplinares de trabalho (EMSI), compostas por: médicos, enfermeiros, odontólogos e Agentes Indígenas de Saúde. Essa era uma estratégia usada pela Funasa no sentido de utilizar parcerias com organizações indígenas, beneficiando o protagonismo de lideranças e a tematização de lutas diversas, principalmente por autonomia e conquistas de direitos. Essa estratégia fez parte de um cenário em que se envolveram parcerias com Organizações não Governamentais, no sentido de reivindicações e de construção de políticas para indígenas, destacando a saúde, educação, demarcação de terras, entre outras questões.

Nesse sentido, as políticas eram reivindicadas e pautadas por indígenas, e não por representação, o que contribuiu para a afirmação de sua etnicidade, com isto, modificou-se a discussão entre a atuação do Estado junto aos indígenas. Foram os indígenas que assumiram o cenário antes ocupado pelas organizações indigenistas, marcadas pelo diálogo representativo, contexto classificado como de intervenção entre políticas de Estado e indígenas (OLIVEIRA, 2000; MARROQUÍN, 1972).

Nessa perspectiva, Garnelo (2004) aponta que os convênios com organizações indígenas representaram algo inédito no Brasil, atuando de forma positiva, favorecendo os indígenas encontrar um caminho afirmativo com poder dentro da sociedade não indígena. Esses convênios representavam a construção de uma nova identidade junto aos povos indígenas, enfatizando novas afirmações de poder dentro do grupo ao assumir postos na saúde indígena, como os de Agente Indígena de Saúde, Agente Indígena de Saneamento, entre outros. Esses convênios

passaram a constituir novas facetas de poder instituídas baseando-se em políticas públicas e na construção da saúde indígena.

Segundo Garnelo (2004, p.44), “[...] o controle das organizações indígenas pelo poder local é forte o suficiente para enfrentar o interesse e prioridades de ONGs de financiadores e destituir lideranças apontadas como demasiado subservientes aos ditames dos brancos”. Nesse processo, ocorreram divergências entre as abordagens sobre quais definições eram prioridades aos indígenas, diferenciadas de suas reivindicações. Oliveira (2000, p. 2014) considera esse processo como sendo próprio do “diálogo interétnico” [grifo nosso], fazendo parte das “relações dialógicas entre os povos indígenas e o Estado nacional, isto é, no macroespaço de interseção das políticas indígena e indigenista”, onde há necessidade de uma ética ou eticidade no conflituado diálogo de negociação.

Ressalta-se que a UNI construiu respeitabilidade e prestígio em diversas frentes relacionadas à demarcação de terras, representações de lutas indígenas, entre outras questões. No entanto, a gestão da saúde não conseguiu manter o mesmo desempenho, ocorreram dificuldades no gerenciamento, sofrendo intervenção do governo federal por intermédio da Funasa no final de 2004. Os serviços ficaram prejudicados nos dois distritos, pois a entidade atuava junto ao Distrito Sanitário Alto Rio Purus e também junto ao Alto Rio Juruá (SOUZA, et al., 2010).

A organização teve seus bens leiloados e sua sede vendida para cumprir atendimento da justiça em função de causas trabalhistas, inserindo-se no contexto de atuação de ONGs indígenas que sofreram a intervenção naquele período. Considera-se a conjuntura do processo vivenciado pela União das Nações Indígenas do Acre e Sul do Amazonas como resultante de políticas neoliberais paradoxais, que por um lado a transforma em responsável pela burocracia dos programas, destituindo-os do caráter crítico, aumentando os conflitos decorrentes destes programas e da política social, e por outro sugerem maior autonomia e respeitabilidade às lutas indígenas (GARNELO e SAMPAIO, 2005; SOUZA, et al., 2010).

As concepções diferenciadas das entidades conveniadas explicam em parte o fracasso da atuação das ONGs, em especial a UNI, por ser uma organização indígena que concebe as questões em saúde de maneira distinta, desvinculada de preocupação burocrática. Esse fator era acentuado quanto às contestações de

ordem político-administrativa, que envolviam duas frentes: de um lado o Distrito Sanitário Especial Indígena, subordinado à Coordenação regional da Funasa Acre e, de outro, o Departamento de Saúde Indígena (Desai) ligado à presidência da Funasa, ficando os indígenas entre a disputa de poder com a autonomia questionada. A inadimplência foi o fator que veio à tona valendo-se de auditorias do próprio órgão de saúde patente nas prestações de contas.

Com o descredenciamento da organização, a Funasa passou a ser gestora, por meio das Portarias 69/2004 e 070/2004, que redefiniram a gestão, retirando do repasse das conveniadas os recursos anteriormente destinados a este fim. Efetivamente atribuiu à Funasa a normatização e regulamentação das diretrizes da gestão de saúde indígena, deixando aos Estados, Municípios e Instituições governamentais e não governamentais a atuação de forma complementar na execução das ações. Dessa forma, centralizando os recursos e a gestão.

A avaliação do relatório distrital de saúde desse período (BRASIL, 2005a) apontou que as ações executadas pela conveniada UNI não tinham acompanhamento do trabalho das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, sendo estas consideradas incipientes e sem sistematização. A falta de sintonia, segundo o relatório, causou prejuízos quanto ao levantamento de doenças que acometiam os povos indígenas do Purus. Essas informações são visibilizadas no Sistema de Informação e Atenção à Saúde Indígena (SIASI), resultado da falta de atendimento nas aldeias. Sem funcionar a logística de transporte e sem repasses de recursos, o sistema de atendimento aos indígenas entrou em colapso: “[...] com salários atrasados, falta de medicamentos e insumos para desenvolver as atividades não havia condições de trabalho” (BRASIL, 2004b, p. 2.).

O Distrito Sanitário Alto Rio Purus passou a subordinar-se à Coordenação Regional da Funasa do Acre (Core Acre), com recursos da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), e conveniou-se com as prefeituras municipais por meio da formalização de Termos de Compromisso. Esses foram assinados com a FUNASA no sentido de administrar os recursos e atender à contratação de equipes multidisciplinares. Outra fonte de recursos (BRASIL, 2005a) para o desenvolvimento de capacitação veio do Projeto de Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (VIGISUS II).

De acordo com o relatório de gestão da Core Acre, foram utilizados recursos do VIGISUS II <sup>16</sup> em capacitações, como a Oficina de Iniciativas Comunitárias, Capacitação das Parteiras, Viabilização das Conferências de Saúde Indígena e Capacitação Pedagógica para Formação de Instrutor/Supervisor de Agente Indígena de Saúde - AIS.

No entanto, a assistência prestada pelo DSEI Alto Rio Purus na vigência da Coordenação Regional da Funasa no Acre, a exemplo de outras regionais, sofreu críticas do movimento indígena, como apontada por Garnelo (2012, p. 48): “Os protestos indígenas não tardaram a se tornar públicos, redundando em inúmeras denúncias públicas e junto ao Ministério Público Federal numa espiral que cresceu vertiginosamente nos três anos seguintes”. Invasões ao distrito se repetiram no norte do país, inclusive no Acre, quando mais de 40 indígenas invadiram a sede da Fundação Nacional da Saúde (Funasa) em Rio Branco permanecendo por mais de seis meses, culminando então com a saída do Coordenador do Distrito. Em 2010, 50 funcionários foram feitos reféns, liberados com a chegada de representantes da Polícia Federal e do Ministério Público Federal.

É importante destacar que houve casos de agravamento de doenças no período em que o convênio passou para as prefeituras e que a Funasa assumiu os dois Distritos Sanitários Especiais Indígenas, Alto Rio Purus e Alto Rio Juruá, tendo surgido surtos de rotavírus, pneumonias, hepatites, entre outras, com óbitos (BRASIL, 2005a). A maioria dos pacientes se deslocou para Rio Branco, Acre, para serem atendidos na Casa de Saúde do Índio, a Casai. Essa casa, administrada pelo distrito contava com profissionais sem experiência e oriundos da Funasa em sua administração. Um dos fatores de críticas ao trabalho da instituição foi o despreparo dos funcionários e a resistência ao trabalho com indígenas, visto que esta instituição foi formada por trabalhadores da antiga Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam) com a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, com experiência no campo da saúde, mas sem diálogo com os indígenas.

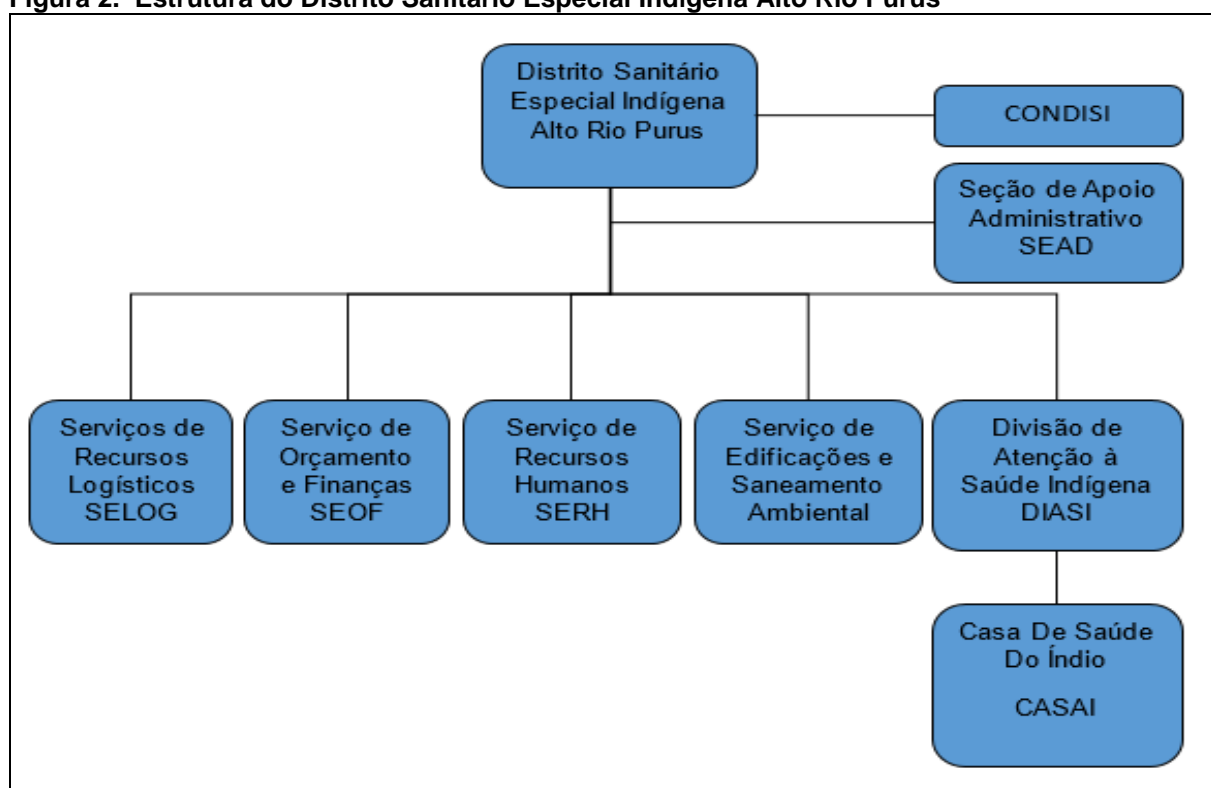
---

<sup>16</sup> Projeto Vígisus II da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) tinha os seguintes objetivos: “1) desenvolver estratégias para a articulação entre os sistemas médicos indígenas e o sistema oficial de saúde; 2) contribuir para a valorização, fortalecimento, manutenção e atualização dos saberes e práticas tradicionais de cuidado com a saúde; 3) produzir conhecimentos que subsidiem a construção de políticas públicas voltadas para as medicinas tradicionais indígenas; 4) colaborar consolidando a atenção diferenciada à saúde indígena” (FERREIRA, 2007).

### 3.5. A implementação da atual política de saúde indígena no Alto Rio Purus

A atual política de saúde tem como base a Lei nº 8.080/90, referente ao subsistema de saúde, o Decreto nº 3.156/99 que cria os distritos e a Portaria nº 3.965/2010 que instituiu a Secretaria Especial de Saúde Indígena. O planejamento do Distrito prevê uma implementação de cinco anos. A estrutura mantém as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) em área, compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e odontólogos atuando no âmbito de todo o Distrito. A aprovação do plano deve considerar a participação dos indígenas, dos profissionais de saúde e de instituições de saúde, organizações não governamentais e universidades. Atualmente, o DSEI Alto Rio Purus funciona com a seguinte estrutura: Seção de Apoio Administrativo (SEAD), Serviços de Recursos Logísticos (SELOG), Serviço de Orçamento e Finanças (SEOF), Serviço de Recursos Humanos (SERH), Serviços de Edificações e Saneamento Ambiental (SESANI), Escritório Local, Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI) e a Casa de Saúde do Índio (CASAI).

**Figura 2. Estrutura do Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Purus**



Fonte: adaptado de Brasil (2017) <sup>17</sup>

<sup>17</sup> <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/quem-e-quem-sesai>.

O Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Purus (DSEI/ARP) atua em parte da Amazônia Ocidental, compreendendo a Região do Vale do Acre, envolvendo os municípios acreanos Assis Brasil, Manoel Urbano, Santa Rosa do Purus e Sena Madureira, e parte do Sul do Estado do Amazonas: Boca do Acre, Pauini e uma parte de Lábrea (figura 3,4 e 5). E aí que está localizado um pedaço da Terra Indígena Kaxarari, que também ocupa o Estado de Rondônia (Porto Velho).

Nessa região existem 23 terras indígenas (Tabela 1) com sete polos-base que têm 11 equipes multidisciplinares de saúde indígena, compostas por oito odontólogos, 12 enfermeiros, 21 técnicos e auxiliares de enfermagem, 8 Auxiliares de Saúde Bucal (ASB), 39 Agentes de Saneamento Indígena (AISAN) e 204 Agentes Indígenas de Saúde (AIS) Brasil (2012). Contudo, faltam médicos, apenas um faz o atendimento em toda a abrangência do Distrito. A partir de 2013, com a instituição do “Programa Mais Médicos”, as áreas indígenas foram contempladas com profissionais deste programa que atuam em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, destacando-se os distritos do Purus e Juruá com aproximadamente 18 médicos (MOLINA et al., 2016).

O programa conta com uma diretriz que define a participação de universidades, como a Universidade de Brasília, no apoio quanto à especialização em saúde indígena aos médicos que iniciam nas áreas do DSEI. Uma equipe de profissionais das instituições em saúde compõe a Comissão Estadual do Programa Mais Médicos no Acre. São essas: a Secretaria Municipal de Saúde (Semsu), o Ministério da Saúde (MS), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIS) Alto Purus, além dos profissionais da atenção primária <sup>18</sup>.

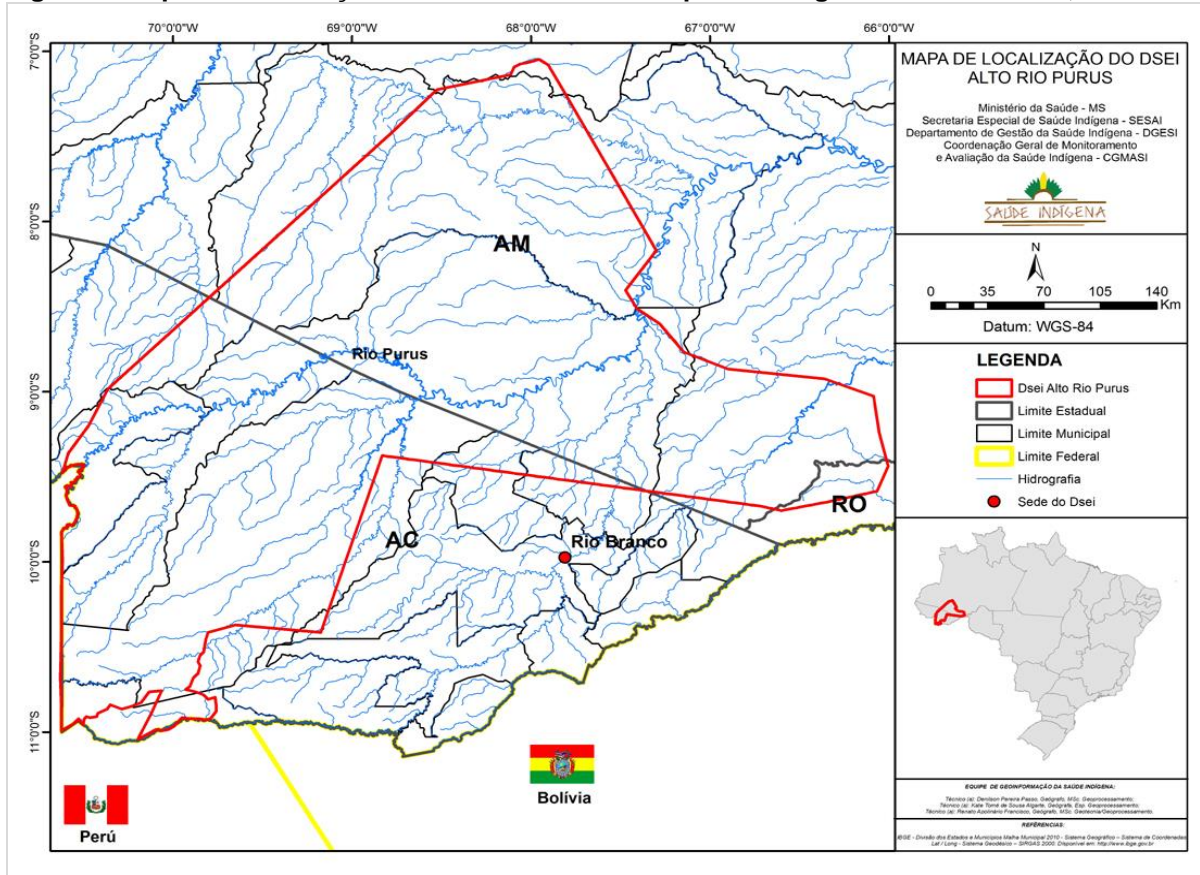
A atenção está voltada para os povos que compõem esses distritos, pertencentes às famílias linguísticas Pano, Aruak e Arawá, compreendendo os Kaxarari, Huni Kuĩ (Kaxinawa) e Jaminawa como Pano; Manchineri, Apurinã e Jamamadi, família linguística Aruak; e como Arawá os Madjá (Kulina) (FLORIDO, 2008). Conforme já mencionado, a população foi estimada em torno de 9.763 indígenas, dividida em 1.886 famílias que residem nas 126 aldeias de sua abrangência, sem, no entanto, contar com a população de isolados, que não foi

---

<sup>18</sup> Atenção primária “é uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades” (MATTA E MOROSINI, p. 44, 2009). Esse é um conceito retirado do modelo inglês de atenção.

quantificada e está localizada no Rio Chandless. Grande parte dos povos indígenas dessa região é bilíngue. Já no caso dos Huni Kuĩ (Kaxinawá) e Madija (Kulina), que se localizam na fronteira com o Peru, e dos Manchineri na fronteira com a Bolívia, são trilíngues, falam a língua materna, o português e o espanhol.

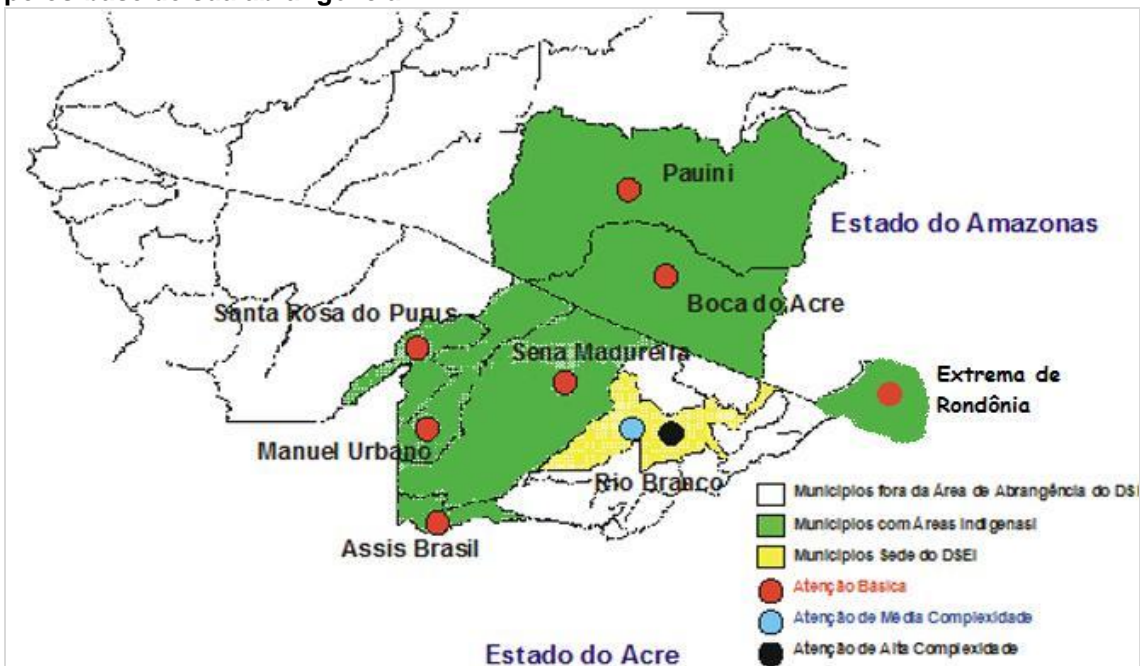
**Figura 3. Mapa de localização do Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Purus, 2014.**



Fonte: BRASIL, 2014.

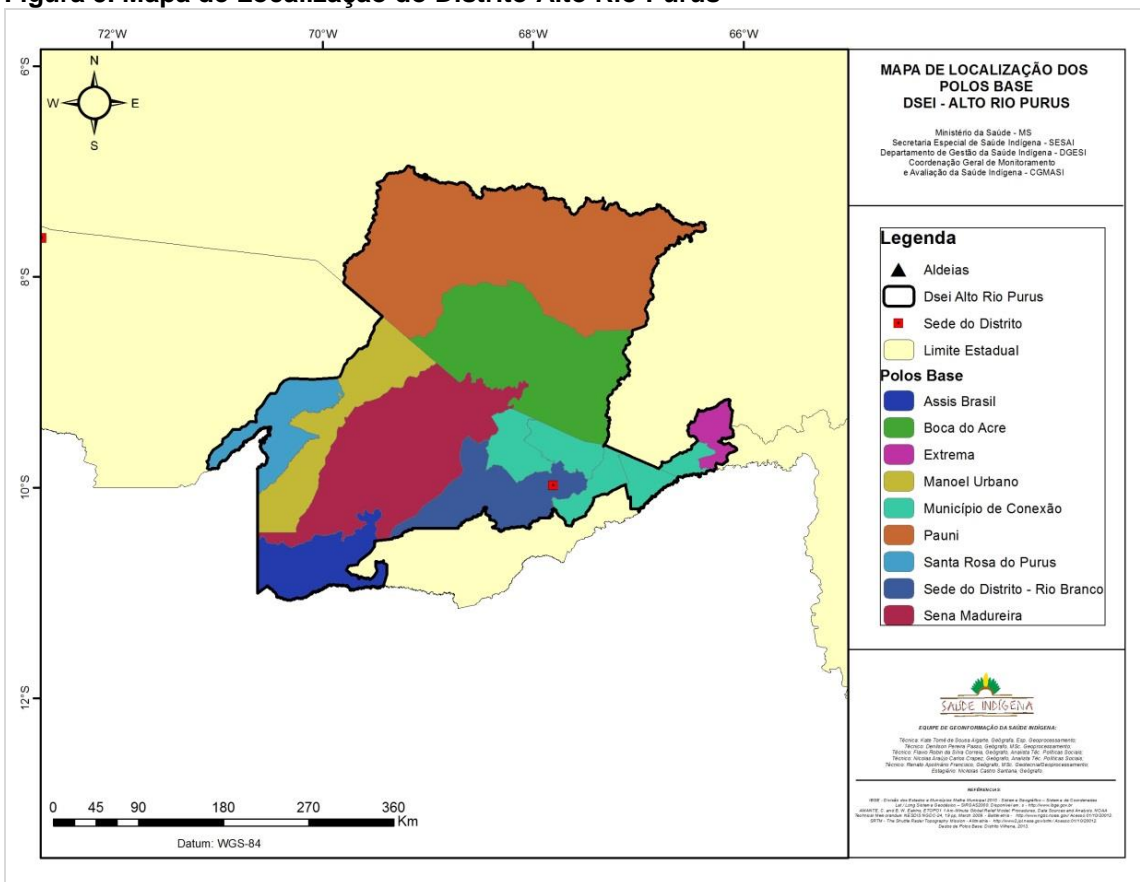


Figura 4. Localização da sede do Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Purus e dos polos-base de sua abrangência.



Fonte: BRASIL (2001).

Figura 5. Mapa de Localização do Distrito Alto Rio Purus



Fonte: BRASIL, MS, SESAI, 2013.

### **3.6. Situação em saúde da população indígena no DSEI Alto Rio Purus**

A situação em saúde dos povos indígenas do Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Purus relaciona-se às modificações que vêm acontecendo no contato. As doenças constantes são, de acordo com a coordenação do Dsei (BRASIL, 2012), ligadas a doenças intestinais, anemias ou desnutrição aguda, ainda a infecções respiratórias agudas e às hepatites que têm aumentado entre a população indígena. A destruição dos ecossistemas naturais devido à intensidade da pecuária extensiva na Região do Purus colabora para a consequente destruição de córregos, redução da caça e dos peixes, comprometendo ainda o consumo de água potável. A maior parte dos rios e córregos tem grande intensidade no período chuvoso, visto que a destruição das nascentes comprometeu os cursos de água pelo desmatamento e assoreamento.

Esse processo de destruição impacta diretamente na saúde dos povos indígenas, visto que a terra, a agricultura itinerante, o manejo de recursos naturais, à caça e flora são fundamentais para a sua subsistência, considerando ainda as perspectivas sociocosmológicas relacionadas aos animais, a floresta e os antepassados.

Essa perspectiva não é observada pelo modelo de política da Sesai que instituiu o saneamento (Brasil, 2012) através de melhorias sanitárias e construção de poços em alvenaria, herança do período da Funasa, como solução para as doenças e os impactos ambientais. Contudo, hoje, menos de 5% dos projetos estão em funcionamento em relação às 98 obras construídas na Região do Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Purus.

O insucesso dos projetos pode ser relacionado a diversos fatores, destacando-se, inicialmente, aspectos socioantropológicos como a relação dos indígenas com suas fontes de água que se apresenta de forma interconectada com as necessidades de obtenção de alimentos, consumo e moradia, bem como a localização de suas malocas onde também são descartados os dejetos.

Outros aspectos são técnicos, relacionados aos modelos de captação de água potável implantados pelo Distrito que não se aplicam à infraestrutura das aldeias. A maioria dos locais escolhidos para a construção de poços e/ou proteção de nascentes sofre com desmoronamentos, sendo incorretamente selecionados ou mal planejados. Implicando a compreensão das lógicas interculturais que visualizam

os indígenas com a perspectiva de integração ao modelo regional, desconsiderando outro elemento, a perspectiva ambiental, relacionada às cheias e secas periódicas dos mananciais.

Fatores apontados na pesquisa junto à Sesai Acre pelos técnicos do Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Purus:

No meu ponto de vista hoje, o saneamento está procurando, e para que as coisas aconteçam tem a parte burocrática, porque os projetos que não foram aprovados esse ano, é a parte de Brasília, porque tem muita burocracia e parte técnica daqui eu acho que está sendo feita, a parte que está acontecendo nos cantos que os sistemas não estão funcionando que nem Boca do Acre que tem problema de desmatamento, também muitos dos poços, também foram cavados em cantos inadequados, isso aí foi no tempo da Funasa esses poços. E hoje, foi feito um estudo geológico para quando for, os projetos tiverem aptos a serem construídos pelas empresas, as empresas ganharem as licitações. Foi feita uma geologia, um estudo para que os poços sejam nos cantos adequados. Não era. Esse estudo não existia! (Técnico em Saneamento da Sesai, 2016).

A discussão do saneamento agrega-se à crítica dos impactos provocados por projetos institucionais implantados pela Funai, que introduziu animais bovinos em terras indígenas, contribuindo ainda mais para o agravamento do problema hídrico e socioambiental, pois nas áreas indígenas em que estes animais estão as nascentes e plantações são destruídas. Outra questão relevante a ser debatida são as alternativas de sobrevivência que os povos indígenas encontram, tais como o trabalho de desmate em fazendas próximas à sua terra, que atua em uma dupla contradição, a destruição do meio ambiente e *habitat* natural de caça, e o pagamento com gado, contribuindo ainda mais para os impactos em terras indígenas.

## **CAPÍTULO IV: FORMAÇÕES PARA AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE NO BRASIL**

### **4.1 Histórico e características dos Agentes Indígenas de Saúde no Brasil**

A proposta do atual modelo de atenção à saúde indígena tem como uma das principais referências a discussão da Atenção Primária à Saúde, formulada a partir da Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde (DECLARACAO DE ALMA-ATA, 1978), realizada em Alma-Ata, na extinta União Soviética, pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Naquele momento, consolidou-se o ideário de que a saúde envolve aspectos econômicos, políticos e sociais. E, foi também nesse fórum que se disseminou a proposta de incorporação de moradores das comunidades nas equipes de saúde, tais como os Agentes Comunitários de Saúde, Agentes de Endemias e Agentes Indígenas de Saúde.

A formulação destaca características de enfoque multissetorial, comunitário e popular <sup>19</sup> da medicina no treinamento de agentes locais. A conferência apontou como objetivo a promoção, prevenção, cura e reabilitação a um custo acessível, e a garantia de respeito, reconhecimento e colaboração entre os representantes das práticas tradicionais e os da biomedicina.

Considerando-se as formulações de Alma-Ata, algumas experiências foram construídas no Brasil por meio de iniciativas de universidades e organizações não governamentais (ONG) a partir da década de 1980, preparando os indígenas para atuar no contexto da atenção primária. Assim, foram realizadas formações visando a capacitá-los para atividades de atenção básica, em que “não havia outros profissionais, ou para atender surtos de doenças epidêmicas” (Langdon et al., 2006, p.2638).

#### **4.1.1. O papel das Conferências Nacionais de Saúde Indígena na formação dos Agentes Indígenas de Saúde**

O debate acerca da formação e sobre a importância do papel dos AIS ganhou impulso a partir das conferências de Saúde Indígenas que acrescentaram elementos para a construção dessa política, tanto que, a primeira conferência em 1986 propôs

---

<sup>19</sup> O termo Multissetorial vem sendo apropriado no sentido de sugerir a participação de diversos setores presentes na comunidade. E essa por sua vez é considerada como espaço geográfico, mas também pelas particularidades dos indivíduos que nela residem.

estimular a formação do pessoal em saúde, representantes das comunidades (agentes de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiros etc.).

Após um período de sete anos, durante a segunda conferência em 1993, manteve-se a ênfase na formação de recursos humanos, acrescentado que se considerasse o respeito às medicinas tradicionais; desta forma, propondo discutir postura ética e profissional, preconceitos e discriminação no trabalho com a saúde indígena, e também combatendo o etnocentrismo e o caráter estritamente tecnológico. Essa conferência apontou diretrizes quanto à responsabilidade do AIS na promoção social da vida humana, discutindo o reforço sobre a autonomia dos povos indígenas, destacando o seu papel político.

Outro destaque importante consistiu na proposição de que as formações desenvolvessem conteúdos que contemplassem a linguística, a cultura e as especificidades de cada etnia, considerando a elevação de escolaridade para os níveis médio e superior (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE PARA POVOS INDÍGENAS, 1993). Observa-se que com base nesse contexto a discussão impulsionou princípios e diretrizes para a formação do Agente Indígena de Saúde, que ocorreu por meio de oficinas no período de 1996 (BRASIL, 2005b).

O debate sobre a formação seguiu em curso, sendo tratado na Conferência dos Povos e Organizações Indígenas do Brasil (2000), que se reuniu por ocasião da comemoração dos 500 anos de conquista, deliberando no documento final que a saúde e a educação, por meio da formação de professores e Agentes Indígenas de Saúde, deveriam ser fortalecidas. Também as propostas da implantação da lei e da participação dos povos indígenas nas instâncias decisórias consideraram a autonomia dos distritos sanitários e o respeito às culturas dos povos e de sua medicina tradicional.

A concepção sobre o papel do Agente Indígena de Saúde assinala teoricamente para a atuação em uma relação dialógica que envolve sociedade indígena e políticas de saúde do Estado, no sentido de atuar como elo que permite o diálogo entre a aldeia e as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, integrado em todas as atividades (BRASIL, 2005b) na mediação de contextos interculturais.

A função dos AIS é definida como o mediador na comunicação com a comunidade, construindo uma relação de ambiguidade, pois, esta função divide e limita a sua participação, visto que atuam no espaço de fronteira (NOVO, 2008), representando as expectativas da comunidade e ao mesmo tempo sendo

representantes dos interesses do Estado. Diferenciando-se da perspectiva assinalada pelo movimento e pelas lutas indígenas que buscam a autonomia e o fortalecimento político da participação na saúde indígena.

Apesar disso, Erthal (2005, p.198) defende a perspectiva de que o Agente Indígena de Saúde, seguindo a lógica que corresponde à do Agente Comunitário de Saúde (ACS), pode atuar onde é crucial, exigindo uma qualificação para o bom desempenho do profissional, ou seja, acredita-se que seja uma maneira aonde a “[...] solução para aquelas populações na qual a ausência de informações e de acesso aos serviços de saúde, desemboca em altas taxas de morbimortalidade por doenças infecciosas de fácil prevenção e tratamento [...]”, o que exige uma qualificação para o bom desempenho do profissional.

Dessa forma, nas aldeias, a atenção básica é realizada por intermédio dos Agentes Indígenas de Saúde, nos postos de saúde, e pelas equipes multidisciplinares periodicamente, conforme o planejamento das suas ações. Contudo, o papel dos AIS não é compreendido dentro das equipes pelos profissionais não indígenas, assim como pelos próprios indígenas. Isso é discutido na pesquisa sobre Kaingang (LANGDON e DIEHL, 2007) e também no trabalho de Novo (2008, 2010) sobre a formação dos Agentes Indígenas de Saúde do Alto Xingu. Todos ressaltam a cobrança por parte da comunidade sobre o que esperam dos Agentes, assim como por parte dos profissionais não indígenas.

#### **4.1.2. A definição profissional do Agente Indígena de Saúde e a política de formação**

A definição técnica profissional do Agente Indígena de Saúde, ancorada na legislação do Agente Comunitário de Saúde, sendo corroborada no debate explicitado no texto da proposta de formação da Funasa, módulo introdutório que se assemelha à Lei nº 11.350/2006 (BRASIL, 2006) 05/10/2006, em que define as atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias. Assim, ocorre uma correlação entre os objetivos e proposições pertinentes aos dois agentes.

As atribuições do Agente Indígena de Saúde segundo a proposição da formação pela Funasa são:

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

A Lei 11.350/2006 que define a responsabilidade dos Agentes Comunitários de Saúde ressalta:

Art. 3º: O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal.

Art. 4º: O Agente de Combate às Endemias tem como atribuição o exercício de atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor de cada ente federado (BRASIL, 2006, p. 1).

A analogia com a legislação do Agente Comunitário de Saúde é clara, tem uma semelhança na proposição de atenderem a populações tradicionais, a lei é posterior, mas os princípios são os mesmos.

Observando a documentação da proposta de formação da Funasa, destacam-se os seguintes aspectos como critério de escolha do 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 (BRASIL, 2005b, p. 1).

Esses critérios de seleção são significativos dentro do contexto da comunidade, de acordo com Novo (2010), quando exógenos aos povos indígenas e relacionados a fatores não tradicionais, são descartados. O documento da Funasa afirma; “por meio de processo seletivo dentro das comunidades previamente esclarecidas sobre seu papel, com assessoria dos Conselhos Distritais de Saúde” (BRASIL, 2005b, p. 10). A escolha dos AIS muitas vezes provoca disputas dentro da comunidade, definidas como “novos espaços de prestígio, marcados por disputas interétnicas próprias do contato” (NOVO, 2010, p. 58). As lideranças prevalecem na

escolha dos AIS, pois o critério eletivo não se baseia em uma definição pública, mas contextualizada pela relação de poder internamente.

A política de formação, no entanto, tem muitas críticas, exigindo ser analisada no que diz respeito à metodologia, bem como, em relação às concepções teóricas que envolvem a gênese desse profissional, considerando que até o presente apresenta-se deficitária e insuficiente, de modo que promove desigualdades profissionais e restritivas quanto ao trabalho, o que exige uma abordagem da problemática.

Os documentos oficiais da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (BRASIL, 2002, p. 16) apontam o conceito de atenção diferenciada no respeito às práticas tradicionais, “não de modo a substituir, mas de somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não”, Diehl et al. (2012, p. 827) discute sobre serem:

As noções de integração e incorporação submetem as práticas tradicionais à determinação de eficácia medida pela epistemologia biomédica, implicando uma fragmentação instrumental dos sistemas indígenas de saúde, selecionando somente aquelas práticas comprovadas cientificamente. (DIEHL et al., 2012, p. 827)

Dentre as questões abordadas, destaca-se o aspecto teórico-metodológico que fundamenta a formação profissional com o controverso modelo que vem sendo desenvolvido na Política Nacional de Formação do Agente de Saúde, pois se refere a formas múltiplas de saber que se confrontam com as práticas biomédicas, questionando a educação diferenciada. Na prática, se inviabiliza a proposição de adequação, no sentido de relacionar uma articulação entre sistemas biomédicos e sistemas tradicionais de saúde (PONTES e GARNELO, 2014), havendo uma valorização maior dos procedimentos referentes à medicina ocidental em detrimento dos conhecimentos tradicionais, estabelecendo entre os Agentes Indígenas de Saúde e o sistema reprodução de “relações assimétricas entre os povos indígenas e a sociedade ocidental” (DIEHL et al., 2012, p. 819).

À guisa de interpretação, busca-se apoio na análise de Pontes e Garnele (2014, p. 388) sobre o papel do Agente Indígena de Saúde, sobre:

[...] cuáles son las acciones específicas que los AIS deben desarrollar. Según las directrices nacionales, la formación de los agentes es una estrategia para favorecer la apropiación de los conocimientos y recursos técnicos de la medicina occidental.



O Agente Indígena de Saúde na maioria das vezes atua em aspectos relacionados à biomedicina, tais como a orientação e a educação a partir das visitas domiciliares, na alimentação das informações sobre saúde que envolvem pesagem, contagem de indígenas, levantamentos sanitários, e por sua vez não são formados para tais atividades. Estudos apontam (PONTES e GARNELO, 2014; ERTHAL, 2005) que o que ocorre são dificuldades na interpretação, compreensão e execução dessas atividades por parte dos agentes.

Uma das perspectivas apontadas pela discussão da formação de Agentes Indígenas de Saúde é a definição quanto à preparação de recursos humanos para a atuação em contexto intercultural em articulação com os sistemas tradicionais indígenas de saúde, que vêm sendo discutidos ao longo das conferências. Nesse sentido, Langdon et al. (2006) apontam para a importância da inclusão de “antropologia, política de saúde e organização dos serviços, bem como noções básicas de biomedicina, técnicas básicas de enfermagem e outros assuntos relacionados à saúde comunitária” (LANGDON et al., 2006, p. 2.638) na formação desses profissionais.

A discussão acerca da formação dos AIS traz a reflexão sobre a regulamentação da profissão e do profissional, com implicações na contratação e regularização do trabalho. Para tal faz-se necessário requerer a elevação da escolaridade de acordo com as diretrizes do Ministério da Educação, por meio da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Lei n.º 9.394/96) que prevê a profissionalização nos níveis técnico, tecnológico e superior, fundamental para a melhoria salarial.

Existem algumas possibilidades quanto à qualificação profissional, indicadas pelas conferências e pelas proposições da política oficial, destacando-se: a de Agente Indígena de Saúde (AIS) com cursos de formação inicial e continuada, sem a exigência de escolaridade, mas com a indicação de elevar-se ao longo do processo formativo como indica a Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE/SPPE, 2010). Ressalta-se que na prática a maioria dos Agentes não possui nem as séries iniciais do ensino fundamental exigidas para a formação de Agente Comunitário Indígena de Saúde (ACIS). A concepção formativa do Técnico Indígena de Saúde (TIS) tem como referência o ensino médio, e a de Enfermeiros Indígenas de Saúde requer titulação de ensino superior. Excetuando-se essas duas últimas alternativas, as outras formações requerem a elevação da escolaridade. Considerando que a população indígena não costuma possuir ensino

fundamental ou médio, essas alternativas formativas enfrentam problemas para a sua concretização. Observa-se que essa situação não é de modo algum empecilho, pois quando se trata de formação de professores indígenas ocorre a elevação da escolaridade, podendo o mesmo acontecer com a formação de Agentes Indígenas de Saúde.

Outro aspecto do processo de profissionalização dos AIS reside na contratação temporária, pois existem rupturas nos contratos destes, com constantes mudanças nos convênios de contratação. Essa problemática arrasta-se desde a instituição do subsistema de saúde indígena até a atualidade. A rotatividade de profissionais nas equipes de saúde também impacta na forma de trabalho com os agentes, visto que os profissionais são responsáveis pela formação inicial e continuada e pela supervisão dos AIS, por serem lotados nas equipes de saúde (LANGDON et al., 2006; DIEHL et al., 2012). Somando esses fatores, observa-se um quadro que colabora para o abandono da função e para a rotatividade dos AIS nas comunidades onde atuam.

Destaca-se que embora os critérios para essa formação sejam definidos na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) dentro das equipes multidisciplinares para o Agente Indígena de Saúde, a formação exigida resulta na indeterminação desse processo. A formação deixada a cargo da equipe não vem acontecendo por diversos fatores, apesar da seguinte proposição:

Será desenvolvido em serviço e de forma continuada, sob a responsabilidade de Instrutores/Supervisores, devidamente capacitados, com a colaboração de outros profissionais de serviço de saúde e das lideranças e organizações indígenas (BRASIL, 2002, p. 15).

Há um hiato entre a proposição e o que acontece, pois com a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, a formação do profissional aponta para a inclusão da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LANGDON et al., 2006) e para a responsabilidade do instrutor/supervisor encarregado de fazer a formação do Agente no serviço. O instrutor/supervisor deve ser lotado no distrito e fazer parte da equipe de saúde.

A escolha dos AIS deveria obedecer aos critérios da comunidade, porém, de acordo com Langdon et al. (2006, p. 2640) esta alternativa é “[...] influenciada por forças políticas locais marcadas por clientelismos e faccionalismos político-partidários, tanto internos quanto externos às T.I. investigadas”. Ou seja, as disputas

ocorrem no âmbito das lideranças, que é um fator interno à comunidade relacionado às regras de parentesco e ao poder constituído. Mas podem ser ainda relacionados fatores construídos por influências das equipes multidisciplinares de saúde pelo controle do distrito, ou ainda, pelo domínio da língua portuguesa, escolaridade e relações de parentesco (DIEHL et al., 2012; DIAS-SCOPEL, 2005). Nesse caso, os conflitos são resultantes da política do Estado com os povos indígenas, buscando inseri-los no contexto da sociedade nacional, destituindo de poder.

A percepção do papel dos AIS dentro da comunidade é de que ele pode e deve ajudar a compreender os processos de saúde e doença, por meio do olhar que a medicina ocidental oferece, e por sua vez também auxiliar as equipes a compreenderem as dinâmicas socioculturais. No entanto, essas possibilidades vêm sendo negadas, pois os cursos de formação e capacitação têm sido reduzidos por falta de recursos e pelas diversas mudanças administrativas e de concepção de saúde.

#### **4.1.3. Formações de Agentes Indígenas de Saúde no Brasil**

Dentre os modelos formativos destacados como pioneiros no Brasil, sobressai a formação que aconteceu entre os Tikunas nos anos de 1989 a 1990 em parceria com a Universidade Federal do Rio de Janeiro e a Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz). O foco desse trabalho fundamentava-se em ações preventivas e curativas. Essa formação foi considerada exitosa pelo destaque dado à atenção primária e pelo reconhecimento dos Agentes pela comunidade (DIAS-SCOPEL, 2005; ERTHAL, 2005; ROCHA, 2007).

Outras experiências do período são apontadas no estudo de Dias-Scopel (2005) como referenciais para o período: a proposta da Organização Saúde Sem Limites no Acre, Rio Negro e Xingu em parcerias com universidades, organizações indígenas e entidades como os Missionários Salesianos e a Rede Autônoma de Saúde Indígena (RASI), entre outras.

A criação da Coordenação de Saúde Indígena da Funasa (Cosai), na década de 90, contribuiu para oficializar as políticas de formação com base na proposta “Formação de Agentes Indígenas de Saúde: propostas de diretrizes” (BRASIL, 2005b), marco inicial da formação por intermédio das políticas públicas. Ao longo de décadas, as propostas formativas tiveram poucas modificações, prevalecendo as formações da Fundação Nacional de Saúde de 2009. Rocha (2007, p.40) aponta que as formações, na sua maioria, eram apenas capacitações que inviabilizavam a

obtenção e o “reconhecimento do trabalho formador junto aos órgãos oficiais de educação”, seguindo de forma irregular o processo de constituição dos AIS.

Erthal (2005) aponta como equivocada a estratégia de formação de "agentes indígenas de saúde" (AIS), pois poderiam ser utilizados os seus conhecimentos, em vez de soluções externas para problemas específicos de saúde/doença, adoecimento/sofrimento e cura. Langdon (2004a) também discute a falta de respeito aos saberes e práticas indígenas presentes nos sistemas de saúde. Enfatiza a autora, por exemplo, a importância de os profissionais reconhecerem a contribuição feminina sobre a saúde da população indígena, visto que em sociedades indígenas as práticas tradicionais de saúde são, na maioria das vezes, apropriadas pelas mulheres e por pajés.

Sobre isso, Dias Scopel (2005) traz uma reflexão sobre as concepções do tipo de trabalho dos AIS, inicialmente se estas realmente se relacionam com as questões específicas de cada comunidade, com o seu universo sociopolítico. Em segundo lugar, alerta para a escolha de conteúdos e saberes que realmente sejam aplicados no cotidiano do agente e na sua comunidade. Os formadores devem se preparar metodologicamente para o grau de instrução dos AIS e para a interpretação da visão de mundo e de sua organização diferenciada e diversificada.

#### **4.2. Descrição e análise da proposta formativa de AIS da Funasa (2009)**

A proposta “Educação Profissional Básica para Agentes Indígenas de Saúde: módulo introdutório” da Fundação Nacional de Saúde (BRASIL, 2005b) constitui-se como o principal referencial oficial para a formação do Agente Indígena de Saúde na modalidade formação inicial e continuada. Apresenta estrutura curricular com seis módulos temáticos sobre promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos de maior impacto epidemiológico entre os povos indígenas. Tendo um módulo introdutório com carga horária de 120 horas de concentração e 60 horas de dispersão, totalizando 180 horas, objeto desta discussão.

Esse módulo assinala a discussão da introdução das relações interculturais, implicações no processo saúde/doença, mudança do perfil de morbimortalidade e a organização dos DSEI. Destaca-se como premissa em sua introdução a questão da atenção básica na promoção da saúde e prevenção de doenças graves, propondo-se a qualificar o Agente no combate aos agravos, objetivando inseri-lo nas equipes

multidisciplinares como um mediador entre a medicina tradicional e a medicina ocidental.

Apresenta ainda a diretriz que se refere ao diálogo intercultural, respeitando os saberes tradicionais indígenas e o reconhecimento dos pajés (ou curadores tradicionais) pelos profissionais de saúde das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena. Ressalta-se os diferentes conceitos sobre saúde, doença, adoecer e cuidar/curar, característicos de cada cultura.

Essa proposta foi formulada pelo Departamento de Saúde Indígena (Desai) da Fundação Nacional de Saúde para implantação nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, e resultou em indefinições sobre o modelo de atenção proposto pelas políticas em saúde. As modificações vivenciadas pelos órgãos que atuam na saúde indígena influenciaram diretamente esse processo, derivado das diferentes concepções e mudanças no órgão, contribuindo para que esses modelos formativos não avançassem.

Outros fatores como a rotatividade de profissionais não indígenas, a política de elevação de escolaridade e a definição da profissionalização também constituem fatores que tornaram mais complexa a constituição de uma proposta formativa. A discussão apresenta aspectos relacionados à metodologia de aprendizagem, à organização do trabalho e à elevação da escolaridade. Sendo assim, esses aspectos devem ser discutidos a seguir.

#### **4.2.1. Aspectos teóricos e metodológicos da proposta**

Quanto à metodologia de aprendizagem proposta na organização curricular, o texto da Funasa identifica teorias pedagógicas de linhas diversas compondo um só fim, entretanto, algumas se confundem e se contradizem ressaltando a fragilidade teórico-metodológica das diretrizes que conduzem à formação completa em sua teoria e prática. Com isso, percebe-se um amálgama de conceitos desconexos sem ligação entre si, observando o texto abaixo:

[...] novo enfoque de formação para o trabalho, sustentado num conceito político-educacional abrangente, visando a integrar gradual e continuamente, conhecimentos gerais e específicos, habilidades teóricas e práticas, hábitos, atitudes e valores éticos que possibilitem aos indivíduos o exercício eficiente do seu trabalho, a participação ativa, consciente e crítica no mundo do trabalho e na esfera social, além da sua auto-realização (BRASIL, 2005b, p. 10).

Ressaltando o conceito de competências e habilidades, postulado na LDB, o texto da proposta define competências como capacidade de solucionar situações próprias do campo profissional, usando-se a iniciativa e a responsabilidade (BRASIL, 2005b) em diferentes contextos nos quais esteja exposto. A discussão de competências e habilidades no texto aparece de forma confusa e não condiz com as referências para a educação indígena, apontando a relação com o trabalho a exemplo do mundo ocidental, diferenciando do universo indígena e observando que a visão do trabalho nas sociedades indígenas assume outras dimensões que envolvem o seu lugar no mundo.

O enfoque abordado segue uma linha ideológica que reforça conceitos ocidentais como “mundo do trabalho”, “exercício eficiente do seu trabalho” e “autorrealização”, optando por uma interpretação do universo capitalista e desvinculada do documento das Diretrizes Curriculares Nacionais de Educação Indígena e dos artigos 26, 32, 78 e 79. Todos esses artigos discutem a regionalização do currículo, suas especificidades e promoção do desenvolvimento cultural para o ensino médio e fundamental. O artigo 78 aponta para a escola intercultural e bilíngue com a afirmação das identidades étnicas e recuperação da memória histórica, envolvendo conhecimentos da sociedade nacional. O artigo 79 reforça essa discussão e avança na proposição de pesquisas junto às comunidades com os objetivos de fortalecer as práticas socioculturais, a língua materna, elaborar currículos e programas específicos e produzir material diferenciado.

Os recortes da proposta apresentam-se mais ligados a modelos de cunho liberal e individualista e distanciam-se da realidade vivida na comunidade indígena. Todas as possibilidades apontadas têm sua própria dimensão e significação no universo indígena, diferentemente do estabelecido no conceito da proposta.

O paradigma da discussão de competências e habilidades para a formação no trabalho de acordo com Kuenzer (2002), tradicionalmente está ancorado nos princípios do taylorismo e fordismo que são definidos pela divisão social e técnica do trabalho. Essa concepção relaciona-se às necessidades e demandas do capital, com o trabalho especializado distanciando da discussão sobre povos tradicionais ou indígenas e suas especificidades.

Segundo Zarifian (2001), as competências são elaboradas nas possibilidades que possam surgir no trabalho: acontecimentos imprevistos, processos de comunicação e de serviços que devem ser referidos como parte das competências

profissionais ainda indefinidas. Definem-se como capacidade de ação diante da imprevisibilidade. Fazem parte do contexto da discussão de gestão empresarial e de alternativas em que o trabalhador se compromete em atuar com responsabilidade e utilizar as experiências nas soluções de problemas que eventualmente possam surgir, como antecipar-se às situações.

Na tentativa de traduzir o que significa o conceito de competências, Kuenzer (2002, p. 4) discute que se relaciona ao atual contexto de reestruturação, do trabalho, importando a dimensão do saber fazer, tendo caráter ideológico, “concebido no regime de acumulação flexível e que foi incorporado pelo Estado nas políticas educacionais”, ou seja, pertinente à lógica mercadológica e do capital, distanciando da discussão intercultural.

Para Kuenzer tem significado dentro da leitura do toyotismo mais adequada à nova perspectiva do capital em que os conhecimentos técnico-científico e sociohistórico são considerados. Devido à complexificação dos processos de trabalho, o processo pedagógico passa a privilegiar diferentes linguagens. O conceito de competência no taylorismo/fordismo, de acordo com Kunzer (2002, p.1), “aproxima do conceito de saber tácito, síntese de conhecimentos esparsos e práticas laborais vividas ao longo de trajetórias que se diferenciam a partir das diferentes oportunidades e subjetividades dos trabalhadores”. Esses modelos em muito se distanciam do debate em educação indígena, sendo questionados em todas as formas de aplicação da educação, pois são distantes da realidade destes, bem como do trabalhador brasileiro.

Esse conceito não se aplica à educação indígena nem às concepções de trabalho referentes às sociedades indígenas, apresenta-se distinto da perspectiva estabelecida nas Diretrizes para a Política Nacional de Educação Escolar Indígena (BRASIL, 1994). As diretrizes discutem as especificidades da saúde e da educação indígena, considerando a visão da globalidade em cada contexto sociocultural e sua inserção no processo de aprendizagem, referindo-se às diversas formas de situar a saúde e a doença e ao prosseguimento dos itinerários formativos.

Quanto à dimensão da organização do trabalho, os serviços operam num modelo diverso do que os AIS estão acostumados, predominando a temática do trabalho em detrimento da discussão pedagógica. A proposta apresenta muitas contradições ao tentar diferenciar competências e habilidades valendo-se da discussão sobre taylorismo, fordismo e toyotismo que em nada se relacionam com o

universo indígena, pois são conceitos da sociedade ocidental, capitalista, que aponta valores universais. Esse modelo dispensa o aprofundamento da discussão de interculturalidade e especificidades que ora aproxima as sociedades, ora repele ou é redefinida, às vezes com a manutenção de relações conflituadas entre diferentes saberes.

Sobre as relações interculturais que envolvem o trabalho na saúde e a formação dos AIS, faz necessário discutir um modelo formativo que respeite as diferenças, ou seja, baseando-se em uma concepção sobre competências que considere as diversidades culturais, forma de atuar em saúde das populações tradicionais.

Essa perspectiva vem sendo discutida na América Latina desde os anos 70 do Século XX, segundo o conceito de competência cultural. Navarro (2015, p. 39) define “[...] competencia cultural ya que es la manera de definir los conocimientos, prácticas y actitudes de los profesionales de los cuidados”. Esse conceito é derivado das ciências sociais, em particular da antropologia, que aponta para o imperativo de uma leitura do reconhecimento do outro, sobre definições de saúde/doença, visto que os cuidados de povos tradicionais diferem dos conceitos biomédicos ocidentais. A competência cultural só pode ser construída com conceitos diferenciados no enfrentamento dos problemas em saúde.

Na revisão de Osorio-Merchan e Lopez Dias (2008), a competência cultural, resumidamente, deve considerar o contexto da família, do indivíduo e da comunidade e precisa desenvolver a consciência cultural, habilidades culturais e a percepção do outro no sentido da aceitação para o desenvolvimento do trabalho em saúde.

Pelo documento da proposta, os AIS deveriam adquirir características como: iniciativa, responsabilidade, autonomia e inteligência prática. Essas são questões que o trabalho dos AIS já exige naturalmente junto à comunidade, se fosse o contrário, este seria apenas um elemento à parte de seu mundo. Os AIS são parte da sociedade na qual eles atuam, onde já partilham de experiências de mundo.

Quanto à elevação da escolaridade, a proposta de formação inicial e continuada está em desacordo com a posição das Conferências Nacionais de Saúde Indígena (CNSI), que recomenda a formação técnica e superior dos indígenas na atuação em saúde. Para tal, deve considerar a Lei de Diretrizes e Bases da



Educação (LDB) sobre a existência dos três níveis de formação profissional: a formação inicial, o técnico de nível médio e tecnológico, pelo Decreto nº 5.154/2004.

Dentre as recomendações das Conferências Nacionais de Saúde Indígena (1986, 1993, 2001), sobre qual o papel da gestão do Subsistema de Saúde Indígena na organização de estratégias, destacamos que: “possibilitem em médio prazo o ingresso de índios que tenham o segundo grau completo, em cursos de saúde de nível universitário [...]” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE PARA POVOS INDÍGENAS, 1993, p.5). Ressaltamos ainda as orientações da educação escolar indígena presentes nas Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação Indígena, de 1994, que definem a especificidade e a diferença, interculturalidade, bilinguismo ou multilinguismo.

Baseando-se nessas considerações podemos formular a discussão sobre a formação do Agente, destacando que essa proposta foi construída pelo Departamento Sanitário Indígena da Funasa, observando o desentrosamento com a discussão proposta pelos trabalhadores da saúde indígena e pelos indígenas, desconsiderando a política de educação indígena proposta pela LDB e a política intersetorial. Essa proposta exclui o Ministério da Educação (MEC), por intermédio da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão (Secadi/MEC), responsável pela educação indígena, assim como, sem a contribuição da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) que é uma das responsáveis pela formação em saúde.

Nenhuma dessas secretarias apresentou inserção na proposta, representando uma lacuna na construção de um modelo que foi impresso para todo o Brasil. Apesar das antigas lutas apontadas desde a II Conferência de Saúde Indígena, que na ocasião já apontava a necessidade de inserção de diretrizes educativas pelo MEC. O texto da Conferência (CONFÊRENCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA PARA POVOS INDÍGENAS, 2, 1993) prevê que os Núcleos Intersetoriais de Saúde Indígena (NISI) e/ou DSEI encaminhem à Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI) propostas que sejam compatíveis com as diretrizes propostas pelas comissões de educação indígena do Ministério da Educação, para a legalização da formação dos AIS.

Ademais, a proposta da Fundação Nacional de Saúde não prevê a elevação de escolaridade, questão vista como necessária ao processo formativo porque garante a profissionalização para a saúde como preconizam as conferências. No

entanto, alguns indígenas têm buscado por iniciativa própria alcançar essa perspectiva.

Estudiosos da questão indígena, como Garnelo et al. (2009, p. 376), consideram que “não existem marcos legais para uma formação profissional específica para essas minorias”, referindo-se à formação de Agentes Indígenas de Saúde, o que demonstra as dificuldades de elaboração e de perspectivas de melhoria do serviço em saúde com base na capacitação de indígenas.

Diante das indefinições, na escolha de cursos têm predominado os de Formação Inicial e Continuada (FIC) que constituem uma possibilidade, mas que, no entanto, dificultam a definição e valorização dos indígenas como profissionais. De fato, dentre as possibilidades é a menos relevante, colaborando, assim, para que os Agentes continuem desvalorizados.

A profissionalização tem a exigência da elevação da escolaridade e deve ser de domínio teórico, considerando-se o caráter interdisciplinar. Os indígenas buscam a formação, não apenas como profissionalização, mas também como forma de reconhecimento social, de fortalecimento de suas comunidades e de domínio técnico e político. Nesse sentido, exige-se discutir a elevação da escolaridade, com cursos que os preparem para resoluções a questões por eles levantadas.

Para além da formação inicial e continuada, o conceito mais promissor de educação permanente aponta para a articulação de programas e educação indígena, visando a atingir todos os que atuam na saúde indígena, considerando as especificidades, tanto das equipes de saúde quanto dos indígenas, bem como, a inter-relação dos conteúdos.

O conteúdo dos cursos de capacitação deverá integrar as áreas técnica, pedagógica e política, no sentido de valorizar um processo de aprendizado mais amplo, respeitando a cultura dos diferentes povos indígenas e as diferentes realidades epidemiológicas, integrando as áreas de antropologia, ética, habilidades de leitura, escrita e operações matemáticas. Deverá ser estruturado de maneira a abordar um núcleo comum, pertinente à situação de saúde da maioria dos povos indígenas e um núcleo específico, a ser trabalhado de acordo com as especificidades de cada distrito (BRASIL, 2005b, p. 10).

Para Ceccim (2005, p. 161), educação permanente “pode corresponder à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica, submetidos a um projeto de

mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar”. Na proposta, o texto organiza-se da seguinte forma:

O processo de formação de recursos humanos indígenas e não indígenas deverá ser articulado em todas as esferas e integrado aos programas de educação indígena, de meio ambiente e de atividades produtivas locais, priorizando a educação continuada e a visão holística dos fatores determinantes do processo saúde-doença. (BRASIL, 2005b, p. 11).

A educação permanente ocorre para profissionais que já tiveram uma formação inicial, e propõe a continuidade do processo formativo articulado ao processo de trabalho. No caso dos AIS, a proposta se limita a uma formação inicial, não apresentando um itinerário formativo em que esse trabalhador pudesse ser titular e ser reconhecido profissionalmente.

A educação permanente é um pressuposto que vem sendo utilizado nos serviços com trabalhadores que já atuam no sistema de saúde e que, no entanto, possuem uma educação formal. Os Agentes Indígenas de Saúde necessitam ainda de uma certificação e possuem especificidades diferentes das apresentadas para trabalhadores não indígenas, além do curso ser organizado em torno de uma certificação inicial.

Diehl e Pellegrini (2014) classificam a educação permanente como necessária ao cotidiano dos que atuam na saúde indígena, visto que o processo de formação dos AIS vem demonstrado muitos conflitos e ambiguidades e os profissionais indígenas evidenciaram despreparo em sua atuação. Os autores consideram que o papel da educação permanente vem sendo negligenciado e que ela fortalece o sistema, no sentido da resolução de problemas em conjunto, privilegiando a comunidade e suas expectativas quanto aos serviços. O texto a seguir, extraído da proposta da Funasa, apresenta a discussão da seguinte forma:

O processo de formação de recursos humanos indígenas e não indígenas deverá ser articulado em todas as esferas e integrado aos programas de educação indígena, de meio ambiente e de atividades produtivas locais, priorizando a educação continuada e a visão holística dos fatores determinantes do processo saúde-doença. (BRASIL, 2005b, p. 9)

Sobre a educação permanente como está apresentada na proposta da Funasa módulo introdutório (BRASIL, 2005b), é uma tentativa de conectar vários conceitos diferentes em sua construção, optando por negligenciar a discussão de

interculturalidade como definida na versão dos documentos oficiais para a educação e saúde indígenas, bem como conceitos postulados na antropologia da saúde, essenciais para a interpretação das especificidades e singularidades. A construção do módulo introdutório como formulado na proposta, não considerou a existência da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (Segets), criada em 2003, que atua com programas de educação permanente desde a sua criação para o Ensino Médio e Pós-graduação (DIEHL e PELEGRINI, 2014).

A metodologia representa o reflexo do modelo formativo dos AIS, que resulta em dificuldades desde a escolha teórica até a definição do tipo de formação. Aponta para a indefinição da profissionalização com a escolha do modelo de Formação Inicial e Continuada, que prescinde da exigência da elevação da escolaridade, inibindo a formação e o reconhecimento do indígena como profissional, desconsiderando a escolarização como exigência do Ministério da Educação para que a certificação ocorra.

A proposta da Funasa (2005b) apresentava proposição diferenciada em relação aos princípios socioantropológicos vivenciados no cotidiano indígena. Essa introduziu o diálogo sobre o conceito de competências e habilidades com base em uma perspectiva individual que não dialogava com a discussão do mundo indígena das premissas da Educação intercultural, e também não coadunava com a discussão de atenção à saúde mencionada nos Referenciais Curriculares da Educação Indígena. Nas sociedades indígenas, a educação tem dinamicidade própria, diferenciada do mundo ocidental, no qual os conceitos são universais. Os significados e saberes indígenas são distintos e relacionam-se às tradições de parentesco, religiosas e míticas, no entanto, estas dimensões não foram mencionadas no texto da proposta.

A formação dos Agentes Indígenas de Saúde aponta cinco competências:

A Competência I tem como objetivo “elaborar seu plano de trabalho com base na identificação das necessidades relacionadas ao processo saúde-doença, de acordo com o contexto de sua atuação” (BRASIL, 2005b, p.11). Para tal, destacam-se as seguintes habilidades que o aluno deverá desenvolver:

participar de estudos e levantamentos que identifiquem os determinantes do processo saúde-doença dos grupos indígenas, famílias e indivíduos; 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; registrar os dados e informações necessários à elaboração do plano de trabalho; participar junto aos conselhos locais e distritais de saúde na elaboração do plano estratégico das ações a serem desenvolvidas no Distrito; apoiar as equipes técnicas para a adequação das intervenções de saúde à realidade cultural (BRASIL, 2005b, p. 12).

O texto do documento também ressalta o valor do trabalho e as funções a serem desenvolvidas pela equipe de saúde. Dessa forma, distancia-se de qualquer abordagem de atuação pedagógica do Agente Indígena de Saúde, o que revela um interesse mais afinado com a organização do processo do que com a eficiência que este poderá desenvolver como resultados do curso de formação.

Discutindo as habilidades dessa competência, observa-se a habilidade de acompanhar, identificar, estabelecer, reconhecer e recolher as informações sobre saúde-doença ou fazer a correlação com os fatores socioculturais, levando à reflexão sobre a forma como se apresenta metodologicamente. Desse modo, a equipe do Distrito aponta para um modelo da visão dos condicionantes de saúde-doença distante da práxis do aluno, ela acompanha o universo no qual ele atua e faz parte, como expectador, de forma passiva, apenas como um representante da sociedade indígena na construção de um modelo no qual deverá atuar.

As implicações desse modelo de formação vêm sendo discutidas por muitos pesquisadores, destacando-se o trabalho de Novo (2008) que sinaliza para uma relação hierárquica em que o AIS é desqualificado e sem poder, diante da equipe multidisciplinar, responsável pela formação e acompanhamento do AIS nas aldeias. A reflexão conduz à discussão sobre as teorias em que a formação se assenta, considerando-se que essa identificação se refere à assimilação de formas de atuar e pensar saúde e doença do ponto de vista biomédico, desconsiderando as formas de pensar a saúde-doença em diversas concepções.

Novo (2008, p.9) considera que essa discussão colabora para referendar muito mais aspectos biomédicos do que as interpretações dos nativos. Essa hierarquização é constatada “na maneira como a etiologia das doenças é pensada”, sem refletir sobre as diferenças. Apresenta o saber biomédico de forma hierarquizada e dominante, como analisado por Foucault (2008, p. 58):

A essas situações perceptivas é preciso somar as posições que o sujeito pode ocupar na rede de informações (no ensino teórico ou na pedagogia hospitalar; no sistema da comunicação oral ou da documentação escrita: como emissor e receptor de observações, de

relatórios, de dados estatísticos, de proposições teóricas gerais, de projetos ou de decisões).

Quanto aos objetivos, uma não identificação com os fatores socioculturais sugere mudanças de hábitos culturais, implicando imposições do modelo de sociedade e de valores culturais.

A habilidade de “registrar os dados e informações necessários à elaboração do plano de trabalho” (BRASIL, 2005b, p. 12) não exige problematização e reflexão. Não está clara a maneira como essas informações serão utilizadas no subsídio do trabalho, considerando-se que o Agente Indígena de Saúde (AIS) é orientado apenas para registrar acontecimentos do cotidiano em saúde.

A proposição de “participar junto aos conselhos locais e distritais de saúde na elaboração do plano estratégico das ações a serem desenvolvidas no Distrito” apresenta-se como situações não abordadas no curso, como seria esperado o desenvolvimento desta habilidade, observando-se que esta é uma atividade que exige tanto uma problematização como uma discussão política. E finalizando na habilidade da competência I, destaca-se a perspectiva de “apoiar as equipes técnicas para a adequação das intervenções de saúde à realidade cultural”. Sobre o papel de apoio às equipes multidisciplinares, o trabalho do Agente Indígena de Saúde (AIS) acaba sendo apenas o de um interlocutor que aprofunda a inserção da biomedicina na cultura tradicional, facilitando o trabalho de médicos e enfermeiros.

A competência II envolve a orientação e a prestação de cuidados básicos de recuperação e reabilitação, nas diferentes fases do ciclo da vida. As ações são no sentido de:

[...] apoiar a identificação das medidas de recuperação e reabilitação, a partir da constatação dos agravos prevalentes na sua área de atuação; orientar e aplicar os procedimentos de intervenção, referência e acompanhamento, conforme as normas vigentes no serviço; orientar e utilizar princípios éticos no atendimento do ser humano, considerando as diferentes fases do ciclo de vida e as especificidades culturais dos grupos indígenas sob sua responsabilidade; orientar a realização de procedimentos semiotécnicos, correlacionando sinais e sintomas para abordagem sindrômica, e a prestação de cuidados referentes a cada uma das fases do ciclo de vida (BRASIL, 2005b, p. 12).

Essa discussão mistura conceitos de atenção com promoção da saúde, e busca retratar a perspectiva de dimensão mais integral da saúde sem, no entanto, mencionar as especificidades sobre diferentes ciclos da vida indígena que não têm a mesma dinâmica e organização sociopolítica.

A carta de Ottawa, referente à I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986), define promoção como capacitação das pessoas e da comunidade em benefício da qualidade de vida. As habilidades centram-se no reconhecimento e na identificação de organização para atuar na comunidade, o que se aproxima mais do conceito de atenção, definido como orientação e atendimentos a serviços especializados.

A competência III continua a discutir nessa perspectiva de “Desenvolver ações de promoção da saúde, indicadas para as diferentes fases do ciclo da vida” (BRASIL, 2005b, p. 15). Para tal, os AIS devem desenvolver as seguintes habilidades:

reconhecer os determinantes fundamentais da qualidade de vida, relacionando-os aos aspectos ambientais, econômicos, sociais, políticos e de serviços; identificar as organizações governamentais, não-governamentais e organizações indígenas na região, que contribuem para elevar a qualidade de vida; conhecer as possibilidades e atribuições de cada instituição, no esforço conjunto para o equacionamento dos problemas de saúde, contextualizando as possibilidades e limitações do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2005b, p. 15).

A competência IV: “Orientar e empreender ações de atenção à saúde individual, familiar e coletiva, com ênfase na prevenção de enfermidades transmissíveis e no controle do meio ambiente” (BRASIL, 2005b p. 16), destaca as habilidades de:

[...] 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 formas de interação entre os seres vivos (simbiose, comensalismo, parasitismo), destacando o conceito de transmissibilidade; 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; reconhecer as alterações orgânicas causadas pela penetração, trajetória e localização de agentes infecciosos no corpo humano; executar medidas que quebrem os elos da cadeia de transmissão de doenças; reconhecer e identificar situações atípicas e casos suspeitos de doenças; realizar medidas de controle de comunicantes; efetivar medidas de limpeza, assepsia e desinfecção; participar do monitoramento da situação vacinal da população sob sua responsabilidade; identificar áreas/ambientes que oferecem riscos à saúde de sua comunidade e planejar a intervenção; entender a utilização dos medicamentos, os mecanismos de resistência biológica, os riscos de hipermedicação e a política de medicamentos do subsistema de saúde indígena.

Essa competência e suas habilidades destacam conceitos biologicistas, enfocando questões do ponto de vista biomédico que necessitam de intervenção controlada da sociedade para evitar a transmissibilidade pelo meio ambiente de doenças infecciosas e parasitárias. Esses destaques são exigências que devem envolver problematizações não apenas de um viés, mas também que permitam a discussão de problemáticas em saúde baseando-se em um contexto que envolva os saberes tradicionais. A forma como vem sendo definida está centrada em uma concepção sanitarista, controladora e salvacionista.

A reflexão proposta por Souza Lima (2012, p. 804) aponta que apesar da “Constituição de 1988 recomendar as especificidades no caso dos indígenas, estes continuam sendo pouco ou nada consultados pelas agências de governo hoje encarregadas de um atendimento diferenciado”. Pois existem “especialistas na saúde indígena”, então por que consultar e discutir ainda com os profissionais de saúde que partem de uma visão racionalista nas concepções do trabalho, o que pode apresentar-se como uma camisa de força na atuação dos Agentes (SOUZA LIMA, 2012).

De acordo com Souza Lima (2014), desde a instituição do SPI existe essa percepção de que os órgãos foram criados para salvar os povos indígenas, e este processo continua na Funai e nas agências governamentais que atuam com indígenas e que utilizam como parâmetro o aspecto da preservação da vida, objetivando sua existência biológica de evitar chacinas e epidemias. Essa percepção busca retratar o modelo salvacionista, higiênico e biomédico.

Nesse sentido, a competência V: “gerenciar seu trabalho, atuando individualmente ou em equipe, acompanhando, avaliando e reorientando o processo de prestação de cuidados desenvolvidos pelos Agentes Indígenas de Saúde sob sua responsabilidade” aponta para a organização dos serviços e para a relação de atuação do AIS, e apresenta fórmulas administrativas que não correspondem às perspectivas dos indígenas que devem possuir as seguintes 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; participar junto aos conselhos local e distrital de saúde indígena, avaliando a prestação de serviços: cobertura, impacto e satisfação; participar dos encaminhamentos que devem ser feitos em relação aos pontos de estrangulamento no desempenho individual, ou da equipe; realizar ações de comunicação, buscando o apoio das



lideranças indígenas e a utilização dos meios de comunicação disponíveis, para interagir com sua equipe e com os usuários (BRASIL, 2005b, p. 14).

Essa competência relaciona-se aos serviços, à forma de atuação dos AIS, porém convém discutir que além dele ser membro da equipe existem vários conflitos interculturais que se imbricam quanto ao trabalho e que merecem ser problematizados. Conflitos relacionados à interpretação das doenças pelos Agentes e pelas equipes, tanto nos aspectos biomédicos quanto nos tradicionais. Novo (2008, p. 8) discute que “os AIS e as comunidades muitas vezes recorrem às práticas de cuidado tradicionais, criando uma teia hierárquica no processo de escolha de tratamentos [...]”, apesar da reprodução do discurso pelos AIS do conceito biomédico sobre saúde.

Na prática é o que aponta LANGDON et al. (2006) sobre o papel do Agente na equipe, sua função é indefinida, não podendo assistir a comunidade pois esta função cabe aos auxiliares de enfermagem, e devendo apenas preencher as fichas que não são lidas pelos enfermeiros, segundo relatos dos AIS. A expectativa da comunidade quanto à sua atuação é de que ele, AIS, promova a cura de doenças e a resolução dos problemas de saúde, entretanto, ele não é reconhecido nem ao menos como acompanhante de indígenas na rede pública de saúde, isso não poderá ocorrer.

Pesquisadores como NOVO (2008, 2010), LANGDON (1999, 2004a, 2004b, et al., 2006), PONTES e GARNELO (2014) discutem esse aspecto e abrem um alerta no sentido de a participação do indígena servir apenas de elemento para a tradução da sociedade a qual pertence, com isto, observa-se a importância da aprendizagem biomédica em detrimento da tradicional, e concluem que a forma de organização do curso de Agentes de Saúde não tem favorecido o fortalecimento dos aspectos culturais. Novo (2011, p. 74) assinala sobre a formação de Agente do Xingu e as expectativas que induzem a uma formação que modifica a forma tradicional, inculcando uma nova “concepção da identidade, característica da ‘civilização’ ocidental, que enxerga os índios como ‘primitivos’ que precisam, portanto, ‘ser civilizados’ por meio da ‘aquisição’ dos conhecimentos biomédicos ocidentais”.

A metodologia de aprendizagem para indígenas apresenta elementos culturais aproximados dos saberes que envolvem questões do cuidado e da atenção, mas que dizem respeito às práticas tradicionais. Sobre isso podemos citar

o estudo de Menéndez: “Este proceso, y lo subrayo, también ocurre con las otras formas de atención que no fundamentan su legitimidad e identidad en la racionalidad científica sino en la religiosa y/o étnica, proponiendo una eficacia comparativa inherente al uso exclusivo de estas dimensiones” (MENÉNDEZ, 2003, p. 190).

Os olhares que são dirigidos a esse profissional revelam o etnocentrismo, tema que foi alvo de preocupação na II Conferência Nacional de Saúde para Povos Indígenas, quando se questionou a postura etnocêntrica e estritamente tecnológica dos profissionais de saúde em todos os níveis.

Observa-se que a formação do Agente Indígena de Saúde não está inserida nos princípios da educação específica, diferenciada, intercultural, bilíngue ou multilíngue. A especificidade também não é uma realidade presente nem no currículo, nem na formação dos profissionais das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígenas, apresentando, assim, a necessidade de interpretação na condução do estudo sobre o confronto das premissas da educação intercultural, categorizadas como referência na discussão das Diretrizes Curriculares Nacionais para as Escolas Indígenas.

A proposta de formação aponta, como diretriz inicial, à atenção básica e traz a questão da importância e da valorização do conjunto da população indígena de forma descontextualizada. Na proposta não ocorre diálogo com os saberes, muito menos fortalecimento do conhecimento. Sobrevém sim a subordinação do Agente ao processo de construção de um conhecimento biomédico.

A discussão baseia-se no módulo introdutório que discute conteúdos voltados para doenças diarreicas e infecções respiratórias agudas, centrando-se no diagnóstico biomédico, sem discutir sobre causas e sobre o conhecimento preexistente ou reconhecimento dos saberes tradicionais indígenas. Quanto à proposta de dispersão, ela é construída para ter o apoio das equipes multidisciplinares na observação e avaliação. Essa destaca sempre por parte da equipe a leitura biomédica que acreditam que os Agentes Indígenas de Saúde devam seguir, enfrentando assim conflitos, como afirma Novo (2008, p. 12) sobre a distinção entre os diferentes “sistemas curativo-terapêuticos” que operam no contexto da intermedicalidade e suas concepções sobre saúde.

Embora a discussão das relações interculturais não seja de fato aprofundada, a proposta a menciona no módulo introdutório de forma superficial, por meio da concepção sobre o processo saúde-doença (BRASIL, 2005b, p.18). O primeiro eixo

temático “percebendo a nossa realidade” discute a “história dos povos indígenas e da relação intercultural”. Esse conteúdo é tratado em forma de sequências didáticas, na qual os alunos indígenas apresentam por intermédio de ilustrações a situação da comunidade e da terra, são estimulados a discutir as questões de ocupação: “como o seu povo ocupou a terra? Como se deu o contato com o não indígena? Que mudanças aconteceram daquela época até hoje?” (BRASIL, 2005b, p. 20).

O objetivo dessa atividade é destacar as transformações socioculturais, conduzindo a um processo de descoberta no domínio histórico, porém esvaziada de conteúdo mais político, pois fica na reconstrução do passado e não contribui para a discussão do processo intercultural com a clareza do sujeito interventor e atuante. É o sujeito passivo que sofreu um processo de intervenção sem o poder de transformação no contexto intercultural atual.

O segundo eixo temático “entendendo o processo saúde-doença” estimula os agentes a expressarem o conceito de saúde com base em uma discussão calcada em um referencial intercultural, na perspectiva da promoção à saúde, prevenção das doenças e controle dos agravos.

Destaca-se que os conteúdos versam sobre o conhecimento dos indígenas sobre saúde, doenças atuais e antigas, e sobre as causas que são apresentadas em forma de desenhos em plenária. Fica a cargo do instrutor escolher e destacar os aspectos que considere mais relevantes em termos culturais, mantendo a hierarquia do saber ocidental à predominância da cientificidade.

As doenças endêmicas (BRASIL, 2005b, p. 21) são discutidas baseando-se em “mudanças ambientais, culturais e econômicas dos modos de viver dos povos indígenas” e “aspectos do entorno e riscos da relação intercultural e consequências para a saúde”. A discussão “sequência didática” enfoca conceitos de saúde, doenças, causa e consequências do adoecer. Os alunos são conduzidos a categorizar conceitos de saúde e doença quanto à sua natureza, observando conceitos que envolvem “alimentação, moradia, condições de trabalho, lazer, acesso a bens e serviços especialmente serviços de saúde” (BRASIL, 2005b, p. 21).

A problematização está presente na discussão, porém se o instrutor não atentar para o destaque de conceitos de saúde/doenças apresentados pelos indígenas, observando os aspectos culturais, pode deixar de debater as especificidades e as sequências didáticas que se apresentam frágeis, pois enfoca por meio de desenhos apenas as transformações oriundas da sociedade envolvente

e coloca os indígenas como passivos diante das transformações, para em seguida discutir aspectos socioambientais valendo-se de estratégias como palestras ou documentários.

Conteúdos referentes à apresentação de doenças como DST/AIDS são propostos pela temática “discutindo ocupação e transformações”. Esses aspectos dos conteúdos aparecem na sequência de atividades por meio da obtenção dos conceitos dos alunos e o instrutor deve fazer a problematização em forma de palestra. Assim, são apresentadas duas concepções que envolvem dois universos, o indígena e o ocidental, mas que se apresentam distantes. Os alunos são estimulados a falar e ouvir a “verdade” sobre a doença.

A perspectiva de transformar o indígena em tradutor e interlocutor do processo saúde-doença em sua comunidade como discute o documento, só poderá se realizar na via biomédica. Aderindo a Menéndez (2003) quando revela que ocorre o predomínio das noções higienistas em detrimento dos fatores de ordem cultural que envolve os pacientes no tratamento, adoecimento e cura.

Ressaltando as sequências de atividades apresentadas no módulo Introdutório, Atividade 1: “Percebendo nossa realidade”, neste destaca-se a percepção da realidade dos alunos baseando-se em grupos e em contação de histórias sobre as mudanças ocorridas com o seu povo, o instrutor deve acompanhar, discutir, ressaltar as diferenças entre as diversas comunidades. Observa-se que esse instrutor, profissional do distrito, possivelmente terá dificuldades de conduzir o debate por sua formação não ser suficiente quanto aos aspectos pedagógicos, históricos e antropológicos.

A Atividade 2: “Entendendo o processo saúde-doença”, discute com base no aluno, considerando seus conhecimentos anteriores, com uma sequência importante no registro das doenças. Porém, essa atividade separa, de forma a destacar que as doenças atuais passam a existir dentro de uma cronologia do contato, com foco na proposição de que esse tipo de enfermidade é resultante de um novo modo de vida que influencia no seu comportamento por este ser parte de um novo contexto, não tradicional.

A Atividade 3: “Promovendo a saúde e intervindo no processo saúde-doença”, apresenta o estudo de doenças endêmicas (Infecções Respiratórias Agudas (IRAS) e diarreicas). Nessa sequência, os alunos são levados a problematizar quais as doenças mais comuns na sua comunidade. No entanto, o instrutor já deve ressaltar

as doenças como as IRAS, ressaltando o seu caráter biomédico por meio de palestras. O que se compreende é que os alunos apenas levantam questões para serem aprofundadas somente no sentido biomédico, retratando de forma inferior o conhecimento tradicional ou relacionado ao contexto da folclorização.

A metodologia problematizadora apresentada na proposta da Funasa é ambígua, pois levanta questões, por exemplo, no caso das “doenças de antigamente” em que o tratamento tradicional pode ser acionado, porém doenças comuns da atualidade devem ser tratadas com o recurso da biomedicina. Ocorre assim uma adequação ao conteúdo, como já verificou Novo (2010) sobre o processo de formação dos Agentes Indígenas de Saúde do Alto Xingu quanto às formas tradicionais de cuidados resguardos, e a alimentação que os indígenas utilizam para as curas não sendo, no entanto, estas valorizadas no contexto do qual fazem parte.

A construção da aprendizagem e dos saberes entre as sociedades indígenas difere da formatação ocidental, visto que a experiência é construída dentre as múltiplas dimensões do dia a dia, os ensinamentos são transmitidos oralmente e dialogam com a natureza e o processo se estabelece na vivência cotidiana, na qual os cuidados são importantes. Saberes coletivos construídos com base nos conhecimentos vivenciados se encontram muitas vezes no campo restrito do domínio dos xamãs e pajés. Essa preocupação parece estar esboçada nas Diretrizes Para a Política Nacional de Educação Escolar Indígena, (BRASIL, 1994, p.12) ao afirmar que os conteúdos “devem ser trabalhados de maneira global e integrada, de forma a que os sujeitos possam dotá-los de sentido e operar sobre eles, ou seja, construir os conhecimentos - compreender é aprender”.

Em resumo, a proposta de formação aponta como diretriz inicial a atenção básica, e traz a questão da importância e da valorização do conjunto da população indígena de forma descontextualizada. Ressalta-se que apesar do destaque da proposta ser formativa, ela acerta ao abordar aspectos de trabalho, considerando a incorporação do Agente Indígena de Saúde à rede a qual pertence que é o subsistema de saúde indígena, subordinado ao SUS, por intermédio do Distrito. No entanto, na proposta não ocorre o necessário diálogo com os saberes, muitos menos o fortalecimento do conhecimento.

## **CAPÍTULO V: A EDUCAÇÃO INDÍGENA E AS FORMAÇÕES PARA AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA ALTO RIO PURUS**

### **5.1. Panorama da educação indígena na região**

O panorama da educação indígena no Acre foi desenhado nos últimos vinte anos do Século XX, entre as décadas de 1980 e 2000. Contudo, no início do Século XX, existiu a experiência da Escola Puyanawa em Mâncio Lima Cruzeiro do Sul por meio do Seringal Barão e Ipiranga (SILVA, 2015) e a experiência de escola religiosa “Missões Novas Tribos do Brasil” que atuava entre os Yawanawá e os Katukina, com alfabetização bilíngue. Com a chegada da Funai no Acre em meados da década de 70, aconteceu a contratação de professores para atuar em áreas indígenas, ressaltando que ainda não havia parâmetros para a definição de uma educação indígena no sentido legal no Brasil, que ocorreu após as lutas indígenas, da promulgação da Constituição de 1988, e da construção das Diretrizes para Política Nacional de Educação Escolar Indígena de 1993 e das demais legislações seguintes<sup>20</sup>.

A partir da década de 80, as escolas indígenas existentes foram contestadas pelos indígenas que buscaram se instrumentalizar para adquirir saber diante da exploração do trabalho, inicialmente, quanto à produção extrativista, visto que as contas eram manipuladas pelos comerciantes e marreteiros <sup>21</sup> que adquiriam a produção indígena (Kaxinawá, 2002).

As instituições que atuaram na educação indígena no Acre eram organizações não governamentais, de cunho religioso e não religioso representado pelo Conselho Indigenista Missionário, ligado à Igreja Católica e à Comissão Pró-Índio de origem laica. Ambas as organizações iniciaram experiências entre os anos 80 e 90 e traziam uma preocupação política de apoio às lutas indígenas. No entanto, a autonomia da população indígena referindo-se apenas à educação ainda estava distante, visto que o processo de construção ainda caminhava a passos lentos.

---

<sup>20</sup> A educação indígena está apontada nas seguintes legislações: Direitos indígenas na Constituição Federal de 1988, Educação Indígena na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394), Educação indígena no Plano Nacional de Educação (Lei nº 10.172), Parecer nº 14/99 do Conselho Nacional de Educação, Resolução nº 3/99 do Conselho Nacional de Educação, Diretrizes para Política Nacional de Educação Escolar Indígena de 1993. Referencial Curricular Nacional para as Escolas Indígenas. Brasília: MEC; SEF, 1998.

<sup>21</sup> Representante comercial que comprava a castanha e a borracha nos seringais, este elemento ocupou o lugar do seringalista após a falência dos seringais a partir de 1920. Ver MARTINELLO, P. A. A “batalha da borracha” na segunda guerra mundial e suas consequências para o vale amazônico. Cad. UFAC. Rio Branco: EDUFAC, 1994.

Embora a participação de indígenas no contexto das lutas tenha favorecido a proposição da educação indígena, no processo de transformação desta educação o que ocorreu foi o fortalecimento do discurso das ONGs junto a essa construção, influenciando a política de Estado e as diretrizes do Ministério da Educação (COLLET, 2001; CUNHA, 2009).

O modelo apresentado pela CPI favoreceu e influenciou a definição do marco nacional nos documentos do MEC, e foi balizado pelo projeto de “experiência de autoria” de 1983, que discutia a formação de professores para atuar no contexto da alfabetização bilíngue e preparar o aluno para as noções de matemática (Dalmolin, 2004).

Por ter influenciado a proposta de referenciais curriculares, esse projeto, na interpretação de Cunha (2009), significou um atrelamento à política de Estado como sugere a seguir:

A experiência desta ONG, já a partir dos primeiros anos de sua existência, foi sendo atrelada ao Estado, mais precisamente ao Ministério da Educação e Cultura – MEC, que a auxiliou financeiramente, de forma que se pôde aperfeiçoar um modelo de educação escolar indigenista palatável ao Estado, dando origem à chamada EEIID (**Educação Escolar Indígena Intercultural**) e B (**bilíngue**), que o MEC adotou como política escolar indigenista oficial universalizando-a para todas as etnias existentes no país, a partir dos anos de 1990 (CUNHA, 2009, p. 16, tradução nossa).

A formulação das bases curriculares propostas nas diretrizes de educação indígena se fundamentou na escola diferenciada, intercultural, bilíngue, específica e no respeito à diversidade, observando, assim, o fortalecimento dos indígenas quanto à sua autonomia. No entanto, a construção dessa escola não acontece sem dificuldades, como observa Collet (2006, p. 6):

[...] de fato, a questão da escola ainda era pouco explorada ao nível do entendimento das suas formas locais de apropriação. Assim, muitas das soluções consensuais no campo da ‘educação escolar indígena’ eram insatisfatórias e, às vezes, contraditórias no contexto com o qual me defrontava. Não entendia, por exemplo, como trabalhar com a noção de ‘comunidade’ quando o que presenciava era um cenário de disputas e conflitos entre famílias. Ficava paralisada diante de situações em que a interculturalidade, ao invés de inter-relacionar, não era senão uma espécie de inadequação entre os objetivos de ‘aprender habilidades dos ‘brancos’ e ‘respeito e valorização da cultura indígena’ [...] (COLLET, 2006, p. 1).

Se por um lado há a preocupação de fortalecer os indígenas diante do mundo ocidental, por outro, este mundo não é estático podendo ser visualizado mecanicamente, visto que é conflituado dentro de uma relação considerada intercultural (MENÉNDEZ, 2016). Também, como afirma Collet (2001, p. 73), há o perigo de não se verificar que a realidade é fruto de uma construção vivida “[...] entre os grupos indígenas entre si, e entre eles e as várias frentes da sociedade brasileira.” E que essa explicação da realidade pode ser excludente.

Nessa armadilha está a proposição do CIMI, que em meados da década de 70 passou a defender o pressuposto de que a escola indígena devia atuar na compreensão das estruturas da sociedade dominante, como forma de luta e definição de direitos indígenas. Essa é a definição de escola que invoca a “compreensão”, no sentido de constatação da forma como a sociedade é gerida, retrata um diagnóstico balizado em concepção estática sobre o descortinar da sociedade ocidental, negando aos indígenas a participação no processo inter-relacional que sofre nas sociedades.

Outra observação cabe à discussão proposta por Tassinari (2001, p. 50), segundo a qual a escola representa “[...] espaços de fronteira, entendidos como espaços de trânsito, articulação e troca de conhecimentos, assim como espaços de incompreensões e de redefinições identitárias dos grupos envolvidos nesse processo, índios e não-índios.” A escola representa contextos socioculturais e simbólicos que estão presentes no cotidiano dos alunos.

A propósito das experiências desencadeadas, outra observação evidencia a forma como se estabeleceu a construção do modelo de currículo das escolas indígenas no Acre, apontadas por Dalmolin (2004), que discute o papel da escola na representação dos saberes indígenas, no sentido do reforço da cultura para que depois sejam repassados os valores ocidentais. No entanto, observa as dificuldades da construção do currículo quanto trabalho de sistematizar os saberes indígenas, para que se constituam conteúdos de ensino, vistos pelos próprios indígenas como inferiores ao ocidental.

Essa observação representa a discussão dos conteúdos de forma descontextualizada, como conhecimento morto e negado, subalternizando as culturas, retirando o seu teor de resistência e poder. Os indígenas percebem-se como dependentes da cultura dominante e negam a discussão autóctone.

A escola indígena, nestas circunstâncias, para acontecer, precisa se fazer acompanhar de medidas políticas que visem o



restabelecimento das condições dignas de bem viver. Tais condições, se estabelecidas em bases associadas à cultura indígena, favorecerão o trabalho de restabelecimento da auto-estima e conseqüente apreço à cultura indígena, inclusive na escola (DALMOLIM, 2004, p. 285)

Para Dalmolin (2004), o papel da escola entre os povos indígenas está relacionado à revitalização de saberes. Apesar da proposição, o autor reconhece que existem dificuldades nesse processo, visto que dependem da memória de alguns poucos, os mais velhos. Esse ponto demonstra-se conflitante, pois mesmo denunciando o embate entre o conhecimento dos antigos e os contextos que os indígenas enfrentam cotidianamente diante da sociedade não indígena, Dalmolin acredita ser este o percurso que a educação deve seguir. No entanto, a maioria dos indígenas quer uma escola nos moldes dos brancos, pois os conhecimentos tradicionais são repassados pela família.

As experiências de educação existente junto aos povos indígenas nos anos 80 eram pontuais. Nesse período, foram “substancialmente” (DALMOLIN, 2004) escolas categorizadas como escolas rurais vinculadas aos municípios e ao Estado, porém, oficialmente como ação governamental por parte do Estado só aconteceu na virada do Século XXI, pela Secretaria de Estado de Educação e Esporte (SEE).

Na década de 1990, a experiência das ONGs foi estendida às políticas de Estado, sendo criado o Núcleo de Educação Indígena e por intermédio deste foi possível a contratação de professores indígenas, ainda que de forma precária.

Nessa década, foram produzidos dois documentos pelo Ministério da Educação que fundamentaram a educação indígena, norteando a organização de escolas. O primeiro deles foram as Diretrizes para a Política Nacional de Educação Escolar Indígena, elaboradas por um comitê composto na sua maioria por antropólogos. O segundo, foi lançado em 1998 com o propósito de padronizar as orientações para as escolas indígenas, o “Referencial Curricular Nacional para Escolas Indígenas (RCNEI)”. Nessa ocasião, houve a participação de organizações não governamentais, tais como as que desenvolviam projetos de educação nas regiões do Acre, a Comissão Pró-Índio, e no Mato Grosso, o Projeto Tucum (COLLET, 2001). Tanto as diretrizes como os referenciais incluem termos traduzidos como “interculturalidade”, “bilinguismo” e “especificidade”.

Sobre a participação da Comissão Pró-Índio do Acre, Cunha (2009, p. 20) comenta que diante desse contexto a CPI tornou-se “ao longo dos últimos 20 (vinte)

anos, uma extensão para-governamental vinculada ao MEC, sendo a principal responsável pela proposta de EEIID e B [Educação Escolar Indígena, Intercultural Diferenciada e Bilíngue]”.

A partir do ano 2000, a Secretaria de Estado de Educação e Esporte (SEE) criou a Coordenação de Educação Escolar Indígena (CEI), desenvolvendo o trabalho de mapeamento de escolas indígenas com base em dados construídos pela Comissão Pró-Índio do Acre, devido à expertise com a educação indígena. Porém, a política de Estado no que se refere à educação indígena ainda não alcançou os patamares que os indígenas buscam, não apenas no sentido teórico, mas também quanto às necessidades estruturais. Na tese “Políticas públicas de educação escolar indígena e a formação de professores indígenas no Acre”, Silva (2015) aponta questões como: carência de estrutura física e equipamentos, e falta de professores e técnicos para acompanhar o trabalho pedagógico.

Atualmente, o panorama da educação está representado da seguinte maneira:

Tabela 1: Situação das escolas municipais e estaduais em áreas indígenas com o número de escolas e turmas

MUNICÍPIO	POVO	NÚMERO DE ESCOLAS			NÚMERO DE TURMAS						
		EST	MUN	TOTAL	E. INF	E.F 1º - 5º ANO	E.F 6º - 9º ANO	E.F 1º - 9º ANO	E M	EJA	TOTAL TURMAS
<b>Região do Purus</b>											
ASSIS BRASIL	MANCHINERI	16	0	16	2	22	5	4	0	0	33
	JAMINAWA	11	0	11	0	12	0	0	0	0	12
SENA MADUREIRA	JAMINAWA	4	0	4	0	4	0	0	0	0	4
MANOEL URBANO	MADIJA	5	0	5	0	7	0	0	0	0	7
SANTA ROSA DO PURUS	MADIJA	5	11	16	2	17	8	0	0	0	27
	KAXINAWA	3	24	27	9	29	21	0	6	0	65
	JAMINAWA	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1
<b>Região do Juruá</b>											
FEIJÓ	ASHANINKA	5	0	5	0	12	0	0	0	0	12
	MADIJA	6	0	6	0	10	0	0	0	0	10
	KAXINAWA	9	0	9	8	21	7	0	5	6	47
	SHANENAWA	9	0	9	5	15	10	0	10	0	40
TARAUACÁ	ASHANINKA	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1
	KATUKINA	2	0	2	0	4	0	0	0	0	4
	KAXINAWA	15	0	15	1	28	28	0	3	3	63
	YAWANAWA	8	0	8	2	11	24	0	8	0	45
JORDÃO	KAXINAWA	4	33	37	33	36	34	3	0	0	106
CRUZEIRO DO SUL	KATUKINA	6	0	6	2	9	4	0	3	0	18
RODRIGUES ALVES	JAMINAWA (IG.PRETO)	2	0	2	1	2	0	0	0	0	3

	JAMINAWA ARARA	2	0	2	0	2	0	0	0	0	2
MANCIO LIMA	NAWA	3	0	3	3	6	5	0	0	0	14
	NUKINI	3	0	3	3	7	5	0	3	2	20
	PUYANAWA	1	1	2	2	5	3	0	3	6	19
PORTO WALTER	SHAWADAWA	7	0	7	2	7	9	0	0	0	18
MARECHAL THAUMATURGO	JAMINAWA ARARA	1	4	5	1	1	0	5	0	2	9
	APOLIMA ARARA	0	2	2	1	2	3	0	0	2	8
	ASHANINKA	0	2	2	0	7	6	1	0	0	14
	KAXINAWA	3	3	6	0	3	8	6	0	5	22
	KUNTANAWA	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1
<b>TOTAL</b>		<b>132</b>	<b>81</b>	<b>213</b>	<b>77</b>	<b>282</b>	<b>180</b>	<b>19</b>	<b>41</b>	<b>26</b>	<b>625</b>

Fonte: SEE/Coordenação de Educação Indígena, dados de 2016 <sup>22</sup>.

**Legenda:**

EST: escola estadual

MUN: escola municipal

E. INF: escola infantil

E.F: ensino fundamental

E.M: ensino médio

EJA: educação de jovens e adultos

<sup>22</sup> A apresentação das tabelas refere-se apenas às etnias do Acre, ficam fora as etnias Kaxarari, Jamamadi e Apurinã do Sul do Amazonas e noroeste de Rondônia. Esses dados não foram consultados.

Ressaltando que a quantidade de escolas municipais é inferior à de estaduais, excetuando o Município de Santa Rosa que de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é em termos percentuais o primeiro em população indígena no Acre. Todavia, a educação indígena possui maior inserção apenas no âmbito estadual.

O demonstrativo da Tabela 1, também aponta para a questão de a escolarização ocorrer majoritariamente no primeiro seguimento do ensino fundamental, do 1º ao 5º ano. Especificamente, no caso do Purus, com exceção dos Manchineri, Madja e Huni Kuĩ constam escolas do 6º ao 9º ano. Sendo que entre os Manchineri existem escolas com ensino fundamental e médio.

**Tabela 2: A população indígena do Acre por município - Brasil - 1991/2010**

Município com as maiores proporções de população indígena do País, por situação de domicílio Acre-2010									
Total			Urbano			Rural			
	Código	Município	%	Código	Município	%	Código	Município	%
1	1200435	Santa Rosa do Purus	53,8	1200435	Santa Rosa do Purus	17,0	1200435	Santa Rosa do Purus	78,7
2	1200328	Jordão	32,4	1200328	Jordão	6,3	1200328	Jordão	46,2
3	1200351	Marechal Thaumaturgo	10,1	1200054	Assis Brasil	3,8	1200336	Mâncio Lima	18,6
4	1200054	Assis Brasil	9,2	1200609	Tarauacá	1,4	1200054	Assis Brasil	17,5
5	1200336	Mâncio Lima	8,6	1200336	Mâncio Lima	1,3	1200302	Feijó	15,5
6	1200302	Feijó	8,1	1200302	Feijó	1,0	1200344	Manoel Urbano	15,5
7	1200393	Porto Walter	5,9	1200351	Marechal Thaumaturgo	1,0	1200351	Marechal Thaumaturgo	13,7
8	1200344	Manoel Urbano	5,7	1200393	Porto Walter	0,9	1200393	Porto Walter	8,7
9	1200609	Tarauacá	4,0	1200104	Brasileia	0,9	1200609	Tarauacá	7,2
10	1200500	Sena Madureira	2,6	1200500	Sena Madureira	0,9	1200500	Sena Madureira	6,0

**Fonte:** IBGE, CENSO DEMOGRÁFICO - 1991/2010.

Pela apresentação da tabela 2, observa-se que a concentração de indígenas é maior no município de Santa Rosa do Purus, concentrada na população Kaxinawá, sendo que existem outras etnias que não possuem escolas de ensino médio, como os Madja e Jaminawá (tabela 1). Assim, justificando que a escolarização entre os indígenas segue uma tendência diferenciada. Esta situação se justifica pelo número de pessoas da etnia Kaxinawá ser maior que as demais deste município e pela falta de professores com formação de nível médio entre os Madja e os Jaminawá.

**Tabela 3: Consolidado educação indígena no Acre**

POVO	Nº ESCOLAS	%	Nº DE TURMAS	%	Nº DE MATRÍCULAS	%
APOLIMA ARARA	2	0,9%	8	1,3%	112	1,3%
ASHANINKA	8	3,8%	27	4,3%	429	5,0%
JAMINAWA	16	7,5%	17	2,7%	234	2,8%
JAMINAWA (IG.PRETO)	2	0,9%	3	0,5%	27	0,3%
JAMINAWA ARARA	7	3,3%	11	1,8%	125	1,5%
KATUKINA	8	3,8%	22	3,5%	359	4,2%
KAXINAWA	94	44,1%	303	48,5%	4260	50,1%
KUNTANAWA	1	0,5%	1	0,2%	20	0,2%
MADIJA	27	12,7%	44	7,0%	825	9,7%
MANCHINERI	16	7,5%	33	5,3%	524	6,2%
NAWA	3	1,4%	14	2,2%	101	1,2%
NUKINI	3	1,4%	20	3,2%	198	2,3%
PUYANAWA	2	0,9%	19	3,0%	289	3,4%
SHANENAWA	9	4,2%	40	6,4%	369	4,3%
SHAWADAWA	7	3,3%	18	2,9%	223	2,6%
YAWANAWA	8	3,8%	45	7,2%	402	4,7%
<b>TOTAL</b>	<b>213</b>	<b>100,0%</b>	<b>625</b>	<b>100,0%</b>	<b>8497</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: SEE/Coordenação de Educação Indígena, dados de 2016.

A tabela 3 confere ao povo Huni Kuĩ (Kaxinawá) o maior percentual de matrícula, de acordo com o consolidado. Em segundo, Madja, e em terceiro, os Manchineri. Considerando que a população Huni Kuĩ é a maior do estado, o número se justifica.

Quanto às iniciativas de formação superior, apresenta-se a da Universidade Federal do Acre, por meio do Programa de Apoio à Formação Superior e Licenciaturas Indígenas (Prolind), com o curso de licenciatura indígena, iniciado em 2008, formando a primeira turma em 2014. Apesar da importância assumida no contexto local, o formato do projeto recebe críticas relacionadas à inexistência de propostas que discutam o bilinguismo como referência do fortalecimento etnolinguístico, visto que são poucas as pesquisas neste campo. Silva (2015 p. 109) destaca que “[...] a língua indígena não tem sido estudada enquanto conteúdo curricular, mas apenas como veículo de comunicação, relegando a prática curricular bilíngue a um segundo plano”. Dentre os poucos trabalhos apresentados no curso de licenciatura indígena, destaca-se um dicionário na língua materna e uma defesa na língua materna. Estudos linguísticos são realizados por estudantes de universidades de grandes centros, que se propõem a elaborar teses com foco nas línguas indígenas.

Atualmente, 14 etnias fazem parte do contexto da ação de educação indígena pela SEE. No início do ano 2000 eram 2.222 alunos do ensino infantil, fundamental e Educação de Jovens e Adultos (EJA) em 67 escolas indígenas (SEE, 2015). Esses números foram modificados com a inserção do ensino médio. De acordo com a SEE, hoje são 7.763 em 201 escolas estaduais e municipais.

Atuando na educação escolar indígena, o Acre conta com quatro instituições que discutem a educação indígena, que de acordo com Silva (2015) são: a CPI/AC com formação continuada de professores; a OPIAC promovendo a representação e formação política de professores indígenas; a SEE por meio da Coordenação de Educação Escolar Indígena (CEEI), com a gestão e formação inicial de professores no magistério indígena em nível médio; e a UFAC, oferecendo a formação inicial em nível superior (licenciatura Indígena).

A formação de professores indígenas tem encontrado dificuldades diversas para a sua continuidade, considerando-se que a demanda aumenta ano a ano, demandando investimentos públicos na política de formação, criado pela necessidade de atender o aumento da demanda pelo surgimento de novas comunidades. Essa é apenas uma das questões levantadas por quem estuda a educação indígena. A construção de um currículo envolveu disputas de poder entre Ongs e a SEE, pois a certificação vinha sendo feita pela Comissão Pró-Índio do Acre, única a ser credenciada pelo MEC para realizar esse processo.

Esse tem sido o viés percorrido pela educação indígena no Acre, influenciado por diversos debates nos quais está o movimento de trabalhadores indígenas que atuam no magistério, destacando-se a Organização dos Professores Indígenas do Acre (Opiac) no acompanhamento do trabalho da SEE, que faz críticas ao modelo de educação indígena.

Nas terras indígenas vemos que falta entendimento de algumas lideranças sobre o funcionamento de uma escola específica e diferenciada. Vemos alguns professores muito soltos, sem os acordos comunitários. Muitas aldeias são criadas para acompanhar o aumento de emprego e renda, o que faz a educação qualitativa tomar outro rumo. Por que isso está acontecendo? Será que esse entendimento é certo? Para nós esse problema é por falta da formação inicial e continuada porque entendemos que é na formação que se forma para a reflexão sobre a vida, as sociedades e os povos (ARARA, 2016).

O processo a que estão submetidas às sociedades e o grau de envolvimento destas definem questões e problemas não somente no sentido que o indígena vê a educação, pois ele considera que a educação deve reforçar e abranger todas as situações sociais, e por isto essas definições são tão distantes do que se preconiza como sendo educação específica, diferenciada e intercultural.

Em geral, a elevação da escolaridade entre indígenas é pequena se relacionada à exigência para atingir os objetivos da formação quanto ao modelo profissional preconizado com bases na LDB. A profissionalização de Agente Indígena de Saúde vem sendo definida com mais ênfase em bases não indígenas, e a escola diferenciada, bilíngue, intercultural, global e específica ainda não aconteceu. Existe um hiato entre o que se pretende como formação nos moldes universais e o que existe como “educação diferenciada”. Mais pelo fato da desigualdade do que da diferenciação, visto a inserção irregular de escolas entre os indígenas.

## **5.2. Histórico das experiências de formação de AIS na região**

A preocupação com a formação do Agente Indígena de Saúde ocorre desde os anos 1970 por intermédio de organizações não governamentais e de universidades, mas é somente a partir dos anos 1980 que são realizadas ações também do Estado, impulsionadas em parte pela força dos movimentos sociais de democratização com a participação de setores extrativistas e indígenas.

Dentre as experiências desenvolvidas destaca-se o trabalho da União das Nações Indígenas do Acre e Sul do Amazonas com a agência Britânica Health Unlimited (HU), por meio da Comissão Pró-Índio do Acre (CPI), no período compreendido entre 1989 e 1994 (BITTENCOURT et al., 2005). No decorrer desse trabalho que aconteceu na Região do Rio Envira e em Rio Branco em 1989, agregou-se a organização Saúde Sem Limites (SSL). Entre os povos que participaram dessa experiência, destacam-se os Huni Kuĩ, Madja, Shanenawá e Ashaninka, que à época totalizavam 1.450 pessoas que viviam em 17 aldeias do Município de Feijó no Rio Envira. No contexto do desenvolvimento desses cursos, o atendimento às aldeias era esporádico e realizado pela rede municipal apenas na sede do Município de Feijó.



Os conteúdos desenvolvidos inicialmente versaram sobre doenças que podem ser prevenidas por vacinas, saúde bucal, estruturação de programa de saúde com base em diagnósticos realizados pelos AIS em suas aldeias que faziam parte do processo continuado de formação. Inseriam-se ainda as discussões sobre o processo saúde-doença, vigilância epidemiológica, saneamento básico, higiene e política de saúde. Essas atividades continuaram até 1994.

Inicialmente, os instrutores eram selecionados e contratados pela Comissão Pró-Índio do Acre, porém, nesse trajeto o projeto de formação sofreu modificações orçamentárias e políticas, com a desvinculação da CPI da formação do AIS, ao mesmo tempo em que os recursos fornecidos pela Health Unlimited foram reduzidos. As remessas chegavam com atrasos (BITTECOURT et al., 2005). Para a continuidade das ações, entrou um novo parceiro, o CIMI, e mais tarde a Health Unlimited voltou a apoiar a formação com recursos. De acordo com Maria Bittencourt et al. (2005), médica responsável pelo projeto, este durou cinco anos, estendendo-se também para seringueiros na Reserva Extrativista do Juruá.

A organização do projeto de formação adquiriu características participativas, visto que as lideranças indígenas, como coordenadoras do projeto, passaram a se capacitar para planejar, executar e avaliar o processo formativo valendo-se da seguinte situação:

Em relação às atividades do projeto, a formação e a supervisão dos Agentes Indígenas de Saúde seriam feitas durante a realização dos serviços assistenciais nas aldeias, e as pessoas das comunidades e organizações indígenas locais participariam do processo de planejamento, monitoramento e avaliação das ações do projeto (BITTECOURT et al., 2005, p. 35).

Estavam envolvidos na capacitação cerca de 31 Agentes com o predomínio masculino, ao todo 25 homens e apenas seis mulheres. A metodologia de escolha dos AIS considerou a comunidade, na sua maioria escolhida pelo parentesco com os caciques, sendo poucos os casos em que o perfil foi diferenciado, não explicitado na discussão.

A metodologia pedagógica, apontada por Bittencourt et al. (2005), envolveu a participação do AIS na construção do conhecimento tanto técnico como político. Dividiu o processo formativo em duas partes, uma teórica e outra prática. A primeira consistia de 180 horas e a segunda, por meio do treinamento em serviço, como a assistência em saúde na aldeia e a educação continuada com o aperfeiçoamento de

ações. As formações aconteciam de três em três meses, e os Agentes iam às aldeias de sua etnia e discutiam com a comunidade os problemas de saúde acompanhados por seus instrutores, realizavam diagnósticos de saúde e davam orientação de educação em saúde.

O material didático utilizado para a Formação dos AIS, segundo Bittencourt et al. (2005), objetivava a análise da realidade dos alunos e pautava-se no vocabulário local na tentativa de apresentar uma discussão que valorizasse as referências indígenas regionais. Essa postura definiu a construção de uma “Cartilha do Agente Indígena de Saúde do Envira e Manual de Saúde Bucal para Agente de Saúde Indígena – nível elementar”, e ainda uma cartilha de recurso visual para facilitar o entendimento dos indígenas que não se expressavam em português.

A avaliação do Projeto de Formação dos AIS pela UNI resultou em contratações pelo futuro Distrito Sanitário Especial Indígena Juruá. Dos 31 AIS formados, 19 assumiram a função, sendo que 12 como Agentes Indígenas de Saúde e 7 como Agentes Indígenas de Saúde Bucal, desencadeando o pioneirismo na formação, permitindo repensar as estratégias de formação nos anos subsequentes.

Valendo-se da experiência do Acre, prefaciada por Athias (2005), as formações desenvolvidas no Rio Negro, Amazonas, foram repensadas, discutindo-se a necessidade de utilizar profissionais com formação na área de linguística e antropologia, e que se identificassem com o trabalho nas áreas indígenas para facilitar o processo formativo. A preparação de recursos humanos no atendimento aos Agentes Indígenas de Saúde resolveria a falta de entrosamento dos profissionais com as culturas indígenas, como aconteceu nesse processo, pois as distâncias, as localidades, o tempo das atividades e as especificidades inerentes à situação dos povos indígenas são aspectos apontados como desafiadores aos profissionais envolvidos.

O processo de formação de Agentes Indígenas de Saúde sofreu uma ruptura no final da década de 1990, sendo retomado no início do Século XXI, em 2000, para os indígenas do Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Juruá, e em 2001 no Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Purus, com a constituição da parceria da UNI que atuava em ambos os distritos. Em sua avaliação, a União das Nações Indígenas do Acre e Sul do Amazonas (2002) aponta que o módulo Introdutório aconteceu duas vezes, devido ao número de reprovações, assinalando para a

necessidade de reavaliar o processo, em vez de repeti-lo como foi concretizado. Os módulos subsequentes não aconteceram.

O processo formativo foi fragmentado, acontecendo uma nova capacitação de AIS em 2002, com duração de 15 dias, com a orientação de enfermeiros e técnicos do DSEI Purus, envolvendo AIS que já haviam realizado os módulos Introdutório e I, alguns pela quarta vez, e AIS que nunca haviam participado de formação (BRASIL, 2003), exigindo avaliação para a sequência da mesma. Essa necessidade era explicitada diante da inexistência de um histórico formativo. O relatório apresentado mencionava as etnias Madja, Kaxarari, Huni Kuĩ, Jaminawa e Manchineri, sem, no entanto, mencionar a presença dos Apurinã que também possuíam AIS no âmbito do DSEI Alto Rio Purus. O relatório concluiu que todos os AIS deveriam passar novamente pelo módulo inicial.

A apresentação da metodologia é referida como problematizadora, na qual “[...] o AIS e as instrutoras constroem juntos a solução para os problemas que vêm ocorrendo em suas comunidades, tudo isso em cima da causa que pode ser prevenida com a ajuda dos AIS antes que as doenças se manifestem” (BRASIL, 2003, p.1). A estratégia construtivista demonstra fragilidades que envolvem a percepção do instrutor sobre o problema relatado pelo Agente Indígena de Saúde (AIS), e de como é feita esta apreensão pelo próprio AIS, sobre a avaliação do instrutor. A construção de desenhos ou dramatizações que são viabilizados mediante perguntas que os instrutores apontam, muitas vezes acaba sendo mais uma apresentação oral e individual do que um debate problematizador.

Durante o início do curso, houve resistência por parte dos indígenas que não se dispunham a participar da metodologia que envolvia a construção dos desenhos (BRASIL, 2003). As atividades foram construídas em sequências que resumidamente se apresentavam da seguinte forma: desenho da comunidade, desenho da terra indígena, debates como o povo que ocupou a terra e, respectivamente, sobre as mudanças acontecidas, levantamento dos problemas de saúde a partir do contato, apresentação do conceito de doença por parte dos AIS, causas das doenças, separação de doenças mortais e não mortais, tipos de contaminação, doenças mais comuns, doenças que afetam as crianças, e como fazer diagnóstico.

Nesse contexto de formação, vale lembrar que o currículo, envolvendo os conteúdos, era pré-definido para que fossem feitas as discussões sobre doenças

como: diarreias, gripes, desidratação, saúde bucal, infecções respiratórias agudas, tuberculoses, bronquites, pneumonias e gripes. Esses temas eram os mais comuns de serem tratados, e costumava não haver uma perspectiva indicando se o curso era voltado para uma discussão que valorizasse os saberes indígenas ou que retratasse os múltiplos sentidos da doença. Além dos conteúdos, constava nesse material o planejamento de ações para os Agentes em sua comunidade no que se referia ao atendimento, propondo palestras e dramatizações alternadamente como metodologia de formação.

Embora esses temas fossem importantes, era necessário avaliar a multiplicidade de sentidos sociais e cosmológicos que a representação de saúde/doença tinha para os povos indígenas, e como era processada simbolicamente a concepção de saúde e doença. Nesse sentido, era importante discutir os fatores etiológicos das doenças, que poderiam estar relacionadas à origem xamânica, e o processo de cura, compreendido dentro de um itinerário terapêutico e cultural.

Tomando como base o relatório, pode-se verificar que não havia referências sobre a capacitação dos instrutores de forma pedagógica ou antropológica, e sim a menção à capacitação, mas com informações insuficientes para uma análise referente ao aspecto pedagógico e cultural, visto que as transformações que essas sociedades vivenciavam no processo intercultural eram elementos importantes para uma abordagem problematizadora.

A discussão enfatiza as instruções sobre tipos de doenças endêmicas e exercícios de fixação de aprendizagem, referentes aos módulos introdutórios e módulo I que são baseados em um modelo tradicional em que os instrutores apresentam proposições e fórmulas que o AIS deve reconhecer e fixar, diferenciando de uma pedagogia problematizadora que envolve o reconhecimento por parte do aluno sobre o conhecimento e constrói caminhos. Ou fazem como aponta Novo (2008, p. 16), a problematização ocorre apenas quando se faz uma comparação com antigamente, “como eram as práticas dos antigos” ressaltando novamente uma visão estática da cultura e desvalorizando os conhecimentos tradicionais frente aos conhecimentos hegemônicos ocidentais, estes sim considerados “verdadeiros”.

Dessa forma, a finalização do módulo de acordo com a metodologia proposta (BRASIL, 2003) era definida pela avaliação com base na dispersão, sendo a

supervisão dos AIS realizada pelos membros das equipes multidisciplinares que atuavam na área.

Considerando o estudo desse relatório, verificam-se contradições, a metodologia demonstra inadequação quando não permite o diálogo com os indígenas da etnia Madja, que não se comunicavam em português. No curso, não havia intérpretes bilíngues, apenas um dos AIS conseguia fazer a comunicação com os instrutores, servindo de intérprete, demonstrando desajuste no planejamento para atender esta etnia que apresentava dificuldades no entrosamento, como demonstra o relatório da Funasa do Distrito Sanitário Alto Rio Purus, Brasil (2003, p. 9).

Grupo Kulina: esta etnia por não entender a língua portuguesa apresentou muitas dificuldades, apesar de um dos AIS do grupo servir de intérprete para os outros, o entendimento dos Madhá continuou comprometido [...].

Grupo com etnias: Jaminawá, Kaxarari, Kaxinawá e Manchineri. Neste grupo o desempenho foi satisfatório, logo, muitos estavam repetindo o módulo [...].

Nesse sentido, observam-se as questões apontadas pelas formações anteriores no que diz respeito à necessidade de capacitação das equipes de instrutores, bem como das equipes multidisciplinares na parte pedagógica e antropológica. Isso comprova o imperativo de um acompanhamento por um antropólogo e um linguista para favorecer os processos formativos, no sentido da relação educação e interculturalidade. Pela interpretação apresentada, a inadequação e a dificuldade pedagógica estão relacionadas mais ao formato do modelo formativo biomédico e ao despreparo dos profissionais.

No período da oferta do curso, 2002, já se desenhava uma crise institucional e de concepção teórica dos papéis do distrito e da conveniada UNI, retratado no discurso de avaliação do relatório, exigindo:

Maior envolvimento dos profissionais, que não fique sob a responsabilidade de um ou de outro, que os envolvidos 'vistam a camisa' não sobrecarregando ninguém, que seja mais organizado, pois a organização de qualquer coisa é imprescindível para que não influam no desempenho dos instrutores, logo até imprevistos devem ser previstos (BRASIL, 2003, p.18).

Esse conflito fica mais bem explicitado no texto do relatório a seguir, inclusive sobre o preparo dos profissionais e as responsabilidades de cada um: Coordenação Regional da Funasa (CORE), DSEI ARP e Convênio da União das Nações Indígenas do Acre e Sul do Amazonas.

Que o convênio [UNI] no próximo curso incorpore o papel de parceiro, não só julgue os profissionais para que se virem, inclusive que a coordenação técnica seja preparada para estar atuando, não que os instrutores capacitados para serem multiplicadores têm que cobri-los (BRASIL, 2003, p.18).

O diagnóstico inicial realizado pela equipe de instrutores sobre o perfil dos Agentes Indígenas de Saúde dos DSEI Alto Purus apresentou a existência de cursos de formação anteriores àquele elaborado pela DSEI/UNI e aos cursos da UNI/Health Unlimited, apontando para a realização de mais de um curso de formação inicial e continuada, não passando do módulo Introdutório e do módulo I.

O caso dos Madja (Kulina), representado no quadro 7, e de outras etnias, quadro 6, evidencia o fato dos cursistas repetirem o módulo mais de uma vez, demonstrando que as formações não eram adequadas para atender as especificidades dos povos indígenas que não se encaixavam no perfil da sociedade ocidental, não respeitando as diferenças culturais, demonstrando dificuldades de interpretação da cosmovisão do mundo Kulina que mantém tradições seculares.

**Quadro 6: Demonstrativo do perfil dos AIS do curso de 2002**

Módulo Introdutório			
AIS	Etnia	Desempenho	Situação
AIS 1	Kaxarari	Bom	1º curso
AIS 2	Jaminawá	Bom	1º curso
AIS 3	Jaminawá	Bom	1º curso
AIS 4	Jaminawá	Bom	Repetindo o módulo Introdutório
AIS 5	Jaminawá	Bom	Repetindo o módulo Introdutório
AIS 6	Jaminawá	Bom	1º curso
AIS 7	Manchineri	Bom	Repetindo o módulo Introdutório
AIS 8	Manchineri	Bom	Repetindo o módulo Introdutório
AIS 9	Manchineri	Bom	Repetindo o módulo Introdutório
AIS 10	Kaxinawá	Bom	1º curso
AIS 11	Kaxarari	Excelente	1º curso
AIS 12	Kaxarari	Ruim	Repetindo o módulo Introdutório - 3ª vez
AIS 13	Manchineri	Razoável	Repetindo o módulo Introdutório - 3ª vez
AIS 14	Kaxinawá	Razoável	Repetindo o módulo Introdutório - 3ª vez
AIS 15	Kaxinawá	Regular	1º curso
AIS 16	Jaminawá	Insatisfatório	Repetindo o módulo Introdutório - 3ª vez

**Fonte:** Adaptado do BRASIL/Funasa/DSEI ARP 2003.

**Quadro 7: Demonstrativo do perfil dos AIS Madja (Kulina) módulo introdutório - 2002**

AIS	Etnia	Desempenho	Situação
AIS 1	Kulina	Razoável	Repetindo o módulo pela 3ª vez
AIS 2	Kulina	Sem aproveitamento	Repetido o módulo Introdutório
AIS 3	Kulina	Excelente	Repetindo o módulo pela 4ª vez
AIS 4	Kulina	Não apto	Repetindo o módulo pela 2ª vez
AIS 5	Kulina	Razoável	Repetindo o módulo pela 2ª vez
AIS 6	Kulina	Não apto	Repetindo o módulo pela 3ª vez
AIS 7	Kulina	Bom	Repetindo o módulo pela 4ª vez
AIS 8	Kulina	Bom	Repetindo o módulo pela 3ª vez
AIS 9	Kulina	Bom	1º curso

**Fonte:** Adaptado do BRASIL/Funasa/DSEI ARP 2003.

Como se pode observar, a situação dos AIS Madja (Kulina) se apresentou diferenciada da maioria dos Agentes Indígenas de Saúde do Purus, exigindo repensar as formações não apenas do ponto de vista teórico-pedagógico, mas também sobre questões estruturais. Havia a necessidade não só de um maior conhecimento antropológico sobre: etnias, definições de saúde e doenças, mas também definir prioridades de financiamento em termos de problemas de saúde, construir itinerários em saúde, contratar linguísticas e preparar os profissionais das equipes multidisciplinares para atuar com indígenas, como já foi mencionado.

Desde 2004, a Coordenação da Fundação Nacional de Saúde no Acre, por intermédio do Distrito Sanitário Especial do Alto Purus e Alto Juruá, passou a discutir a possibilidade de elevação da escolaridade dos Agentes com várias instituições: a Secretaria de Estado de Educação e Esporte, Secretaria Estadual de Saúde e Universidade Federal do Acre. Contudo, esse processo não avançou.

Em 2005, a Funasa iniciou uma cooperação técnica com a Secretaria de Estado de Educação e Esporte para a elaboração e execução da elevação da escolaridade dos AIS, entretanto, devido aos diversos conflitos na política de saúde indígena no Acre, agravados a partir do fim do convênio com a União das Nações Indígenas do Acre e Sul do Amazonas, que levaram a conveniada à inadimplência, esta proposta foi descontinuada. Assim, o projeto de formação não foi adiante, pois as atividades de educação e formação foram interrompidas, passando a Funasa a

definir a proposta formativa por intermédio do Departamento de Saúde Indígena (DESAI).

Nesse contexto, a Funasa assumiu a formação sem a elevação da escolaridade, mantendo as propostas de formação já discutidas no Capítulo III desta tese sobre o modelo formativo do Ministério da Saúde em oposição às constantes pressões sobre a formação, expostas nas conferências de saúde indígena, que a partir de 2006 caminham em direção à contratação e profissionalização dos Agentes Indígenas de Saúde.

Relembrando que a situação dos Agentes Indígenas de Saúde foi objeto de um capítulo na IV Conferência Nacional de Saúde Indígena, pleiteando a profissionalização por meio da monção nº 11 sobre regulamentações do trabalho dos Agentes Indígenas de Saúde. A partir dessa, a luta pela profissionalização e as definições sobre o rumo da saúde indígena exigiam mudanças.

Essa Conferência propôs entre outras questões a formação continuada e a avaliação tanto dos Agentes Indígenas de Saúde como dos Agentes Indígenas de Saneamentos (Aisan), além de recomendar a atuação de “profissionais qualificados, preferencialmente indígenas, para executar ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde das comunidades indígenas, respeitando as diversidades etnoculturais” (IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA, 2005, p. 10). Dentre as questões relevantes, a Conferência cita as práticas tradicionais de cura e autocuidado:

- a) Acompanhamento e registro dos 'itinerários terapêuticos' praticados pelas diferentes populações indígenas; b) Elaboração de um diagnóstico sobre o ponto de vista dos indígenas acerca dos serviços de assistência à saúde de suas respectivas comunidades, tendo como eixo de análise a articulação entre os subsistemas de saúde indígena e o SUS (IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA, 2005, p. 9).

A discussão apresenta a perspectiva da defesa do itinerário terapêutico e da medicina tradicional como elemento importante para a construção do processo de interculturalidade, pois quando se relacionam com cuidados quanto a tratamentos em saúde são utilizadas práticas diversas, tanto relacionadas a aspectos biomédicos como a tradicionais, considerando-se a existência de diversas práticas entre os povos indígenas como resultado de itinerários terapêuticos.



As práticas tradicionais, geralmente realizadas pelos pajés e por mulheres no caso do Alto Purus, revelam o apoio destas aos AIS, especialmente no caso de atendimentos a outras mulheres, ressaltando seus conhecimentos sobre ervas, conforme descreve Silva (2009).

Contudo, a profissionalização requer referenciais formativos que pressupõem a possibilidade de aperfeiçoamento nos moldes que legislação exige, com base na LDB, reforçando a elevação da escolaridade para a conclusão do processo de formação dos AIS em futuros profissionais na carreira de enfermagem como técnicos ou enfermeiros.

Nesse sentido, a organização dos modelos formativos dos Agentes Indígenas de Saúde baseia-se na perspectiva orientadora do modelo de formação e profissionalização dos Agentes Comunitários de Saúde Não Indígenas do Ministério da Saúde. Assim, o exemplo formulado antes pela Funasa e atualmente pelas escolas técnicas do SUS baseia-se nessa metodologia, visando à elevação do profissional a partir de etapas: a primeira, sem a exigência da escolaridade, a sequência que seria o técnico Agente Comunitário Indígena de Saúde que exige o ensino fundamental e a profissionalização com a aquisição do Ensino Médio. Essas são perspectivas pensadas para o ACIS, porém ainda sem muito sucesso, com exceção do Alto Rio Negro, onde as parcerias intersetoriais entre a Secretaria de Educação do Amazonas e o Instituto Leônidas Deane da Fundação Osvaldo Cruz, conseguiram a conclusão e certificação (GARNELO et al., 2009).

A regulamentação da profissão de Agente Indígena de Saúde também é baseada no modelo do Agente Comunitário Indígena de Saúde, retratado na Lei nº 11.350/2006 (BRASIL, 2006) que estabeleceu o regime jurídico da Consolidação das Leis de Trabalho para estes profissionais. Essa exigência tem dificultado a contratação dos AIS, sendo que a grande maioria possui contratos precários, como no caso do Alto Purus.

## **6. CAPÍTULO VI: DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DE FORMAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS INDÍGENAS DE SAÚDE IMPLEMENTADA PELA ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE MARIA MOREIRA DA ROCHA, NO PERÍODO DE 2009 A 2013**

A formação do Agente Comunitário Indígena de Saúde (ACIS), desenvolvida pela Escola Técnica de Saúde Maria Moreira da Rocha (EMMR) é analisada com base na experiência de seus coordenadores, buscando refletir sobre o modelo preconizado e aplicado, comparando com as formações anteriores, construídas pela Fundação Nacional de Saúde.

As reflexões sobre a formação foram inicialmente descritas na avaliação do II Módulo (ACRE, 2008), e basearam-se no olhar sobre categorias interculturais de bilinguismo, interculturalidade, globalidade, especificidade e diferenças levantadas pelas duas entrevistas e pela análise documental, considerando-se aspectos em que este debate aparecia por meio das concepções institucionais, concepções teóricas e pedagógicas da formação, políticas educacionais de gestão e de profissionalização.

### **6.1. Atuação da Escola Técnica de Saúde Maria Moreira da Rocha na educação indígena e na formação de Agentes Indígenas de Saúde**

A Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha surgiu em 1964, instituída pelo decreto 51, denominada à época de Escola Estadual de Enfermagem do Acre, responsável pelo curso de auxiliar de enfermagem. A escola vivenciou um processo descontínuo em sua atuação devido a “vários fatores, a falta de políticas voltadas para a Educação Profissional no Estado” que determinou a irregularidade na oferta de qualificação (ACRE, 2012, p. 12).

A primeira vinculação foi diretamente à secretaria de educação, depois passou a ser administrada pelo Departamento de Educação Profissional – DEP, mais tarde, Gerência de Educação Profissional e, finalmente, foi transformada em unidade do Instituto Estadual de Desenvolvimento da Educação Profissional Dom Moacyr Grechi, criado em 1995, integrante da Secretaria de Educação do Estado. Contudo, “a partir desse contexto, a ETSMMR passou a ter novo vínculo administrativo, com a especificidade de possuir gestão compartilhada com a Secretaria de Estado de Saúde do Acre – SESACRE” (ACRE, 2012, p. 12). Dessa forma, mantém uma missão que envolve princípios referentes ao modelo de

educação profissional construído no Acre, que é: “Promover educação, integrada às políticas de governo, que elevem a capacidade de trabalho dos acreanos”. Sendo assim, a Escola atua com programas diversos, demandados pela Secretaria de Educação e Saúde, dentre os quais, o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE, ou outras demandas da educação profissional na área da saúde e a Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde.

Entretanto, a demanda da profissionalização para indígenas ocorreu em meio às discussões que envolveram o Instituto Dom Moacyr na formação Inicial e Continuada de Gestores de Projetos Indígenas, desenvolvida pela unidade da Escola da Floresta Roberval Cardoso em 2007.

Assim, a possibilidade de atuar em outras áreas alusivas à profissionalização de indígenas se fortalecia junto ao instituto, por ser referência em educação profissional e ter como um de seus núcleos a Escola Técnica do Sistema Único de Saúde, a Etsus. Processo iniciado a partir de discussão com a Fundação Nacional de Saúde, que carecia de certificação na formação de Agentes Indígenas de Saúde.

Então, a Funasa por intermédio da Coordenação Regional e do Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Purus passou a discutir com o Instituto D. Moacyr, por meio da EMMR, a formação e a profissionalização dos Agentes Indígenas de Saúde com a perspectiva da elevação de escolaridade, necessária para a certificação dos AIS.

Esse contexto permitiu que a partir de 2007 e 2008 as formações no Distrito Alto Rio Purus buscassem o acompanhamento pedagógico da Escola Maria Moreira da Rocha, possibilitando a certificação. Todavia, a escola definiu que deveria conhecer e acompanhar, avaliar antes de certificar.

A partir de 2010, com o surgimento da Sesai, o processo de definição da participação da escola na formação iniciou; contudo, era necessário a construção de um modelo de currículo e plano de curso, definido após a disponibilização dos recursos via Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde Estadual.

## **6.2. Descrição do histórico e implementação da formação de Agente Comunitário Indígena de Saúde no Alto Purus pela Escola Técnica de Saúde Maria Moreira da Rocha**

Objetivando a profissionalização e formação dos Agentes Indígenas de Saúde, que ocorriam no âmbito da Funasa, a escola iniciou do período de 2007 a 2008 uma avaliação desta formação com base no acompanhamento dos cursos, visando a atender à exigência da elevação de escolaridade.

Desse modo, o requisito da profissionalização demandou uma maior inserção da Escola na realidade dos Agentes Indígenas de Saúde do Purus, visto a necessidade de conhecer melhor a complexidade dessa formação. Assim, outra estratégia foi definida, uma pesquisa foi realizada por meio de oficinas de ouvidoria nos distritos de Alto Rio Purus e Alto Rio Juruá, no intuito de identificar o perfil do profissional de saúde indígena e de escutar as lideranças sobre o processo educativo. Até então, a escola não tinha experiência com formações para profissionais indígenas.

O processo de acompanhamento apontou outras questões que não estavam definidas, pois, apesar da função de assumir a certificação, a escola não estava certa da forma e de seu papel na parceria com a Funasa e, ainda, necessitava conhecer melhor os aspectos teóricos da proposta e do plano de curso em execução, conforme relato do acompanhamento da execução do Módulo II: módulo do curso de Agente Indígena de Saúde – 2008:

Assim, percebe-se a incerteza por parte da FUNASA, quanto à execução dos AIS em parceria com Escola Técnica de Saúde Maria Moreira da Rocha, as informações são limitadas, não se tem definido o papel dos parceiros, apesar de já termos participado do Módulo Introdutório, não conhecemos o foco principal, nem o plano de curso e de trabalho [...] (ACRE, 2008, p. 8).

Apesar de nesse período o papel da escola estar restrito ao acompanhamento da formação, observando a atuação dos profissionais do Distrito Sanitário Indígena do Alto Rio Purus, algumas ações ocorreram, como a disponibilização de materiais didáticos, como observado pelo relatório.

[...] os mediadores trabalharam o conteúdo proposto pela FUNASA além do KIT de apoio da Escola Técnica, com algumas adaptações feitas pelos mediadores, o material produzido pela Escola Técnica foi bem utilizado, principalmente o CD de Saúde Bucal (ACRE, 2008, p. 5).

Dessa forma, a atuação da Escola Maria Moreira da Rocha exigiu a estruturação de um novo modelo, adequando às condições da própria escola que formava profissionais não indígenas. Ressaltando que o trabalho de formação desenvolvido pela Escola Técnica de Saúde Maria Moreira da Rocha em 2009 foi fruto de discussões anteriores junto à Fundação Nacional de Saúde. A avaliação dos AIS utilizou instrumentos elaborados pela EMMR, bem como as fichas padrão da Funasa.

### **6.2.1. Análise da formação dos Agentes Indígenas de Saúde no Alto Purus pela Escola Maria Moreira da Rocha**

As observações da escola sobre a formação foram pautadas no histórico do que havia ocorrido na Funasa, adicionadas ao acompanhamento dos cursos anteriores à formação. Essa discussão foi descrita nos relatórios, mas também na análise da dissertação de mestrado: “Processo Reflexivo com Perspectiva de uma Abordagem da Integralidade e de um Currículo Intercultural” (SILVA, 2009), que faz a abordagem avaliativa dos cursos promovidos pela Fundação Nacional de Saúde como técnica da Escola Maria Moreira da Rocha

O acompanhamento verificou que a situação quanto à formação dos AIS do Distrito Alto Rio Purus estava inacabada e inalterada até 2012. Observamos que todos os AIS do distrito só possuíam o Módulo Introdutório e o Módulo I, pois sempre repetiam os mesmos módulos, não havendo modificações no desenvolvimento profissional destes. Inserindo-se, assim, no quadro estatístico nacional em que se verifica que a maioria dos processos formativos não conseguiu sobrepor o Módulo Inicial considerando-se os dados dos distritos (GARNELO, 2012; GARNELO et al., 2009). Observa-se, assim, as contradições do modelo proposto.

Sobre as considerações da proposta de formação dos AIS pela Funasa, analisadas no relatório da escola, surgiram questionamentos quanto a: “necessidades de reestruturação do curso, principalmente relacionadas ao material didático, formação dos mediadores, vistos como profissionais descontextualizados da realidade indígena e a carga horária extensa dos módulos” (ACRE, 2012, p. 16).

Silva (2009) classificou os conteúdos trabalhados no curso da Funasa como descontextualizados e apontou as deficiências dos formadores, ligadas ao despreparo metodológico. Observou a falta de dinamicidade na metodologia

aplicada, implicando dificuldades de compreensão do ensino e realização de atividades pelos alunos. Outra apreciação destacou que o material didático não apresentava ilustrações. Criticando o formulário avaliativo como complexo e de difícil interpretação.

O relatório de execução do II Módulo do curso de Agente Indígena de Saúde, 2008 (ACRE, 2008), lançou questionamentos sobre: pontos da avaliação pertinentes à metodologia e às referências linguísticas e culturais, como bilinguismo, interculturalidade, globalidade e centralidade e especificidades observadas a seguir:

- a) Dificuldades de comunicação na língua pelos mediadores da Funasa: “observa-se que há muitas dificuldades principalmente na pronúncia de determinadas palavras. Os mesmos enfatizaram que em seu dialeto compreendem e conhecem os nomes específicos [...]” (ACRE, 2008, p);
- b) Conflitos com temáticas biomédicas e culturais, exemplificadas no módulo Saúde da Mulher: “alguns pajés e lideranças achavam o tema muito íntimo para ser abordado naquele ambiente [...]” (ACRE, 2008, p. 8);
- c) A diversidade cultural dos povos indígenas não era conhecida pelos profissionais, dificultando a discussão de conteúdos nos aspectos teóricos e práticos e sua relação com medicina tradicional e biomédica;
- d) Nas avaliações, os Agentes reclamaram quanto à tradução em sua língua sobre conhecimentos adquiridos nos cursos, principalmente quanto aos cuidados;
- e) O Módulo da Mulher e Saúde Bucal para os indígenas das etnias Ashaninka, Jaminawá Arara, Arara, Apolima Arara, Kaxinawá e Kontanawá que foram avaliados no curso de acompanhamento foi considerado como desconhecido em sua língua, portanto, não divulgado, devido as dificuldades de comunicação;
- f) Conflito quanto à aplicação dos conteúdos biomédicos relatado pelo AIS, devido à proibição de divulgação pela liderança de práticas não indígenas, sendo então vetada a orientação da temática Saúde da Mulher e da Criança e Saúde Bucal pelo cacique.

A apresentação dos aspectos identificados na avaliação do II Módulo retrata não somente conflitos presentes no modelo aplicado à formação de Agentes Indígenas de Saúde no Acre, mas de um modo geral, apresentam-se como

emblemáticos da discussão de formação, referindo-se a questões que devem ser consideradas ao se discutir a formação intercultural, específica e diferenciada.

Sobre os conflitos apresentados durante o processo formativo, Silva (2009, p. 123), discute que:

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

Na nova perspectiva, as divergências são produzidas pelas construções dispostas em currículos feitos por brancos para indígenas, e não representam ou retratam trânsitos culturais, mudanças e conflitos. Sobre isso, duas dimensões podem ser debatidas: uma referindo-se ao que os indígenas pensam sobre esses modelos, e outra sobre conflitos pertinentes a questões próprias do conceito e compreensão da interculturalidade.

A primeira dimensão foi retratada na análise sobre a educação profissional para indígenas no Acre na dissertação “Viajando entre vozes e memórias dos povos da floresta: leituras da educação profissional indígena no Acre” (ABREU, 2011), relacionada aos questionamentos e identificação pelos indígenas da responsabilidade do Estado, por meio da perspectiva de que: “o governo deve assumir as formações técnicas e profissionais necessárias aos indígenas” (ABREU, 2011, p. 89), aponta a perspectiva de construção do modelo que implica a reelaboração do discurso pelos não indígenas o que, para a autora, costuma apagar e silenciar as vozes indígenas. Dessa forma, implicando uma interculturalidade que coloca os indígenas como iguais e sem poder, como silenciados.

Diante do excerto, pode-se inferir que os índios conhecem a sua realidade e sabem o que desejam, mas a mais das vezes o seu discurso torna-se apagado, pois é constantemente mediado por um não-índio. E esse não reconhece a legitimidade do “falar” do índio, já que o considera não capaz de discernir o que busca e que condiz com a sua realidade (ABREU, 2011, p. 90).

Souza Lima (2012, p. 435) classifica essa situação como representada pelos especialistas em indígenas, que por sua vez “mantêm com a agência de poder tutelar relações complexas, quer dela participando, quer dela se aliando ou se opondo”.

A segunda dimensão foi observada por Menéndez (2016) sobre a interculturalidade, pois os indígenas possuem visões diferenciadas da sociedade ocidental, mas também uns dos outros. Essas visões são próprias de transformações representadas pelo cruzamento de estruturas ideológicas e suas reproduções vivenciadas no cotidiano, geradoras de conflitos, negadas pelos que discutem modelos interculturais:

Ellos evidenciaban que no sólo hay cruciales diferencias entre los grupos étnicos entre sí, sino que los términos 'Occidente' y 'Oriente' constituyen construcciones ideológicas que no corresponden a las diversidades, oposiciones y conflictos existentes entre los actores sociales que ellos pretenden integrar. Lo cual no niega que fueron y siguen siendo utilizados, pero a partir de reconocer que lo son tanto para impulsar una interculturalidad negociadora, como para promover incompatibilidades de todo tipo entre los pueblos originarios y la sociedad dominante (MENÉNDEZ, 2016, p. 112).

Menéndez (2016) comenta que esses modelos costumam inserir os indígenas de forma subalterna na sociedade dominante, e os denuncia como interculturalidade negociadora, nos quais os indígenas são utilizados em nome de um discurso legitimado, pois de fato, existem enormes distâncias culturais entre as perspectivas dos povos indígenas entre si e entre a sociedade ocidental. Assim, a fala dos indígenas representa conflitos definidos ora entre si, ora contra ou a favor do Estado.

Informações retiradas do acompanhamento dos cursos apontaram para questões importantes que permitiram a reflexão sobre elas, objetivando, assim, a perspectiva de construção de currículo intercultural no intuito de qualificar o conhecimento dos Agentes Comunitários Indígena de Saúde, denominação escolhida para o curso.

Dessa forma, os elementos que serviram de base para a elaboração da proposta pela escola do curso de formação de Agentes Comunitários Indígena de Saúde foram dimensionados pela crítica às formações anteriores, questionando o modelo formativo, considerado extenso e descontextualizado.

### **6.2.2. A proposta formativa da Escola Técnica de Saúde Maria Moreira da Rocha**

O processo de formação pela Escola partiu da avaliação do processo formativo do Módulo II da Funasa (ACRE, 2008), que foi resultado do acompanhamento



pedagógico, envolvendo cursos de formação realizados pela Funasa. Essa ação permitiu verificar diversas problemáticas referentes às políticas para indígenas, contribuindo para a iniciativa de oficinas de ouvidoria com lideranças indígenas na qual participaram povos dos dois distritos, sendo a maioria dos Juruá, como os Ashaninka, Arara, Apolima Arara, Kontanawá, e apenas os Kaxinawá e Jaminawá representaram os dois distritos, pois possuem terras indígenas em ambas as regionais do Alto Rio Purus e Alto Rio Juruá (SILVA, 2009).

Entretanto, a perspectiva traçada pelo Instituto Dom Moacyr, à qual a EMMR é vinculada, exigia mais, como formar pessoal para atuar no contexto da profissionalização de indígenas. Dessa forma, foi aberto um processo seletivo em 2009 para uma vaga de assessor em saúde indígena, objetivando garantir a atuação deste profissional no desenvolvimento de projetos para as formações indígenas no estado, visto que a escola não tinha expertise na área nem as referências de formação em saúde indígena.

A atuação da EMMR ocorreu por meio da construção de um projeto específico para a formação dos Agentes em consonância com o arcabouço legal da educação profissional. Mas também inseriu uma discussão que envolveu diferentes concepções de saúde e educação. Assim, foram construídos três planos de cursos, inicialmente o técnico de enfermagem que exigia a elevação da escolaridade, posteriormente, o auxiliar de enfermagem e, finalmente, o Agente Comunitário Indígena de Saúde.

O enquadramento dos AIS nas propostas encontrou entraves devido à elevação da escolaridade, pois a maior parte desses indígenas possui apenas a 4ª série e, a maioria, não possui a 8ª série, impossibilitando a constituição de um curso técnico.

Apesar do processo de avaliação e discussão feito pela EMMR ter sido amplo e crítico, na prática a Escola decidiu combinar várias orientações formativas externas à realidade dos indígenas do Acre e Sul do Amazonas, como a utilização dos modelos empregados no Xingu pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), denominados “Experiência de formação de AIS e Auxiliares de Enfermagem Indígena”, o referencial “da Saúde Sem Limites e Educação Profissional Básica para Agentes Indígenas de Saúde” da FUNASA.

Nesse caso, a opção por esses referenciais corrobora a perspectiva das propostas anteriores, visto que o Módulo Introdutório da Funasa já discutido no

capítulo três: “Descrição e análise da proposta formativa de AIS da Funasa (2009)”, também de acordo com ABREU (2008), foi elaborado com a participação de representantes da Funasa, (da Coordenação de Recursos Humanos e da Coordenação de Saúde Indígena), Saúde Sem Limites, Universidade Federal de São Paulo e mais a participação da Funai, da Coordenação de Recursos Humanos do VIGISUS, da organização não governamental Instituto Socioambiental (ISA) e do DSEI Alto Rio Negro (AM).

A Escola Técnica do SUS (ETSUS) Maria Moreira da Rocha então definiu que o curso de Agentes Indígenas de Saúde seria realizado na modalidade Formação Inicial e Continuada, com a denominação de Agentes Comunitários Indígena de Saúde (ACIS), sem envolver a elevação da escolaridade.

A formação realizada pela Escola no Distrito Sanitário Alto Rio Purus certificou 104 Agentes, como observado no quadro a seguir:

**Quadro 8: Agentes Indígenas de Saúde em formação**

Encontros presenciais	Municípios	Número de educandos por município	Número de turmas
Rio Branco	Manoel Urbano	7	2
	Santa Rosa do Purus	24	
	Sena Madureira/AC e Extrema/RO	14	2
	Assis Brasil/AC	18	
	Boca do Acre/AM	15	
	Pauini/AM	24	
Total	7	104	4

Fonte: adaptado de (ACRE, 2012, p. 56).

### **6.3. Descrição e análise do plano de curso do Agente Comunitário Indígena de Saúde implementado pela EMMR**

O Plano de Formação dos Agentes Comunitários de Saúde define como seus objetivos para a formação dos Agentes Comunitários Indígenas de Saúde:

Qualificar, valorizar e fortalecer o trabalho dos Agentes Comunitários Indígenas de Saúde - ACIS, para atuarem junto às equipes multiprofissionais visando responder as necessidades de saúde das comunidades indígenas com ações de promoção e proteção à saúde,

prevenção de doenças e agravos a indivíduos e grupos sociais em domicílios e coletividade (ACRE, 2012, p. 24).

Analisando a primeira frase, sobre qualificação e fortalecimento do trabalho dos ACIS, tem-se uma dimensão positiva, pois visa ao fortalecimento e à qualificação de saberes, desta maneira acredita-se na afirmativa de que os Agentes já possuem conhecimentos e devem fortalecê-los.

A discussão sobre a promoção e a proteção à Saúde, ressaltada no trecho da citação, está referendada na atenção diferenciada aos povos indígenas, presente na proposição do Subsistema de Saúde Indígena e resultante da discussão da Carta de Otawa, que indica a saúde como um conceito amplo, envolvendo dimensões socioeconômicas, políticas e culturais (BRASIL, 2011b), e dos conceitos de atenção básica e primária, sendo que o primeiro está voltado para a prevenção e cura de forma integrada e regionalizada, e o segundo comprometido com a participação coletiva, trabalho em equipe, constituindo-se em ações que abrangem prevenção, diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2011a). Esses dois conceitos também se destacam na discussão da formação de Agentes Comunitários de Saúde Não indígenas (ACRE, 2012, p. 24).

Esse debate, referente à Política Nacional de Saúde Indígena defende a atuação dos ACIS junto às equipes multidisciplinares, visto que estes representam uma possibilidade de interação entre os sistemas indígenas e biomédicos, apesar do que ocorre com os modelos atuais que são construídos sem a participação dos indígenas.

Entretanto, no estudo realizado pela gestora da ETMM à época do acompanhamento em 2008, a autora avaliou que “as ações de promoção e prevenção ainda representam um viés essencialmente vertical, programático e campanhista” (SILVA, 2008, p. 42). Assim, observa-se que a discussão sobre essa mediação como política de formação e fortalecimento do perfil do ACIS, nem sempre reflete a realidade, representando um modelo que favorece a inserção dos indígenas no processo intercultural, em que a universalidade do conhecimento ocidental é afirmada em detrimento do tradicional.

### **6.3.1. Critério de definição do perfil para a seleção dos Agentes Comunitários Indígenas de Saúde pela Escola Técnica de Saúde Maria Moreira da Rocha**

O perfil profissional do ACIS tem como referência a discussão apresentada na proposta da Funasa: “Formação inicial para agentes indígenas de saúde: módulo introdutório” (BRASIL, 2005b), discutida no Capítulo três desta tese. O ACIS deve estar habilitado para:

Identificar situações novas, de auto organizar-se, de tomar decisões inerentes as suas atribuições, de interferir no processo de trabalho, de mediar conflitos, transitar entre diferentes sistemas culturais, promover a participação social, trabalhar em equipe multiprofissional e de resolver problemas em constantes mudanças (ACRE, 2012, p. 26).

Desse modo, a proposição do perfil do profissional suscita a discussão de currículo por competências, retratada nos itens “auto organizar-se, identificar situações novas e mediar conflitos”, que são copiados do modelo do Ministério da Saúde, Funasa (BRASIL, 2005), representando situações mais adequadas ao modelo organizativo ocidental, portanto, descontextualizado da lógica sociocultural indígena.

Outro aspecto ressaltado define que o ACIS deve estar preparado para atuar nas práticas do cuidado, referindo-se aos princípios da integralidade; para tal, deve desenvolver capacidade técnica e ético-política, comunicacional e de relações interculturais (ACRE, 2012, p. 26). Constroem-se critérios norteadores da educação formal, com definições apropriadas à política de formação nos moldes da ciência convencional.

Os critérios de seleção para a realização do curso de ACIS utilizam os mesmos critérios propostos no Módulo Introdutório da Funasa: “Educação Básica para Agentes Indígenas de Saúde”, Como as exigências de: “residir na aldeia de atuação; ter acima de 18 anos de idade; não ter outro vínculo empregatício; ser alfabetizado (saber ler e escrever) ” (ACRE, 2012, p. 26). Esses critérios são exigências da política de formação em saúde, e vêm sendo definidos desde os primeiros módulos organizados no Distrito.

Deve 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) (BRASIL, 2005, p. 25).

Essas considerações fazem parte da organização do modelo distrital, e os indígenas participantes do curso na sua maioria são inseridos nas equipes multidisciplinares de saúde indígena. Contudo, para realizar o curso foi solicitada a comprovação de módulos anteriores, caso tenha concluído anteriormente, sem que isto representasse algo diferente para o aluno, visto que o curso de formação inicial e continuada não utilizou conhecimentos anteriores.

Apesar de os estudantes participarem das equipes multidisciplinares de saúde e aturem como Agentes, foi exigida a comprovação de declaração por parte da Sesai/DSEI, bem como toda documentação pessoal: certidão de nascimento, identidade, cadastro de pessoas físicas (CPF), título de eleitor. De fato, a maioria dos indígenas não possui documentos, apesar de os Agentes os terem em função da contratação no serviço.

### **6.3.2. O currículo**

A proposta do curso segue o currículo por competências, com base na definição de valores que estimulem: “a solidariedade, a civilidade, o compartilhamento, responsabilidade e a ética” (ACRE, 2012, p. 27). Apresenta definições diferenciadas da proposição de currículo intercultural, que aponta para as especificidades etnoculturais em detrimento do universal. Entretanto, essa é uma recomendação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (BRASIL, 2002, p. 16) para que a formação dos Agentes Indígenas de Saúde seja efetuada com base na “Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB (Lei nº 9.394/96), no que diz respeito ao ensino básico, direcionado para a construção de competências/habilidades”, para que ocorra o “prosseguimento da profissionalização nos níveis médio (técnico) e superior (tecnológico) ”.

No entanto, a exigência de promover a escolaridade e a profissionalização tem constituído uma das dificuldades entre os Agentes, pois requer a ampliação das escolas indígenas dentro da comunidade e uma lógica racional e burocrática, apesar das reivindicações dos indígenas em fortalecer a educação e elevar as formações de Agentes Indígenas de Saúde. Considerando-se ainda as questões relevantes para a descontinuidade dos cursos, durante os 11 anos de vigência da Funasa até

2014 na constituição da Sesai não houve modificações, considerando que, de modo geral, desconsideraram especificidades socioculturais, com o foco na biomedicina e pouca ou nenhuma ênfase nos estudos etnológicos e antropológicos na área (DIEHL E PELLEGRINI, 2014).

A discussão do currículo foi debatida usando-se as oficinas de ouvidoria pela escola, tanto junto aos indígenas como junto aos profissionais, destacada no trabalho de Silva (2009, p. 70), apresentando preocupação com as responsabilidades de construção do modelo formativo.

[...] encaramos isso como um grande desafio. Porque a formação de não-indígenas, a gente sabe fazer educação profissional, mas trabalhar na formação para comunidades indígenas não é a mesma coisa. Trabalhamos, hoje, a formação por competências e decidimos que essa proposta não se adequa a formação indígena. Então que proposta é essa? Isto já nos traz uma série de questionamentos, temos ainda o desafio da logística e, por último, a diferença cultural [...] (O.T, *apud* SILVA, 2008, p. 70).

Ocorre dessa maneira, uma preocupação com a representação e a dominação de conceitos e formas, como propõe Bourdieu (1989), “consensus”, interação à lógica de mundo, à reprodução da ordem social. Esse discurso pode conectar os indígenas, ou inseri-los na ordem social como passivos e assimilados. O autor discute que:

A cultura dominante contribui para a integração real da classe dominante (assegurando uma comunicação imediata entre todos os seus membros e distinguindo-os das outras classes); para a integração fictícia da sociedade no seu conjunto, portanto, à desmobilização (falsa consciência) das classes dominadas; para a legitimação da ordem estabelecida por meio do estabelecimento das distinções (hierarquias) e para a legitimação dessas distinções. Este efeito ideológico produ-lo a cultura dominante dissimulando a função de divisão na função de comunicação: a cultura que une (intermediário de comunicação) é também a cultura que separa (instrumento de distinção) e que legitima as distinções compelindo todas as culturas (designadas como subculturas) a definirem-se pela sua distância em relação à cultura dominante (BOURDIEU 1989, p. 11).

A discussão é organizada usando-se eixos temáticos: “Eixo temático I: conhecendo a realidade para mobilização e o empoderamento;” II atuando na Promoção da Saúde; e III intervindo no processo saúde doença” (ACRE, 2012).

A discussão da competência é construída com base nas áreas de conhecimento, ancoradas em temáticas relacionadas a políticas em saúde. O conhecimento tradicional é retratado de forma superficial, pode ser observado na organização descrita a seguir:

A competência I "conhecendo a realidade para a mobilização e o empoderamento".

**Quadro 9: Competências do plano de curso do Agente Comunitário Indígena de Saúde da Escola Técnica de Saúde Maria Moreira da Rocha**

<b>Eixo temático I: conhecendo a realidade para a mobilização e o empoderamento</b>				
<b>Competência</b>	<b>Área de conhecimento</b>	<b>Carga horária</b>		
		<b>T</b>	<b>P</b>	<b>Total</b>
1. Participar da Gestão Social das Políticas Públicas e estimular o exercício do controle social.	Políticas Públicas em Saúde/A consolidação do Distrito Sanitário Especial Indígena.	25	10	35
	Modelos de Atenção à Saúde Indígena	25	15	40
	Participação Social	15	10	25
2. Planejar e avaliar as ações de serviços de saúde no âmbito do polo-base, em conjunto com as equipes dos DSEIS e com base nos determinantes sociais do processo saúde/doença.	Organização do processo de trabalho em saúde.	20	10	30
	Agravos à saúde com seus determinantes e condicionantes.	25	15	40
	Vigilância em saúde	20	10	30

**Fonte:** Acre (2012, p. 31)

Analisando a relação da competência com a discussão de habilidade, observa-se a representação de valores que devem ser adquiridos pelos indígenas. Dessa forma, o Agente deve desenvolver a “capacidade” de interpretar seus direitos com base em uma perspectiva do mundo ocidental, neste sentido, mobilizar a comunidade para atender estas expectativas, considerando as bases científicas e tecnológicas.

A discussão propõe-se à habilidade de argumentar sobre direitos indígenas com base na legislação. Assim, mobilizar a comunidade para o controle social e a participação em conselhos, seminários e conferências de saúde. Nesse sentido, educá-los para “empoderá-los” sob a ótica branca, por meio de sua desenvoltura

como liderança frente à saúde indígena e a comunidade atendendo as definições do Distrito.

Sobre isso, Novo (2008), no estudo sobre os AIS do Xingu, aponta que o Agente atua como sujeito político frente às relações entre comunidade e saúde indígena, possuindo um papel ambíguo. Ele ocupa um espaço que contribui para a inserção de poder tanto econômico quanto político na comunidade.

**Quadro 10: Competências do plano de curso do Agente Comunitário Indígena de Saúde da Escola Técnica de Saúde Maria Moreira da Rocha**

<b>Competência 1: participar da gestão social das políticas públicas e estimular o controle social.</b>		
Habilidades (saber fazer)	Bases científicas e tecnológicas	Atividades para avaliação de desempenho
1. Argumentar sobre os direitos dos povos indígenas com base na constituição, direitos humanos, legislação indigenista, Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas; 2. mobilizar a comunidade para o exercício do controle social; 3. participar do Conselho de Saúde, seminários e conferências de saúde.	1. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas; 2. Legislação Indigenista; 3. História das Políticas Públicas de Saúde do Brasil e o Sistema Único de Saúde; 4. Conceitos de participação popular comunitária e social; 5. História dos povos Indígenas e da relação intercultural (História do Acre); 6. Territórios Indígenas: ocupações e transformações.	1. Participar das reuniões dos conselhos locais de saúde; 2. Participar de seminários e conferências; 3. Realizar reuniões periódicas com a comunidade para discutir questões referentes à cidadania dos povos indígenas; 4. Expressar-se com fluência sobre o subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas para indivíduos, famílias e comunidade; 5. Orientar indivíduos, famílias e comunidade sobre as rotinas e ações de saúde existentes no âmbito do DSEI.

**Fonte:** Acre (2012, p. 34).

O quadro 10 destaca as habilidades de conhecimento sobre políticas indígenas referentes a direitos, saúde e educação, acrescenta a questão da participação no conselho social e discute a organização comunitária. O item “comunitário” é a representação do que se considera em termos de concepções de “participação popular comunitária e social”, sendo então apontadas para os indígenas as menções mais adequadas.

Uma das referências à discussão de comunidade está descrito por Collet (2006, p. 1), na experiência Camicuã, sobre se trabalhar a noção de comunidade, pois esta situação se complica quando existe “um cenário de disputas e conflitos entre famílias”. As relações na sociedade indígena são diferentes dos ocidentais, devendo então se respeitar a cultura e suas formas autônomas. Também Novo (2010, p. 40), ao analisar a formação de AIS no Xingu, acredita que os AIS nos



conselhos de saúde indígenas não representam a comunidade, pois são ao mesmo tempo interlocutores “vigiados”, estando a serviço dos patrões, no caso, o Estado por meio dos distritos.

A Competência II, (Quadro 11), objetiva planejar e avaliar as ações de serviços de saúde no âmbito do polo-base, em conjunto com as equipes dos DSEIS e com base nos determinantes saúde/doença. Nesse sentido, as habilidades propostas aos ACIS são relacionadas à identificação das atividades, organização relacionada à demanda da comunidade junto ao distrito e aos conselhos, reconhecer seu modelo de vida, planejar estratégias de saúde, entre outras.

**Quadro 11: Competências do plano de curso do Agente Comunitário Indígena de Saúde da Escola Técnica de Saúde Maria Moreira da Rocha**

<b>Competência 2: planejar e avaliar as ações de serviços de saúde no âmbito do polo-base, em conjunto com as equipes dos DSEIS e com base nos determinantes sociais do processo saúde/doença.</b>		
<b>Habilidades (saber fazer)</b>	<b>Bases científicas e tecnológicas</b>	<b>Atividades para avaliação de desempenho</b>
1. Identificar a natureza do trabalho a ser realizado, considerando o quê, para quem e como fazer; 2. Organizar seu trabalho com base nas demandas da comunidade e na programação do seu Distrito Sanitário; 3. Participar junto aos conselhos local e distrital de saúde indígena, avaliando a prestação de serviços: cobertura, impacto e satisfação; 4. Reconhecer os determinantes fundamentais da qualidade de vida dos povos indígenas, relacionando-os aos aspectos ambientais, econômicos, sociais, políticos e de serviços; 5. Planejar junto com as lideranças indígenas, direção do polo-base e as secretarias municipais de saúde, estratégias para a solução dos problemas e que estejam focalizados no entendimento da integralidade das ações e no processo saúde/doença baseado nos determinantes sociais; 6. Analisar os principais problemas de saúde que afetam a população e propor medidas de intervenção no contexto da interculturalidade; 7. Trabalhar em equipe considerando as suas atribuições e os aspectos éticos no processo de trabalho; 8. Interpretar as informações retornadas pelo sistema, apoiado pela equipe e, divulgar estas informações para a comunidade.	1. Plano distrital; 2. Caracterização do território e população; 3. Visita domiciliar; 4. Processo saúde/doença/conceitos de: condicionantes determinantes, transmissibilidade, prevenção e intervenção; 5. Situação de saúde e condições de vida; 6. Vigilância em saúde; 7. Sistema de informação em saúde; 8. Organização do local de trabalho dos ACIS; 9. Processo de trabalho em saúde; 10. Conceitos de planejamento, avaliação das ações de saúde; 11. Discussão do papel dos ACIS.	1. Realizar visitas domiciliares, atualizar cadastro da família e registrar os dados e informações necessárias à elaboração do plano de ação; 2. Elaborar um mapa situacional de sua comunidade (croquis), caracterizando os determinantes e condicionantes sociais; 3. Reunir com a equipe para discutir e planejar as atividades a serem desenvolvidas; 4. Adotar como instrumento de trabalho o acolhimento, valorizando as queixas, a identificação das necessidades sejam essas no plano individual e coletivo; 5. Levar propostas ao conselho de saúde para a melhoria da qualidade de vida da comunidade.

**Acre:** (2012, p. 35).

Nesse sentido, alguns pontos merecem serem ressaltados, com destaque para a participação no conselho local e distrital de saúde, onde se observa a positividade da formação para a atuação do ACIS, considerando a importância dos espaços de discussão política na saúde, porém, existem muitas contradições na escolha dos conselheiros definida em lei, na Resolução 453/2012 de 10 de maio de 2012 (BRASIL, 2012b).

Essa escolha é feita no interior de cada grupo indígena e obedece a critérios próprios. Ressaltando que umas das reivindicações dos indígenas tem sido a capacitação de conselheiros. Esses necessitam fortalecer a representatividade do Conselho Distrital de Saúde Indígena, visto que muitas demandas são negligenciadas, relacionadas principalmente à organização da Assistência e à ausência de profissionais que possibilitem o atendimento diferenciado.

A afirmação da discussão diferenciada acontece com base no do diálogo na relação da atenção e promoção da saúde, com possibilidades de compatibilizar as formas tradicionais com a biomedicina, trata-se da ênfase relacionada ao item 6 (Quadro 11), quanto a “Analisar os principais problemas de saúde que afetam a população e propor medidas de intervenção no contexto da interculturalidade”, valendo-se de “bases científicas. Entretanto, na prática, essa orientação encontra dificuldades, visto que os profissionais das equipes tendem a analisar situações que remetem a contextos tradicionais com preconceito, creditando apenas à ciência ocidental os resultados positivos, debate que o plano faz na Competência III sobre a relação entre as equipes e o distrito.

**Quadro 12: Competências do plano de curso do Agente Comunitário Indígena de Saúde da Escola Técnica de Saúde Maria Moreira da Rocha**

<b>Competência 3: promover a integração entre as equipes de saúde dos DSEIS e a população indígena, considerando o contexto intercultural</b>		
<b>Habilidades (saber fazer)</b>	<b>Bases científicas e tecnológicas</b>	<b>Atividades para avaliação de desempenho</b>
1. Interagir com a comunidade, equipes de saúde e instituições; 2. Mediar as relações interculturais entre o sistema tradicional de cura dos povos indígenas e a medicina ocidental; 3. Realizar ações de comunicação, buscando o apoio das lideranças indígenas e a utilização dos meios de comunicação disponíveis, para interagir com a equipe e com os usuários.	1. Trabalho em equipe; 2. Relações interculturais entre as etnias e a sociedade envolvente; 3. Medicina tradicional e a medicina ocidental; 4. Comunicação e comunicação em saúde.	1. Organizar reuniões com a comunidade e equipes de saúde visando à integração; 2. Identificar a importância do acompanhamento da população no desenvolvimento de suas ações; 3. Identificar as práticas tradicionais de cura; 4. Promover a aproximação das equipes de saúde com os pajés e suas respectivas práticas tradicionais de cura.

**Fonte:** Acre (2012, p. 36).

A Competência III reforça o papel do Agente como interlocutor na atuação junto às equipes de saúde quanto à atuação biomédica e o modelo tradicional, definido pela comunidade. Sobre isso, Novo (2008) identifica as dificuldades tanto dos Agentes como das equipes na prática quanto a essa intermediação, principalmente relacionadas às referências biomédicas a serem executadas, sua aceitação e a relevância no cotidiano dos Agentes.

A interlocução é uma recomendação da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, contudo, alguns estudos (DIAS-SCOPEL, 2012; ERTHAL, 2005; NOVO, 2010, LANGDON et al., 2006) apontam que esta forma tem servido apenas para retratar os aspectos biomédicos e tem deixado de lado as formas tradicionais. Langdon et al. (2006) ressaltam que o Agente como mediador “entre as práticas indígenas e os serviços biomédicos é mal definido e pouco problematizado por todos os profissionais da equipe”, pois necessita de todos os atores da saúde refletindo sobre a questão.

Na prática, essa situação envolve tanto os Agentes como os profissionais indígenas e administradores, pois se trata da questão cultural e esta é pouco compreendida, no sentido das mudanças culturais e como estas se reproduzem. Para Menéndez (2006), existe uma grande quantidade de simbolizações e representações coletivas referentes à saúde e doenças, sendo que ocorrem interações por vezes conflitadas entre aspectos biológicos e culturais, em que prevalecem as relações de hegemonia e subalternidade, constituídas de perspectivas sincrônicas e diacrônicas, impulsionadas por questões econômicas, culturais, profissionais e ideológicas.

Dessa forma, a lógica desenvolvida na Competência 4 sobre o “desenvolvimento de ações em equipe de promoção da saúde que resultem na melhoria da qualidade de vida de forma articulada”, também deixa clara a função da formação, estritamente biomédica, como observado a seguir no Quadro 13.

**Quadro 13: Competências do plano de curso do Agente Comunitário Indígenas da Saúde da Escola Técnica de Saúde Maria Moreira da Rocha**

<b>Competência 4: desenvolver em equipe, ações de promoção da saúde que resultem na melhoria da qualidade de vida de forma articulada com outros setores</b>		
<b>Habilidades (saber fazer)</b>	<b>Bases científicas e tecnológicas</b>	<b>Atividades para avaliação de desempenho</b>
<p>1. Fortalecer a comunidade com informações pertinentes sobre saúde;</p> <p>2. Promover trabalhos educativos que considerem a saúde como produção social, com base em determinantes que ultrapassem o biológico e que se tenha o entendimento integral do processo saúde-doença;</p> <p>3. Desenvolver uma ausculta qualificada que possibilite uma comunicação mais eficaz na qual valorize o outro e se tenta uma percepção das necessidades;</p> <p>4. Estimular discussões com a comunidade, lideranças, conselheiros indígenas e equipe de saúde sobre alcoolismo com vistas a medidas de promoção a saúde;</p> <p>5. Buscar parcerias intersetoriais e fortalecer as existentes para melhor resolutividade dos problemas;</p> <p>6. Mobilizar a comunidade com respaldo das lideranças indígenas em torno das demandas e necessidades de saúde;</p> <p>7. Orientar e realizar ações de promoção que resultem em melhoria da qualidade de vida, considerando os fatores de risco e a vulnerabilidade de segmentos populacionais específicos para a prevenção e controle de enfermidades.</p>	<p>1 Conceito de promoção em saúde;</p> <p>2. Conhecimentos básicos sobre higiene, saneamento básico e ambiental;</p> <p>3. Práticas de autocuidado;</p> <p>4. Como mobilizar grupos;</p> <p>5. Relação intercultural e consequências para a saúde;</p> <p>6. Conceitos de ações intersetoriais;</p> <p>7. Conceitos de ausculta qualificada para melhor identificar as necessidades dos grupos;</p> <p>8. A finalidade de Educação em Saúde.</p>	<p>1. Orientar indivíduos quanto ao autocuidado;</p> <p>2. Orientar a população quanto às medidas de proteção à saúde (alimentação, higiene e saneamento);</p> <p>3. Estimular hábitos e práticas culturais potencialmente promotoras de saúde;</p> <p>4. Propor e implementar ações intersetoriais;</p> <p>5. Estimular e participar de ações coletivas que contribuam, para melhoria da qualidade das condições de vida e saúde da população, e encaminhar estratégias para as soluções dos problemas identificados;</p> <p>6. Utilizar recursos de comunicação adequados à realidade local;</p> <p>7. Elaborar cartazes e cartilhas na língua materna que expressem ações promotoras de saúde e qualidade de vida.</p>

**Fonte:** Acre (2012, p. 38).

As habilidades versam sobre articulações intersocietárias, intercomunitárias e intersetoriais. Assim, de novo, remete aos Agentes a difusão dos conceitos de higiene, promoção da saúde na mediação com a comunidade, cumprindo o papel de intermediário junto à comunidade.

Na sequência, a Competência V: Empreender ações de prevenção e monitoramento dirigidas a grupos específicos, doenças prevalentes e situações de risco ambiental e sanitário à comunidade.

**Quadro 14: Competências do plano de curso do ACIS-EMMR**

<b>Competência 5: Empreender ações de prevenção e monitoramento dirigidas a grupos específicos, doenças prevalentes e situações de risco ambiental e sanitário à comunidade</b>		
<b>Habilidades (saber fazer)</b>	<b>Bases científicas e tecnológicas</b>	<b>Atividades para avaliação de desempenho</b>
<p>1. Identificar áreas/ambientais e os principais fatores que representam riscos à saúde de sua comunidade e planejar a intervenção;</p> <p>2. Reconhecer os principais mecanismos de defesa do corpo humano às doenças relacionadas à ação dos agentes patogênicos, aos aspectos biológicos ambientais e sociais;</p> <p>3. Executar medidas que quebrem os elos da cadeia de transmissão das doenças;</p> <p>4. Conhecer o processo saúde/doença de Hipertensão Arterial, Diabetes, doenças bucais relacionadas com medidas de vigilância em saúde;</p> <p>5. Identificar aspectos de vulnerabilidade e riscos para problemas de saúde nas diversas fases do ciclo biológico, destacando o período produtivo da mulher e o período de crescimento e desenvolvimento da criança;</p> <p>6. Participar junto à equipe de saúde de ações de promoção à saúde da mulher, à prevenção das DST/AIDS, câncer de colo uterino e as doenças perinatal;</p> <p>7. Participar do monitoramento da situação vacinal da população sob sua responsabilidade;</p> <p>8. Identificar as doenças transmissíveis e não transmissíveis prevalentes em sua comunidade/região;</p> <p>9. Acompanhar a situação de saúde da população e realizar ações básicas de saúde com ênfase na prevenção e no controle das doenças prevalentes, considerando as práticas tradicionais;</p> <p>10. Compreender a utilização dos medicamentos, os mecanismos de resistência biológica, os riscos de hipermedicação e a política de medicamentos do subsistema de saúde indígena.</p>	<p>1. Conceitos de risco e vulnerabilidade, ambiente saudável e contaminação;</p> <p>2. Conceito de vulnerabilidade de risco no ciclo biológico;</p> <p>3. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança;</p> <p>4. Agravos à saúde do adulto indígena decorrentes das mudanças culturais e alimentação;</p> <p>5. Atenção Básica à mulher indígena;</p> <p>6. Relações entre os seres vivos e o meio ambiente;</p> <p>7. Conceitos de transmissibilidade das doenças e suas relações com o meio ambiente;</p> <p>8. Imunização em áreas indígenas;</p> <p>9. Sistema de referência e contrarreferência entre o SUS e o Subsistema de saúde Indígena;</p> <p>10. Cadeia de transmissão das doenças;</p> <p>11. Conceito de ambiente e adaptação;</p> <p>12. Conceito de imunidade e resistência;</p> <p>13. Procedimento de limpeza, desinfecção, esterilização e biossegurança.</p>	<p>1. Realizar moções que possibilitam a discussão e a apropriação do conhecimento pela população das informações de saúde;</p> <p>2. Estimular situações e hábitos presentes nas comunidades que potencialmente previnam as enfermidades;</p> <p>3. Encaminhar ao serviço de saúde as demandas de atendimento, conforme estabelecido pela equipe;</p> <p>4. Orientar indivíduos e famílias na identificação de sinais de problemas de saúde;</p> <p>5. Apoiar e realizar ações de prevenção dirigidas a grupos populacionais específicos;</p> <p>6. Identificar práticas culturais que possam implicar riscos para saúde.</p>

**Fonte:** Acre (2012, p.39).

Nessa Competência, em relação às doenças prevalentes, podem ser discutidas com base no prisma da biologia; apresenta uma discussão eminentemente higienista, incluindo ainda a saúde da mulher. Por outro lado, existe a exceção dos itens 6, referente à “relação entre os seres vivos”, e o 9 que define o sistema de referência e contrarreferência do subsistema de saúde indígena.

Assim, resta pouco espaço para as referências indígenas, sobre as quais a interpretação da relação entre seres vivos é diferente, está voltada para a cosmologia, visto que insere a natureza, os espíritos, animais e seres vivos de uma maneira geral.

A discussão do equilíbrio entre homem e natureza para os indígenas revela a relação dos aspectos de saúde ou de doença. Sobre isso, Langdon (1999) nos alerta para que sejam reconhecidos os princípios que legitimam os saberes indígenas, as diferenças entre as etnias quanto à saúde e cura, e suas causas.

A construção sobre a percepção da produção simbólica, relacionada às referências indígenas da realidade social, é vista de maneira preconceituosa. Sobre preconceito e etnocentrismo muitos acreditam que estes reproduzem “superstições ou fragmentos de um pensamento menos evoluído” (LANGDON, 1999, p. 8), colaborando para a discussão de dominação de um grupo sobre outro, o que é definido por Bourdieu como “luta simbólica entre as classes: é ao servirem os seus interesses na luta interna do campo de produção (e só na medida) que os produtores servem aos interesses dos grupos exteriores ao campo da produção” (BOURDIEU, 1989, p. 12).

Assim, a discussão da perspectiva da relação de seres vivos e meio ambiente só pode ser compreendida com base no diálogo e de como se reelabora o discurso. De acordo com Orlandi (1995, p. 112), “o discurso — não é um conjunto de enunciados portadores de uma, e até mesmo várias significações. É antes um processo que se desenvolve de múltiplas formas, em determinadas situações sociais”.

Seguindo a discussão, analisaremos a Competência 6 sobre “Conhecer as ações de primeiros socorros nas situações de urgência e emergência, reconhecendo os recursos disponíveis na comunidade de forma a viabilizar o atendimento de emergência eficaz, o mais rapidamente possível”.

**Quadro 15: Competências do plano de curso do Agente Comunitário Indígena de Saúde da Escola Técnica de Saúde Maria Moreira da Rocha**

<b>Competência 6: Conhecer as ações de primeiros socorros nas situações de urgência e emergência, reconhecendo os recursos disponíveis na comunidade de forma a viabilizar o atendimento de emergência eficaz, o mais rapidamente possível.</b>		
<b>Habilidades (saber fazer)</b>	<b>Bases científicas e tecnológicas</b>	<b>Atividades para avaliação de desempenho</b>
<p>1. Prestar primeiros socorros às vítimas de acidentes ou mal súbito, observando a escala de prioridades preconizada para o atendimento;</p> <p>2. Providenciar socorro médico e/ou realizar imobilização e transporte adequado à vítima;</p> <p>3. Atuar como cidadão e profissional da saúde visando a manter a vida e prevenir complicações até a chegada de atendimento médico.</p>	<p>1. Conceito de Urgência e Emergência;</p> <p>2. Avaliação inicial da vítima. Prioridades no atendimento;</p> <p>3. Identificação da parada respiratória, cardíaca e do estado de choque;</p> <p>4. Técnicas de reanimação cardiorrespiratória e controle de hemorragias;</p> <p>5. Atendimento de emergência em ferimentos, queimaduras, choque elétrico, desmaios, vertigens, intoxicações, envenenamentos, picada de animais peçonhentos, crise convulsiva, estado de choque, corpos estranhos no organismo, afogamento;</p> <p>6. Imobilização de fraturas, luxações e entorses;</p> <p>7. Recursos de atendimento de emergência disponíveis na comunidade.</p>	<p>1. Realizar simulação de atendimento às vítimas em diferentes tipos de acidentes (ferimentos, queimaduras, choque elétrico, desmaios, vertigens, intoxicações, envenenamentos, picada de animais peçonhentos, crise convulsiva, estado de choque, corpos estranhos no organismo, afogamento);</p> <p>2. Realizar orientações à comunidade referentes à prevenção de acidentes;</p> <p>3. Demonstração prática de como imobilizar e transportar adequadamente a vítima;</p> <p>4. Identificar recursos disponíveis na comunidade para atendimento a vítimas de acidentes.</p>

**Fonte:** Acre (2012, p. 40).

A discussão da Competência 6 confere o atendimento aos primeiros socorros, bem como, a eficácia no atendimento valendo-se da aprendizagem dos conteúdos biomédicos. Para habilidades não existem menção a situações de interculturalidade, em que poderiam ser apresentados contextos de inserção de saberes e práticas tradicionais que resultem na atenção de enfermidades, sendo que os Agentes já vivenciam experiências que são fruto de contextos interculturais, aos quais, Novo (2008, 2010) denomina de intermedicalidade, processo que se refere a usos conjuntos de saberes tradicionais e biomédicos.

### 6.3.3. A metodologia

A Metodologia escolhida está apoiada na pedagogia “histórica–crítica”, conceituada como problematizadora e transformadora. A ação pedagógica relaciona teoria e prática, referencia-se nos processos históricos. Defende a apropriação dos saberes pelas classes dominadas com o objetivo de refletir e contribuir para a superação das desigualdades. Para o autor da teoria, Saviani (2011, p. 74), a pedagogia histórico-crítica se “diferencia no bojo das concepções críticas; ela diferencia-se da visão crítico-reprodutivista, uma vez que procura articular um tipo de orientação pedagógica que seja crítica sem ser reprodutivista”. Produzindo a discussão libertária, no sentido do aprender a ser, demonstrando a “necessidade de transformação”, não necessariamente, significando negação do tradicional para o “produtivo”. Entretanto, o plano faz o seguinte recorte, disposto na afirmativa a seguir:

No cenário atual torna-se fundamental considerar os vínculos entre educação, transformação produtiva e cultural. O deslocamento do movimento tradicional do “aprender a fazer” para o “aprender a ser” tem trazido novas perspectivas para o campo da educação profissional. E na confluência dessas áreas, é importante que a formação desenvolva uma atitude de pesquisa, um olhar inquisidor, que interroga e problematiza a prática, o contexto do trabalho e suas relações com o mundo do conhecimento e com a vida (ACRE, 2012, p. 42).

O plano de formação defende o “intercâmbio de conhecimentos e práticas entre o profissional de saúde e os detentores da medicina tradicional indígena capaz de produzir novos saberes e fazeres, ou um conhecimento emancipador” (ACRE, 2012, p. 42).

Outro aspecto metodológico é representado na justificativa de utilização da dialogicidade na metodologia usando-se o modelo denominado Arco de Magueréz, no qual se define que “os saberes dos sujeitos envolvidos no processo, serão discutidos em grupo onde serão compartilhados, questionados para que novos saberes sejam construídos em interação com outros” (ACRE, 2012, p. 44).

A problematização do conhecimento pode gerar diferentes análises, pois participam da formação povos distintos, influenciando na reconstrução destes saberes. A ressignificação, como aponta Tassinari (2001), resulta do intercâmbio das posições de fronteiras entre os grupos de indígenas e entre o conhecimento



ocidental. Contudo, Tassinari (2001) pondera sobre a persistência de certos processos culturais que se mantêm como elemento de resistência.

Dentre as ponderações que impactam a metodologia está a realização dos cursos em módulos concentrados e rápidos, devido à burocracia governamental, no caso do curso de Formação Inicial e Continuada, aplicado ao Alto Purus. A essa situação, Tassinari denomina de “zonas interditadas ao contato interétnico decorrentes dos próprios mecanismos que visam promover a escola indígena” (TASSINARI, 2001, p. 67), como ritmos de aulas, questões sociais e políticas, entre outros.

#### **6.4. Formação do Agente Comunitário Indígena de Saúde e interculturalidade**

Conforme explicitado anteriormente, este trabalho também se baseia em duas entrevistas. O discurso de construção da proposta do curso de Agente Comunitário Indígena na perspectiva apresentada na formação aos moldes da Funasa não estava adequado, visto que o modelo construído despendia muito tempo pela sua extensão.

“A gente conseguiu enxugar toda aquela parte teórica da Funasa em três eixos temáticos, onde a gente faz 130 h de concentração e 70 de dispersão. Então, seriam três módulos de 200 h! Aquele mesmo processo da Funasa. Só que a Funasa, ela estica muito, estica muito toda aquela, aquela, teoria. Você já deve ter estudado bem aqueles módulos, não é?! Então ela faz um momento de concentração muito grande e esses momentos de concentração e, ao mesmo tempo, se torna é, têm coisas desnecessárias, não é?! São 1098 h. Aí você já tem noção de que é muito conhecimento para o nível inicial” (Entrevista nº 1, profissional B).

A declaração, a princípio, avalia a introdução de conteúdos extensos, discute e reflete sobre a adequação da carga horária, contudo, não questiona os conteúdos propostos e ou reflete sobre as demandas teóricas dos Agentes apresentadas nas oficinas de ouvidoria, desconsidera a perspectiva de formação mais consistente, visto crer ser muito conteúdo para o nível inicial na proposta da Funasa.

A escolha do curso de Formação Inicial e Continuada (FIC) de Agente Comunitário Indígena de Saúde de sequência modular (ACRE, 2012) foi justificada mediante as possibilidades formativas, limitadas pela falta de recurso orçamentário e pela exigência de escolaridade e tamanho da carga horária. Neste sentido,

apresenta a reflexão apenas sobre a metodologia de ensino, criticando a extensão dos conteúdos. Assim, buscando adequar às definições de modelos pertinentes à burocracia do Estado e que dependem deste.

O um planejamento no qual o ACIS deve enquadrar-se por meio de uma estrutura burocratizada. Essa percepção não faz parte do universo indígena, ela é externa, representa políticas referentes às ações do Estado.

“Caracterizamos um plano de curso para os AIS. Passou um ano, aí mudou essa proposta. Porque não vamos elevar a escolaridade deles para um técnico, já que é um curso tão caro. Fiz um técnico de enfermagem indígena. Por último chegou essa conclusão: como nós vamos fazer um curso técnico com uma clientela que tem mais de 80% apenas de 1ª a 4ª série? E aí, chamamos a nossa parceira que é a Secretaria de Educação para discutir a questão da escolaridade, não é?! Então, com um recurso já de outros fundos para área rural e tudo!” (Entrevista nº 1, profissional A).

Na construção do plano, observam-se dificuldades quanto à organização de cursos para indígenas, relacionadas à cobrança da escolarização, que constitui condição *sine qua non* para a profissionalização, considerado um dos entraves das formações na região do Purus. Desse modo, ocorreu a necessidade de se discutir que tipo de formação se adequaria à realidade dos indígenas. Como empoderá-los no contexto da defesa do modelo de saúde atual, como avançar em direitos e garantias e atender às suas reivindicações, diante das exigências do modelo de profissionalização e do Subsistema de Saúde Indígena?

Dessa forma, o modelo de formação de Agentes Indígenas de Saúde preconizado não está no mesmo compasso que a escolarização, em decorrência de vários fatores inclusive da expansão limitada de escolas em áreas indígenas (Tabela 2), discutidos no Capítulo IV desta tese. Portanto, buscou-se realizar o curso sem o requisito de habilitação, distanciando-se da prioridade reivindicada. Como observado na entrevista:

“Alguns indígenas foram para elevar a escolaridade até a quarta série, porque eles não tinham nenhuma. Nós tínhamos 10 Ashaninkas<sup>23</sup> que não tinham escolaridade. A SEE<sup>24</sup> trabalhou com eles e elevou a escolaridade até a 4ª série. Então, a gente se deparou diante dessa dificuldade. Como que a gente vai executar um curso se a gente não tem essa clientela? Um curso técnico ele é bem, ele exige muita leitura. E a gente viu as dificuldades que eles tinham que tinha que ser acompanhada. Então disse: não! Vamos

<sup>23</sup> O Povo Ashaninka não pertence à Região do Acre e Sul do Amazonas. Sua localização pertence à regional do DSEI Alto Rio Juruá, no Município de Marechal Thaumaturgo.

<sup>24</sup> Secretaria Estadual de Educação e Desporto do Acre.

fazer outro. Aí, nossa proposta nasceu em cima de uma proposta. Em cima dessa demanda, com menos carga horária. Um curso para a formação regulamentada, porque tem o Agente Comunitário Indígena de Saúde” (Entrevista nº 1, profissional A).

A formação de professores indígenas tem alcançado crescimento maior que à de Agentes, mas na Região do Acre e Purus, aqui relacionando a parte do Amazonas e noroeste de Rondônia, esta situação ainda é uma proposição a ser ampliada, apesar dos “avanços”, lembrando que o Distrito Alto Rio Purus tem a especificidade de abrangência de três estados com realidades escolares diferentes. O Acre tem uma inserção mais antiga na educação indígena pela atuação de Organizações não governamentais, como a Comissão Pró-índio, Conselho Indigenista Missionário e o Estado por meio da Secretaria de Educação. Essa condição não é a mesma nas regiões do Amazonas e Rondônia <sup>25</sup>, onde a cobertura da educação indígena é menor.

A despeito da exigência da escolaridade para realizar os cursos de formação, compreende-se que escolarização do AIS constitui uma questão que impacta sua atuação junto aos distritos, como observa (DIEHL et al., 2012, p. 821), pois existe “heterogeneidade de suas ações e papéis, pois enquanto alguns possuem o ensino básico ou médio, outros nem têm formação escolar”. Essa é uma realidade comum a vários distritos, com exceção do Rio Negro que conseguiu a elevação dos AIS.

Os critérios de eleição de Agentes nas comunidades devem seguir a orientação do programa de formação de Agentes Indígenas de Saúde, que os define com a participação das comunidades e com a assessoria dos Conselhos Distritais de Saúde (BRASIL, 2005), contudo, vários fatores se justificam como responsáveis à seleção, a maioria focada na posição que a família ocupa na aldeia, favorecendo a participação de filhos de lideranças. Esses, porém, são os que possuem escolarização maior, geralmente moraram ou estudaram fora da aldeia.

Essa problematização é levantada por Garnelo (2004, p. 42) sobre a relação das políticas públicas e as organizações indígenas.

“[...] nesse contexto, o trabalho do agente é concebido pela chefia de aldeia e pelo próprio agente, como um meio de sustentação do poder político do pai e às vezes do tio ou do avô. Ser agente de saúde não é trilhar um caminho de diferenciação individualizante e sim reforçar as relações comunais de poder, já estabelecidas”.

---

25 Onde estão os povos indígenas do Purus (Kaxarari, Apurinã e Jamamadi).

Esse contexto comum aos povos indígenas resulta de um jogo de disputa de poder dentro da aldeia e fora junto às organizações, a legitimidade do poder reconstruída pelo poder simbólico, pelo capital social (BOURDIEU, 1989).

A escolarização permite a compreensão dos sentidos, ou seja, sem o poder dos significados, da interpretação, esta, apenas repete aspectos da linguagem sem consonância com o universo indígena (BAKTIN, 2006), visto os conteúdos de cunho biomédico. Compreendendo a discussão, Orlandi (1995) propõe a definição sobre:

Que as palavras não significam em si. É o texto que significa. Quando uma palavra significa é porque ela tem textualidade, ou seja, porque a sua interpretação deriva de um discurso que a sustenta, que a provê de realidade significativa (ORLANDI, 1995, p. 111).

Assim, o conhecimento tem significância com o contexto vivenciado. Importa discutir o modelo e sua consonância com a formação biomédica e elevação profissional, considerando que esta é apenas uma das questões entre toda a discussão que envolve as políticas de escolaridade.

A proposta de carreira do ACIS considera que este possua autonomia para atuar em outros contextos, além do indígena.

“Depois nos veremos, eu quis trabalhar em cima de uma categoria que ela já era reconhecida no **mercado** e que ela já permite que esse profissional tenha autonomia e que ele possa desenvolver algum trabalho sem a presença de um supervisor, porque esse é o trabalho do ACS, não é isso?” (Entrevista nº 1, profissional A).

A discussão apresenta a possibilidade de o profissional indígena assumir a função, não apenas no âmbito do trabalho na aldeia, mas abrindo caminho para a possibilidade de trabalhar fora dela. Contudo, a profissionalização dos Agentes na forma como o curso foi proposto (de formação inicial e continuada e limitada) é insuficiente, pois fora da aldeia exige-se mais critérios do que as especificidades inerentes ao contexto indígena.

“Há! Porque a gente tem muita rotatividade desses profissionais, fragilizados, como que a gente vai investir? Um milhão de reais? Numa contrapartida de um milhão, voltada para um profissional que tem uma rotatividade grandíssima, que retorno terá? Assim, eles fizeram muitos questionamentos, não é?! E a gente junto com a assessoria indígena, junto com a Funai, junto com a Sesai, tínhamos esse compromisso de levar para esses profissionais, não é?!” (Entrevista nº 1, profissional A).

A preocupação com a formação do profissional de saúde indígena é discutida levando-se em conta o retorno que este Agente pode dar às políticas do Estado e a si junto ao “mercado”, no entanto, é necessário analisar os resultados desta perspectiva junto às comunidades indígenas que necessitam do profissional. Essa apreensão deriva dos resultados atuais na realidade indígena, conjugada com a alta rotatividade de pessoal qualificado na saúde indígena. Expõe ainda uma política interconectada pelos resultados, sem aprofundar as questões que respondam às necessidades de aprofundar a capacitação dos indígenas.

A construção de temáticas com referências nas políticas de saúde indígena favorece a reflexão sobre o papel dos Agentes nas instâncias oficiais quanto a direitos e participação.

“[...] então a gente fez 60 h dentro desses três eixos que é (são) políticas públicas, modelos de atenção e consolidação dos distritos sanitários, entrou toda a questão do SUS: diretrizes e participação social. Nós fizemos esses três eixos em 60 h, 65 h, esses, 16 dias dentro do processo saúde/doença, determinantes, e aí a gente fechou! Focados dentro do perfil epidemiológico dessas populações, desenvolvendo também o trabalho deles, organizações no trabalho [...]” (Entrevista nº 1, profissional A).

O estudo dos conteúdos sobre políticas públicas atende as definições da perspectiva teórica exigida pela Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena e a compreensão do funcionamento do Subsistema de Saúde Indígena. Assinalando a perspectiva da saúde pública, “promoção e pela vigilância em saúde, entendidas como redefinições das práticas sanitárias vigentes no sistema de saúde” (GARNELO, et al., 2014, p. 377). A discussão saúde/doença envolve a lógica indígena e sua relação com a biomedicina na compreensão do perfil epidemiológico, objetivando as relações entre os modos de vida de grupos sociais e as formas diversificadas de expressão do processo saúde-doença.

No entanto, a escola optou por discutir a proposta pedagógica que através da perspectiva de Paulo Freire (1996) fornece elementos voltados para a educação do trabalho em saúde, instigando a leitura crítica dos alunos.

“[...] com os indígenas não foi diferente, aproveitando para trabalhar essa mesma metodologia de ensino-aprendizagem, a gente utilizou Paulo Freire na questão da formação, da problematização. A escola vai trabalhar com isso e aí qual vai ser o trabalho? E aí no caso somos nós que estávamos lá [...]” (Entrevista nº 2, profissional A).

O discurso problematiza, porém, a literatura demonstra que os indígenas também constroem formas de aprender com base na experiência e em exemplos, os mais velhos ensinam os mais novos, e não se baseando em questionamentos. A experiência e significação no contexto indígena estão relacionadas a aspectos significativos para o seu contexto (LÉVI STRAUSS, 1989). As formas de aprendizagem estão pautadas ao que é considerado objetivo.

Essa proposição é refletida por Collet (2006) ao estudar a Escola Baikari, observando as dificuldades de aula com diálogos, pois no universo dos indígenas se apreende com base na experimentação e por meio da observação. É dessa maneira que ocorre a aprendizagem entre a maioria dos indígenas

A definição do profissional para atuar como instrutor teve de ser discutida pela Escola, visto que os módulos de saúde indígenas devem ocorrer “sob a supervisão e acompanhamento de profissionais de saúde capacitados para exercerem essa função (instrutores/supervisores), lotados nas equipes de saúde dos distritos sanitários” (BRASIL, 2005, P. 14), porém, ocorreram dificuldades para que essa proposição ocorresse, conforme a descrição da entrevistada.

“A gente pensou nos próprios enfermeiros das aldeias, mais aí teve, talvez mais uma questão. A questão da metodologia de ensino-aprendizagem dos enfermeiros que estavam na aldeia, que talvez nunca tivessem estado numa sala de aula, que talvez não tenham tido a experiência de como ensinar, de como abordar o processo de formação. Então, talvez, teve outra debilidade, ganhamos por um lado, mas perdemos um pouco por outro lado. A gente queria aproveitar alguém que já estava atuando para facilitar a questão da comunicação. De repente, a gente conseguiu arrumar, mas havia uma fragilidade na questão da metodologia” (Entrevista nº 2, profissional B).

O discurso reforça a metodologia e reflete sobre o posicionamento do profissional não “formado” pela escola, podendo este, a partir desta acepção, criar uma descontinuidade, o que seria um obstáculo ao projeto formador, comprometendo assim o seu desenvolvimento. O profissional apresentava a vantagem de conhecer aspectos culturais e linguísticos, mas não tinha conhecimento da metodologia da Escola, e por sua vez, não possuía experiência em “ensinar”. Porém, serviu para atender apenas a um eixo, o primeiro, referindo-se ao de antropologia da saúde, de acordo com a fala do entrevistado.

“Na capacitação pedagógica do eixo um, trabalhamos um pouco de antropologia e sociologia da saúde com os mesmos que atuam em loco. O modo de seleção foi esse. Uma equipe tinha três enfermeiros, quem tem especialização em saúde indígena? Aquele! Então aquele a gente já, então vamos priorizar esse aqui que já tem uma visão antropológica do processo saúde/doença e vai casar legal com o primeiro eixo do curso. Finalizando esse primeiro eixo, todos esses profissionais levaram para as aldeias as fichas de dispersão para eles acompanharem as atividades. Aí foi que houve o grande atraso, porque de 2012 até 2013 nós não tivemos uma resposta dessas dispersões” (Entrevista nº 2, profissional A).

A formação como foi proposta priorizou o debate pedagógico nas concepções de Ensino – aprendizagem, apesar de propor a problematização de acordo com a concepção freiriana - deixou de verificar a discussão da especificidade, interculturalidade, dialogicidade e bilinguismo.

Nesse sentido, Bourdieu (1989) define como campo simbólico de atuação de poder, apoiado pelos que são considerados seus cúmplices. Os instrumentos de conhecimentos de comunicação são estruturados dentro de uma lógica organizada e dominante. Assim, a escola define o seu papel, o poder simbólico junto aos profissionais e aos Agentes Comunitários Indígenas de Saúde. Por outro, imprime um papel estruturante no qual não deixa espaço para as definições de interculturalidade.

Em outro aspecto, mencionado é da dispersão, que ocorre no processo de trabalho do Agente, possibilitando verificar a aprendizagem em suas feições biomédicas e apreender as dimensões interculturais. Esse processo ocorre nas aldeias com a presença do instrutor que é supervisor e, geralmente, membro da equipe multidisciplinar. Sobre isso, Diehl et al. (2012) apontam que existe um descompasso entre a formação e a dispersão, ressaltando que metade das dispersões não é realizada nos cursos de formação de Agentes Indígenas de Saúde no Brasil. Quanto à supervisão, Silva (2008) no estudo e acompanhamento da formação da Funasa, avalia que as enfermeiras da equipe não dão conta de acompanhar os Agentes Indígenas de Saúde, visto que o cronograma para a área indígena não é suficiente nem para as atividades de rotina, menos ainda para a avaliação destes.

Além disso, o debate busca enfatizar a capacitação do profissional instrutor e a relevância do conhecimento antropológico, no qual recai a escolha da questão da especialização sobre saúde indígena, visualizada como elemento essencial para a

definição do processo formativo, confirmada pela explicação apresentada as exigências propostas pela escola.

“[...] uma equipe tinha três enfermeiros, quem tem especialização em saúde indígena? Aquele! Então aquele a gente já, então vamos priorizar esse aqui que já tem uma visão antropológica do processo saúde/doença e vai casar legal com o primeiro eixo do curso” (Entrevista nº 2, profissional A).

A explicação apresenta uma confiança na visão do profissional que foi “especializado” em antropologia, pois, desta forma, se acredita que ele possa compreender melhor as relações interculturais discutidas no primeiro eixo (Quadro 9). A proposição da antropologia vem sendo defendida como forma de minimizar e apoiar a relação entre os profissionais e a comunidade, bem como, favorecer a adaptação do modelo de assistência à saúde às concepções de saúde e doenças dos indígenas (PINTO, 2008).

Contudo, a visão da saúde e doença é avaliada no contexto da formação de modo estanque, no sentido de verificar a apreensão do conceito pelos indígenas, que participaram dos cursos anteriores, observando assim a percepção quanto a tradução da interculturalidade na saúde/doença, conforme relato.

“[...] os indígenas não lembravam mais! Já não sabiam mais definir e já não sabiam mais o que era processo saúde/doença, já não sabiam mais sobre sinais-sintomas, já não sabiam mais o que era IRA, o que era DDA. Então, assim, eles já tinham perdido toda essa contextualização trabalhada e, de uma maneira que era trabalhada, que foi observada no acompanhamento da escola [...]” (Entrevista nº 1, profissional A).

A interpretação sobre os conhecimentos apresentados pelo Agente é retratada de forma unilateral na fala: “os indígenas não lembravam mais”. Observando assim, apenas a dimensão biomédica, lembrando que a proposta visa à perspectiva de construção intercultural que define conceitos como especificidade e interação entre os sistemas tradicionais e biomédicos, inserindo-se na reflexão proposta por Oliveira (2004) acerca da imposição da racionalidade médica sobre as diferenças culturais.

A interpretação construída sobre os indígenas ao longo dos cursos, reflete a representação de saúde/ doença apresentada pelo do conhecimento formal, onde desaparece diferenças culturais relacionadas à configuração do conhecimento com



base na interculturalidade ou intermedicalidade, deixando de observar as exterioridades simbólicas a partir das percepções construídas.

As diferenças etnoculturais entre os indígenas do Dsei Alto Rio Purus e avaliada e nivelada de forma assimétrica, sugerindo que as diferenças e especificidades sejam fator de atraso ou de superação entre os grupos, conforme observado no relato a seguir:

“A gente não vai dizer que o aproveitamento é cem por cento, mas a gente observou que tem grupos, etnias que são mais interessados que outros. Isso, eu pude observar agora, mais não fechei relatório ainda. Estou em fase de conclusão, **mas a gente observou que tem indígenas que não querem alavancar, não querem estudar!** Esse indígena a gente vai ter que reter para poder, porque antes tinha um processo mais formativo que não tinha intenção de qualificar, de **desenvolver aquela competência**. Nós desenvolvemos o currículo por competência” (Entrevista nº 1, profissional A, grifo nosso).

A apreciação revela diversos aspectos para a discussão, destacando que existem diferenças e especificidades não interpretadas, tais como a intencionalidade do conhecimento dos sujeitos que o buscam, visto que são estes, históricos e sociais, portanto, e que os significados possuem ou não relevância para o cotidiano dos grupos. Outro aspecto, o da competência, fator importante para o modelo apresentado pelo Estado, representado, através do Instituto de Educação Profissional e da EMMR, cumprindo, assim a meta de produzindo profissionais capacitados dentro do contexto ocidental.

Nesse sentido, não foi apropriada pelo sujeito por não ser significativa, por não fazer parte de seu universo histórico-simbólico (ORLANDI, 1983). Dessa forma, no sentido proposto, o discurso autoritário se desarticula com o sujeito, se torna único e dominante, unilateral, passa a ser verdade absoluta.

A perspectiva apresentada é a de encaixe na cultura dominante, que desarticula outras culturas, redefinindo-as e as diferenciando, inserindo-se no contexto como subalterna. Dessa forma, por existir uma intencionalidade explicitada de forma simbólica, a concepção de Bourdieu (1989, p. 10), resumindo “o consenso acerca do sentido do mundo social que contribui fundamentalmente para a reprodução da ordem social: a integração lógica é condição da integração moral”.

Outro aspecto apresentado destaca a proposição de modificação do modelo assistencial hospitalocêntrico implantando pelo Estado em conflito com a formação, ressaltando como os indígenas absorveram a o uso de medicamentos, revelando a dimensão da interculturalidade quanto à crença na resolutividade da doença e

quanto as mudanças das perspectivas de formação dos Agentes, bem como suas ações contraditórias.

“[...] Então esse AIS, ele é um AIS que ele vem de um vício de domínio de medicamentos. Esse AIS, ele tinha um foco somente na doença, ele não queria enxergar mais que a doença. Ele quer ter uma resolutividade para ele, ele vem de uma área de difícil acesso, sem comunicação, sem uma qualidade de vida boa” (Entrevista nº 1, profissional A).

A identificação deste contexto no Purus, havia sido denunciado por Silva (2008) que apontou a situação de que muitos enfermeiros distribuem remédios e fazem consultas na ausência de médicos, e que aldeias próximas às cidades utilizam constantemente medicação sem controle. Mais uma vez destacando a ação da saúde indígena. A este fator soma-se as modificações no universo sociocultural presente desde a época dos seringais, quando se adquiria medicação por intermédio dos padrões seringalistas, e acentuadas com as políticas de saúde dos órgãos oficiais. Essa realidade vem sendo presente em outras regiões em que existem a presença de indígenas, citada por Dias-Scopel (2005), entre os Xoclungue, relatando conflitos com o médico, exigindo medicação por eles identificada com necessária.

Diante do contexto de transformações, modificações e acomodações, ocorre as dificuldades para discutir a proposta formativa que propõe a discussão de competência, mas que também busca discutir a atenção e vigilância em saúde, sem, contudo, compreender o contexto e a expectativa da comunidade, como observado no diálogo a seguir.

“Ele vai atuar exclusivamente na promoção, na prevenção e na vigilância, isso aí é uma coisa que ainda a **gente está guerreando** com ele porque isso está na alma dele. Está ali, isso está bem difícil. **A gente está querendo trazer ele para eles se centrarem**, para eles conhecerem toda essa história das políticas públicas do Brasil, **para eles levarem para dentro do mundinho deles**, porque eles ainda tão dentro daquela visão: se eu chegar lá na minha aldeia e só contar histórias e só palestrar, eles vão me tirar e colocar outro AIS. Então a gente está trabalhando” (Entrevista nº 1, profissional A, grifo nosso).

Os conflitos apresentados entre a perspectiva de formação, os formadores e os formandos, se apresentam como dificuldades de interpretação dos aspectos interculturais, ignorando as referências trazidas pelos indígenas e define a oposição

nas citações: “o mundinho deles”, “a gente está guerreando” e “a gente está querendo trazer ele para eles se centrarem”, retratam a contradição dialógica da construção do modelo de saúde indígena. Nessa questão, Langdon et al. (2006, p. 2644) apontam que não ocorre consenso sobre a atenção diferenciada entre os gestores, assim:

“Se para os AIS significa acesso a serviços primários separados e com qualidade, além da prioridade na atenção secundária e terciária, para os administradores e profissionais de nível superior atenção diferenciada trata da questão “cultural”, entretanto, com pouca compreensão do que isso implica na prática”.

Dessa forma, deixa claro que as relações definidas com interculturais são complexas e reproduzem relações de cooperação e enfrentamento, hegemonia e subalternidade (MENÉNDEZ, 2006).

“Então, como que eu vou trabalhar com AIS que ele precisa conhecer o soro? Que ele precisa dominar admissão do cloro na água? Que ele precisa ainda incorporar essas práticas, **empoderar** a comunidade dele disso, desse processo? Se ele, se ele não está sabendo fazer o básico, como que ele, da prevenção, da promoção, da assistência, da vigilância e ele já vai verificar uma pressão arterial?” (Entrevista nº 1, profissional A, grifo nosso).

São definições da prática pedagógica que encontram desafios, visto que os agentes possuem lógicas diferenciadas de interpretar a saúde. A ampliação do conceito encontra resistências e conformidades, apesar de ser uma exigência da política de formação.

O discurso argumenta o pensamento fechado, apresenta nuances salvacionistas, pois como discute Langdon (1999), é necessário que o profissional de saúde compreenda conceitos de relativismo e antropologia. Nesse caso, a perspectiva pode colaborar para a compreensão preconceituosa sobre o conceito de saúde e doença dos indígenas, retratado no depoimento e corroborado na observação a seguir:

“Que importância tem a aferição de uma pressão arterial diante de muitas outras coisas que a gente precisa trabalhar para evitar o adoecimento e a morte dos nossos indígenas?” (Entrevista nº 1, profissional A).

Para Langdon (1999), é necessário considerar a importância da biomedicina, sua alta tecnologia na cura de muitas doenças, porém, aceitá-la como única e eficaz

é uma postura etnocêntrica. O objetivo é desenvolver o formato do curso de modo a retratar todos os conteúdos. Porém, o contexto da formação também é de negociação, envolvendo as relações interculturais entre os dois sistemas, o indígena e o biomédico.

“A Sesai tem outra parte! Ela está trabalhando junto com os conselhos locais, junto com os AIS, junto com as organizações indígenas, mais AIS E AISAN. Nesse momento de acolhimento para ela apresentar o perfil desse profissional. O quê que ele deve fazer? O que são as necessidades que o serviço tem? Como ele deve atuar para que haja uma resposta daqui para lá e um “feedback”. O retorno de lá para cá, para que eles possam compreender” (Entrevista nº 1, profissional A).

Assim, no caso, os conselhos locais, os Agentes indígenas de Saneamento e os de Saúde devem se adequar ao perfil, necessitam dar uma resposta ao que se propõe, a um modelo de enquadramento claramente apresentado, contudo, refere-se a postura de lideranças indígenas, distantes ainda do alcance proposto pelo modelo de saúde indígena.

“[...] A necessidade agora é ter esse AIS com esse perfil, voltado para fazer todas aquelas ações que a gente já conhece: acompanhar a gestante, acompanhar o idoso, acompanhar as crianças, não é? Os portadores de doenças crônicas, medicamentos de longa duração, a puericultura, e as visitas domiciliares, o cadastro familiar, acompanhar a vacinação. Então toda aquela ação a gente vai levar para dentro dessa necessidade. Um AIS que vai trabalhar” (Entrevista nº 1, profissional A).

Dessa forma, “um AIS que vai trabalhar” define que ele irá pôr em prática o que aprendeu, relacionando aos conteúdos biomédicos na comunidade. A busca é focada na defesa e no domínio dos códigos ocidentais. As determinações dos conteúdos são focadas na necessidade em saúde da região.

“[...] minha necessidade aqui não é hipertensão, a minha morte aqui não é febre, a minha morte aqui é IRA, é EDA, rotavírus e questão do ciclo da água, e a questão da contaminação das fontes. Então, assim, a gente viu que essa necessidade ela foi aplicada ao perfil epidemiológico regionalizado em cima dos limites desses AIS, que se ele é um AIS que não sabe escrever, como que ele vai compreender a leitura de um relógio, a leitura de um termômetro” (Entrevista 1, profissional A).

Contudo, a atuação dos Agentes exige conformidade do grupo, visto que são novos códigos, perspectiva diferente da organizada pela comunidade que possui seus próprios modos de pensar a saúde. Sobre isso, Menéndez (1999) explica que

as sociedades produzem estratégias técnicas de ações sobre saúde e doença, têm a sua produção de conhecimentos e seus técnicos curadores reconhecidos, no caso dos indígenas, os pajés. Observa que as doenças são de caráter coletivo, devendo ser discutidas e solucionadas no nível coletivo, pois são definições socioecológicas. Defendem ainda que existem várias formas de se tratar saúde-doença, sendo que a medicina “científica” ou biomedicina, não é a única.

La enfermedad, los padecimientos y los daños han sido, en diferentes sociedades, algunas de las principales áreas de control social e ideológico tanto a nivel macro como microsocioal. No es un problema de una sociedad o una cultura, sino que constituye un fenómeno generalizado a partir de tres procesos: la existencia de padecimientos que refieren a significaciones negativas colectivas; el desarrollo de comportamientos que necesitan ser estigmatizados y/o controlados, y la producción de instituciones que se hacen cargo de dichas significaciones y controles colectivos, no sólo en términos técnicos, sino socioideológicos. Esto, y lo reiteramos, no debe ser identificado con un determinado periodo o cultura, tal como suele hacerse en forma mecánica a partir de planteamientos reduccionistas y notoriamente etnocéntricos, sino que potencialmente podemos encontrarlo en una diversidad de sociedades y periodos históricos (MENÉDEZ, 1994, p. 72).

As definições apresentadas refletem a premissa discutida por Menéndez, enfatizando o discurso que nega o domínio do conhecimento pelos AIS tanto de saberes tradicionais como de saberes “técnicos e científicos” e/ou “ocidentais”, construídos a partir dos cursos ofertados pela instituição e pela sua prática cotidiana. Insere-se ainda na proposição das doenças com o intuito de controle pelo Estado.

Contudo, a estratégia formadora não avançou, sempre produzindo as reiniciações, visto que o Módulo Introdutório foi realizado mais de uma vez, não ocorreu a validação dos cursos anteriores. O contexto das formações anteriores ressaltava os mesmos conteúdos biomédicos até então, de acordo com a avaliação, porém, não apreendido pelos AIS. Ressaltando que esse profissional em sua grande maioria atua como AIS desde 2000. Assim, é importante refletir sobre quais as situações que envolveram a não compatibilidade dos cursos ou o “déficit de aprendizagem”. Outro aspecto demonstra que não há ressonância quanto às perspectivas da legislação ao conhecimento diferenciado, pois não houve essa discussão nessa esfera.

“No Estado do Acre, nos dois distritos, nós não temos nenhum AIS com formação, nenhum! Eles vieram até me entregar aquele comprovante que participaram do Módulo Introdutório. Se pelo menos eles soubessem o que é sinal, o que é sintoma, ainda podia

até fazer o aproveitamento de estudo de 2002” (Entrevista nº 1, profissional A).

Apesar da formação de AIS está relacionada às lutas dos indígenas por direitos a possuir uma assistência em saúde específica junto ao SUS, a partir da constituição do subsistema, pautado no reconhecimento dos sistemas próprios de curas, esse contexto ainda não foi alcançado. O que se evidencia e a percepção da qual existe entre os dois universos uma carga teórica, cultural e ideológica de dominação ocidental, Garnelo (2004, p. 31) confirma a situação da seguinte maneira:

Estratégias de atuação dos atores políticos indígenas, no contexto de lutas intra e interétnicas, evidencia um manejo da identidade étnica, em que a adoção de uma condição de “índio genérico” garante unidade política na atuação de representantes de diferentes etnias, autodenominadas lideranças indígenas, e amplia sua capacidade de negociação junto aos poderes constituídos. (GARNELO, 2004, p. 31).

Como essa questão necessita ser ampliada junto aos demais indígenas, a formação reforça esse perfil, apresentando a questão como reforço a perspectiva na qual os indígenas devem abraçar para serem reconhecidos, como “capacitados” para o mundo ocidental, registrado na afirmativa a seguir:

“É o empoderamento. Eu ouvi muitos relatos durante minhas pesquisas, justamente isso: porque nós colocamos para eles essa necessidade, é uma identidade, esse modelo. Até isso eles se identificam mais. Deixam de ser índios e se tornam técnicos, eu sou técnico” (Entrevista nº 1, profissional C).

Essa afirmação se adequa à discussão de Bourdieu (1989) sobre o poder estruturante. Nesse sentido, a formação se define como configuração de adequação e subordinação do indígena, este por sua vez afirma o ritual, ajusta-se ao modelo de profissional não indígena para garantir aceitação. A função adquirida assume o poder simbólico diante dos não indígenas e indígenas, visto que:

“Os símbolos são os instrumentos por excelência da ‘integração social’: enquanto instrumentos de conhecimento e de comunicação. Eles tornam possível o consenso acerca do sentido do mundo social que contribui fundamentalmente para a reprodução da ordem social: a integração lógica é condição da integração moral” (BOURDIEU, 1989, p10).

Esse processo de dominação é afirmado e negado o tempo todo. O discurso, busca a afirmação da representatividade referente aos conceitos da educação

indígena, contudo, essa discursividade é retratada por meio de finalidades e lógicas que impõem um domínio quanto ao modelo de saúde que nada tem em comum com a especificidade, interculturalidade e diferenciação, mas que se impõe como tal.

Dentre as estratégias de discursividade intercultural, o bilinguismo é utilizado como tática das formações, porém encontrando dificuldades em se realizar, visto que os conteúdos que nem sempre são compreendidos na língua materna.

“Então, respeitando ainda essa manifestação cultural, os critérios, o uso da língua materna. Aqui eles trabalham a escolarização na língua materna. A gente tem todo esse cuidado de não romper esses laços tradicionais que eles têm, esses modos deles respeitando o intercultural” (Entrevista nº 2, profissional A).

O bilinguismo, contudo, não significa apenas a tradução para as línguas indígenas dos conteúdos em português, pois, os significados nem sempre representam a lógicas de universos distintos, a interpretação as vezes é reducionista. Nesse sentido, o discurso pode favorecer o diálogo híbrido ou apresentar concepções ou princípios de tratamento que são próprios da medicina ocidental.

“É tanto que na nossa sequência diz assim: ‘abra espaço para que haja oralidade na língua materna’, porque tem aqueles que dominam a língua portuguesa, então eles se sobressaem mais. E tem aqueles que eles não dominam, então, eles não falam. O cuidado que a gente teve é isso, de que os grupos se reúnam e discutam na língua, não é? E que eles se manifestem na língua e a gente tem o apoio de um tradutor” (Entrevista nº 1, profissional A).

O discurso produzido representa o que Orlandi (1995) analisa como objeto sociohistórico, ele se constitui de ideologia dominante, representado pela interdiscursividade, acrescentando elementos da linguagem específica da educação indígena e da linguagem própria das concepções dominantes da ciência ocidental. Na fala descrita: “e tem aqueles que eles não dominam, então, eles não falam”, representa o contexto de intersubjetividades sem tradução. A interculturalidade como forma dominante. A afirmação reforça o domínio de códigos de linguagem não indígenas, no sentido da formatação do profissional.

Por outro lado, a percepção acerca do entendimento produzido constitui uma visão etnocêntrica que estigmatiza o sujeito. Esse, percebe a realidade a partir de um descortinar dos saberes ensinados e aprendidos, comprometendo o conhecimento no sentido da criticidade, havendo mais imposição que interpretação, como apresentado pelo diálogo abaixo:

“A importância do fortalecimento dessas comunidades, não é? Os benefícios são que os contatos com os não indígenas proporcionaram e os malefícios, não é? Que a gente vai tornando esse AIS um ser crítico. Ele vai perceber todo o seu entorno. Ele vai ter uma visão! Essa, esse é o nosso objetivo de tornar esse AIS um ser crítico. Ele não vai ser traçado de acordo com a necessidade que a escola tem de formar um profissional a mais, nem do Distrito” (Entrevista, profissional A).

Nesse sentido, ocorre fala representativa da ideologia dominante, sendo próprio de padrões referentes à nova construção promovida, dessa forma, são híbridos baseando-se em novos signos socioculturais (BAKHTIN, 2006), representado por falas concorrentes e conflituadas, a palavra é perpassada com base no discurso do outro.

Todavia, a nova construção de saberes, contraditoriamente, pela proposta propõe, resgatar e ao mesmo tempo relacionar e reelaborar os saberes tradicionais, ou seja, o processo histórico de forma a confrontar o tradicional e o ocidental.

“Então assim: existe esse, a proposta desse currículo é resgatar também esses costumes tradicionais que estão sendo esquecidos pelo contato com o não indígena. Isso também foi uma proposta apresentada pela assessoria indígena, uma das preocupações e da Funai, que a gente trabalhe! E, valorizando esse contexto intercultural, não é? Essa medicina tradicional, não é? Essa história tradicional, essa educação. Então tudo assim, que eles vêm passando de seus ancestrais” (Entrevista nº 1, Profissional A).

A definição apresentada sobre os saberes tradicionais pelos órgãos que atuam nas políticas públicas para indígenas é exibida em vários documentos, (BRASIL, 1999; 2001; 2002; 2005b), contudo, os processos culturais têm continuidade que se agregam a novos conhecimentos também biomédicos ou tradicionais do contato com os seringueiros e ribeirinhos. Os saberes não são estáticos, considerando que o formato propalado se apresenta como conhecimento fechado em si próprio. O discurso apresenta-se constituído de dimensões da estrutura social que, direta ou indiretamente, moldam e restringem novas relações e identidades (FAIRCLOUGH, 2001). Outro aspecto refere-se ao fato de a abordagem saúde indígena incluir o conceito de tradicional, reforçando os conceitos biomédicos, favorecendo a inclusão de forma desigual, assimétrica.



Contudo, contraditoriamente, o discurso apresenta informações que figuram como estereótipos da imagem do indígena. A ideia do indígena intocável que deve permanecer sem transformações.

“A sociedade contemporânea, os benefícios, os automóveis, a alimentação enlatada, o agrotóxico. Então, tudo isso a Funai trabalhou com eles! Então, eles já saíram dizendo: nossa eu já estou comendo aqui, mas será que esses dias eu já vou ficar? Eles já saíram com esse pensamento: vida boa é aquela que a gente tem lá na aldeia” (Entrevista nº 1, profissional A).

Todavia, o contato com a tecnologia e com as cidades é algo presente, é uma situação costumeira, pois muitas cidades são próximas das aldeias, sendo o contato antigo. Desde a época do seringal já se abasteciam as aldeias, nas quais os Apurinã, Kaxarari, Kaxinawá, entre outros, trabalhavam para marreteiros ou seringalistas com mercadorias industrializadas, sendo comum a compra de alimentos quando se deslocavam para as cidades no intuito de receber benefícios ou salários.

Essa visão definiu o primeiro momento de formação, determinando o local do curso em um sítio como referência do universo indígena. Posteriormente, esse local foi modificado, mas a interpretação de idealização ficou registrada.

“Então, assim, a gente teve todo esse cuidado de fazer esse processo formativo respeitando e conservando esses hábitos e essas práticas. Então, a gente não os levou para um hotel, a gente não os colocou num lugar. A gente procurou só conservar, mostrar para eles também o lado bom! Porque tem comunidades que estão perdendo o seu modo tradicional, a sua autoestima de fazer um roçado, de ter um plantio. Então lá ele tem uma espécie de demonstrativo de como deve ser um *habitat*, de como deve ser uma comunidade. Tudo organizado, tudo funcionando, não é? As mesas embaixo das árvores, não é? Em todo lugar que eles trajetam (trafegam) tem animais feito de esculturas, com pinturas, daí a importância de ele relativizar essa cultura dele, é um incentivo. Isso é muito legal também nessa parte da execução” (Entrevista nº 1, profissional A, grifo nosso).

O discurso define a representação do mundo indígena, a crença que o especialista pode incentivar “como deve ser uma comunidade”, qual a melhor alimentação, quais as formas corretas de se viver como indígena. Porém, em seguida, reflete-se sobre o inexorável processo de transformação do universo cultural, refletida pelo relato a seguir:

“A gente quer ir para o hotel cinco estrelas, a gente que ir com o filho no *shopping*. Então, o indígena ele sai da aldeia dele ele também que ter esse contato, não é? Mas da gente tentar estimular, tentar demonstrar, tentar resgatar! Acho que a gente também tem que o fazer vivenciar um pouco, não é? Do importante que tem tudo daquilo dali. Eu acho que isso daí, assim, a gente está tendo muito apoio, muito elogio. É um trabalho que tem um trabalho árduo” (Entrevista 1, profissional A).

As implicações dessa política refletem as transformações e conflitos vivenciados durante o processo formativo. Primeiro defende-se o resgate do que se considera saudável e válido como étnico e, ao mesmo tempo, busca-se impulsionar a formação na absorção dos conteúdos biomédicos.

Os processos de globalização abrangem também os indígenas, influenciando e redimensionando seu cotidiano e suas práticas. Diante dessa situação, o Estado também busca adequar práticas, visto que tem sido criticado pelo atual contexto em que se encontra a saúde indígena. Definindo estratégias que permitam revelar o discurso de interculturalidade, ao mesmo tempo em que defende a educação em saúde com bases biomédicas também aponta para a valorização da medicina tradicional. Situações conflitantes provocadas pela sua atuação em si, que envolvem negociações, o discurso afirma que existe a necessidade de mudar a perspectiva dos indígenas por intermédio do resgate, antes negado.

“Você sabe que o processo educativo ele não é fácil, não é? **Você modificar o que eu te falei, o que já está entranhado na alma do ser humano**, que ele quer se empoderar da injeção, da cipro, da sulfa e de todo tipo de medicamento que às vezes nem a rede básica utiliza, mas ele quer se empoderar. Foi um vício assim que a Funasa entranhou na alma do indígena. Porque ela abriu e ela não parou para refletir nesse contexto intercultural o resgate, não é? Ela não trabalhou isso, a Sesai, ela está tendo esse cuidado. Ela que antes de agir, ela que pensar! E ela que ouvir e isso é bom! E isso é legal! Não é? E a gente também está vendo o que foi que eles perderam, não é? A gente busca, a gente incentiva que eles retornem para a comunidade, ouçam, discutam o que é bom, o que que é ruim, como eles podem estar trabalhando” (Entrevista 1, profissional A, grifo nosso).

A concepção de contexto intercultural de resgate por si já rechaça a perspectiva de recuperação, pois os processos culturais são mutáveis, bem como a discussão de interculturalidade que no processo em si apresenta conflitos sobre a ressignificação dos saberes. Existem diferenças e conformações próprias do

processo histórico (MENÉNDEZ, 2006), alterações do contato com outras culturas que não só a ocidental.

Assim, observam-se dificuldades de interpretação da perspectiva da interculturalidade, conceito que se aproxima do discurso sobre diferenças relacionadas à comunicação que se estabelecem entre os diferentes povos que participam da formação e o conflituado debate proposto pelas políticas públicas.

“Outra dificuldade é lidar no contexto intercultural, não é? Eu sou descendente de indígena, não é? Sou neta de indígena, não é? Lidar com o contexto intercultural, ele é... Ele é difícil, é difícil, por mais que você tenha conhecimento, contato, expertises, mas na execução... lembrando que são sete etnias, são sete, e cada etnia fala uma língua diferente, onde cada uma também tem um comportamento social diferente! São povos, então acho que esse contexto intercultural ele é muito complexo, não é? Esses fatores que influenciam o modo de pensar e de viver desses povos é uma dificuldade que você tem! Você está trabalhando, você tem uma proposta para um grupo, mas que cada qual tem comportamentos diferentes, valores diferentes, não é?” (Entrevista nº 1, profissional A).

Desse modo, a discussão sobre valores, competências e habilidades se torna inócuo diante do contexto das transformações interculturais, torna-se autoritários, como observado pela avaliação apresentada.

“Então eu acho que avaliar é dentro desse contexto, os valores e as atitudes é uma dificuldade. Porque eu tenho que ter domínio completo do que cada um pensa, do que ele, do saber viver dele, do hábito lá. Tudo isso a gente não domina. O não indígena não domina, e nem se fosse outro indígena, de outra cultura que iria se inserir lá, ele iria ter essa fricção [...]” (Entrevista nº 1, profissional A).

Ao se estabelecer essas dificuldades percebe-se que elas são resultantes de vários fatores como, pedagógicos por se tratar de diferentes concepções de saúde propostas pelo Estado e pelas representações dos vários povos que compõem o Distrito do Purus. Considerando a relação entre as concepções biomédicas e tradicionais, e a interação e autonomia dos envolvidos no processo da formação em saúde, de acordo com a descrição abaixo:

“Essas são nossas dificuldades. Então a gente tem que priorizar, não é? O hábito deles, a gente vai ouvir, vai buscar assimilar para a gente poder avaliar dentro do mundo deles. Então é aquilo que a gente se desfaz da nossa cultura e a gente vivencia o hábito deles, o modo de ser dele para que a gente possa então definir um conceito para aquele educando” (Entrevista nº 1, profissional A).

O processo formativo esbarra na heterogeneidade dos participantes e a busca pela homogeneidade do curso, dificultando o diálogo quanto à proposta na discussão dos princípios e diretrizes referentes à articulação entre os saberes tradicionais indígenas, valorizando à prática da biomedicina.

Para efetivar a proposição da maior assimetria entre os participantes do curso exige-se ainda à elevação de escolaridade para o cumprimento da formação, processo buscado deste a constituição do Agentes de Saúde Indígena até os dias atuais.

Discutir a formação implica ainda debater as concepções dos povos indígenas do Purus, não apenas os anseios quanto ao atendimento em saúde, mas questionar os modelos propostos pelas políticas públicas. Pois, existe uma legislação ambígua, que propõe atenção diferenciada com implicações interculturais e uma política formativa que incentiva a construção de competências e habilidades nos moldes ocidentais, indo contra os parâmetros curriculares para educação indígena. Por outro lado, busca-se inseri-los à discussão da formação e profissionalização nos moldes ocidentais. As parcerias entre formação em saúde e educação indígena têm em si conceitos e trabalhos diferenciados, evidenciando as contradições referentes às políticas para indígenas, que por sua vez reivindicam junto à sociedade nacional o exercício de direitos à educação e saúde.

A discussão dessas inferências pode ser corroborada pelo destaque as políticas intersetoriais para a execução do projeto formativo.

“[...] a gente tem esse contato, a gente tem esse conhecimento. A gente apresenta nossa proposta para assessoria, para Funai, para todas as entidades que avaliam tudo, que avaliam um todo. Então, esse processo educativo ele é visto como um todo. Não é visto somente para desenvolver uma competência X sem valorizar tudo isso. Então tem vários olhares! Tem, tem um dedinho de tudo. Ele é um plano de curso que tem uma pitadinha de todos! E, é assim que a gente constrói porque não é meu nem da Vânia, a gente fez, mas em cima de ouvidoria, em cima de apresentações, em cima de críticas, em cima de, não é?! Em cima de tudo isso” (Entrevista nº 1, profissional A).

A construção do plano de formação demandou a articulação intersetorial e intrassetorial, envolveu as parcerias junto aos órgãos responsáveis pelas políticas indígenas de saúde, e educação e organizações indígenas, com o objetivo de afirmar as discussões sobre as concepções de interculturalidade preconizadas.

“Olha para mim, o mais importante é eu ter esse AIS, esse Agente ACIS, eu ter esse ACIS não só avaliado e aprovado dentro desses três módulos, não é? Mas, é saber que eu tenho um Agente Comunitário lá dentro daquela aldeia, não é? Com um perfil é, com um perfil traçado. **Uma intenção traçada sendo aplicada lá no modo dele.** Não no meu modo, no modo dele. Saber que eu tenho 126 aldeias e que os AIS que estão trabalhando lá, eles absorveram conhecimentos que eram importantes nesse contexto, não é? Tem o conhecimento do mundo deles, mas ele precisa ter também dessa sociedade envolvente, não é? Então para mim, o mais importante é que ele esteja lá dentro da aldeia dele, é nesse convívio, desenvolvendo aquilo que foi pensado a partir das necessidades que eles mesmos apresentaram, não a minha! A gente estudou e delineou o que foi feito nessa ouvidoria com eles, com o que a instituição queria, com um plano de trabalho. Então, assim: foi respeitado, como eu te falei, foi respeitado muitas coisas, muitas, não é? Primeiro ele, a cultura dele, primeiro ele, não é? Dentro desse contexto intercultural, ele! Sem ferir os seus direitos, sem ferir o seu modo de viver, sem ferir suas tradições, sua língua, suas manifestações culturais” (Entrevista nº 1, profissional A, grifo nosso).

O discurso reforça a construção de interculturalidade com independência e autossuficiência. No caso em questão, os ACIS são formados dentro de uma dimensão que tem forte domínio de saberes ocidentais, contudo, mantendo suas representações, porém com subordinação à ciência convencional. A busca desse conhecimento vem sendo reivindicada pelas lideranças indígenas, na perspectiva do *empowerment*.

As experiências de formação analisadas neste texto evidenciaram as dificuldades em organizar um modelo que atenda tanto as reivindicações dos indígenas quanto das diretrizes apontadas nos documentos de educação e saúde para o indígena. Pois, aliar aspectos biomédicos e tradicionais em uma perspectiva teórico-metodológica, sociocultural e antropológica exige a inserção em um debate conflituado com resistências que se evidenciam por parte das comunidades indígenas, apesar da afirmação pelas lideranças da importância da formação, bem como dos estudos referentes à educação e saúde indígena.

Refletindo sobre esses aspectos, alerta-se para a predominância dos sistemas ideológicos e para a hegemonia dos setores técnicos sobre a construção de concepções tradicionais, produzindo mudanças no sentido para a interpretação de saúde e doença, vistos os trânsitos de saberes, redundando no predomínio de um conhecimento sobre o outro.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O QUE APRENDEMOS SOBRE COMO ANALISAR PROCESSOS FORMATIVOS COM BASE NA INTERCULTURALIDADE**

A proposição do debate sobre a formação dos Agentes Comunitários Indígenas de Saúde do Distrito Sanitário Indígena do Alto Rio Purus relaciona-se ao modelo preconizado pela educação e saúde indígena desde a Constituição de 1988, passando pelo subsistema em 1999, bem como às diferentes interpretações realizadas pela Coordenação Regional do Acre (Core), acrescentando a construção dos referenciais da Escola de Saúde Maria Moreira da Rocha, retratada pela percepção dos discursos e pelos documentos relacionados à formação quanto ao referencial de interculturalidade, preconizado na política de educação e a saúde indígena.

As reflexões partem da discussão das categorias apresentadas nas Diretrizes para a Política Nacional de Educação Escolar Indígena, focadas na interculturalidade, especificidade, globalidade e bilinguismo, descritos na maioria dos documentos de formação para indígenas e também contemplada na proposta no Plano de curso de qualificação dos Agentes Comunitários Indígenas de Saúde.

O plano construído pela Escola Maria Moreira da Rocha se embasa nestas referências e nas apresentadas para a formação de não indígenas, nas habilidades e competências, envolvendo aspectos da elevação da escolaridade, certificação técnica e pedagógica ancorada na linguagem formal, justificadas pela metodologia da ESMMR e pelas diretrizes de formação (BRASIL, 2005), visto que o conceito de competência é defendido pela proposta do Departamento de Saúde Indígenas que foi uma das bases da proposta da Escola.

Neste caso, não se diferencia das formações que ocorreram no Distrito Alto Rio Purus desde a sua constituição, tanto no período da Fundação Nacional de Saúde, quanto na vigência da Secretaria de Saúde Indígena. Assim, manteve o itinerário semelhante, focados na perspectiva da biomedicina, com dificuldades na discussão sobre o conhecimento tradicional, no contexto da interculturalidade ou da intermedialidade, destacando que esse referencial, apesar dos esforços quanto a diferenciação ao modelo anterior.

Esforço retratado no relatório de acompanhamento da Escola para os cursos da Fundação Nacional de Saúde, que ponderou sobre as contradições desse modelo formativo, apontando que os processos formativos não contemplavam uma formação

intercultural, de modo que, as proposições de modificações apresentadas pela EMMR esbarraram na formatação apresentada pelas políticas educacionais e de formação, consolidadas pelo Estado e, pela Pnspi envolvendo fronteiras de conhecimento tradicional e ocidental.

A exigência do cumprimento das diretrizes apontadas pelo Estado, através do Ministério da Educação, impossibilitou a elaboração de uma formação diferenciada, seguindo as orientações de elevação de escolaridade e enquadramento dos Agente Indígenas de Saúde que com a profissionalização passam a ser denominados de Agentes Comunitários Indígenas de Saúde, no entanto, mantém perspectivas que favorecem a inserção dos indígenas como subalternos, sendo a interculturalidade afirmada a partir dos conhecimentos formais ocidentais, apresentando os conhecimentos tradicionais como representação esvaziada de conteúdo com um curso de formação inicial e continuada.

As proposições formativas apresentadas no plano tiveram a anuência das lideranças indígenas, através do Conselho de Saúde Indígena, representando o controle social. Nesse sentido, o discurso de interculturalidade é apresentado na perspectiva negociadora, ressaltada por Menéndez (2016) ao analisar as dificuldades de interpretação da relação entre os grupos com relação as diferenças e transformações a que são sujeitos. Enfatizando a cooperação e excluindo os conflitos e se constituindo na possibilidade de atender à exigência da profissionalização reivindicada.

É nesse sentido, o contexto inicial das primeiras negociações sobre formação pensadas ainda em parceria com a União das Nações Indígenas, representaram diretamente reivindicação dos Agentes, devido à força da organização indígena, possibilitando um melhor arranjo quanto à possibilidade de dialogar com as diversas comunidades indígenas, retratando do ponto de vista político.

A destituição da União das Nações Indígenas do Acre e Sul do Amazonas finalizou a gestão da saúde indígena e, dessa forma, a gerência da Fundação Nacional de Saúde assumiu a formação, favorecendo o modelo preconizado pela postura sanitária da instituição, focada nos agravos e nas doenças prevalentes <sup>26</sup>, estabelecendo a discussão do aspecto doenças, negando a discussão em saúde em sua abrangência. Essa concepção não apresentava outras perspectivas,

---

<sup>26</sup> Os agravos de maior incidência, como hepatites virais, diarreias e infecções respiratórias agudas.

negligenciando as referências indígenas, de constituição de um itinerário formativo, aspectos de sua trajetória, que permitissem incorporar o conhecimento tradicional.

Observando que para os indígenas a discussão em saúde é mais abrangente e conhecimento tradicional combinam-se ao construído ao longo do contato, sugerindo a possibilidade de itinerários terapêuticos, nesse sentido, afirmando a discussão da intermedialidade, pois os povos indígenas da região do Purus apresentam variadas formas de vivenciar a percepção da saúde/doença, mesclando e traduzindo tratamento que incorporam saberes indígenas e ocidentais.

Assim, todo ano as mesmas dificuldades do distrito, reiniciando o Módulo Introdutório, desde 1999 quando ocorreu a constituição do Subsistema de Saúde Indígena até o período em que a EMMR assumiu, repetindo cursos de formação inicial e continuada, na perspectiva de introduzir os aspectos biomédicos diante da multiplicidade de povos indígenas da região do Purus, com uma realidade multifacetada.

Essas dificuldades, também se apresentam através do viés dos profissionais que atuam na formação em saúde, visto que não são preparados para atuar neste contexto, poucos possuem experiência com as questões indígenas, sem conhecimento do assunto, pois não se estuda isso na universidade. O currículo ignora as especificidades. Todavia, a escola buscou superar o debate através da capacitação antropológica e pedagógica na tentativa de aproximar o profissional do universo dos trabalhadores indígenas.

Contudo, apesar de ter desenvolvido pesquisas sobre as formações anteriores e ponderar suas críticas sobre o caráter da necessidade de uma formação diferenciada, apresentando a temática formativa com foco no debate sobre o “empoderamento”, não se observou essa possibilidade.

Apesar disso, a construção da proposta exibiu referências similares aos conceitos de formação apresentados nas propostas anteriores, embora tenha realizado um esforço com as oficinas de ouvidoria, nas quais foram escutadas lideranças indígenas e profissionais de saúde com experiência e realizado a análises dos referenciais.

O processo de constituição da ouvidoria envolveu indígenas com realidades diferenciadas, buscando respostas para questões vivenciadas na saúde indígena. Observando que esses processos “participativos” se encontram em uma esfera política centrada no “consenso”, contextualizando uma relação de poder entre desiguais.



Assim, as discussões envolvendo indígenas dos dois Distritos, Purus e Juruá, apresentavam perspectivas distintas para o modelo implantado, consistindo na observação de lógicas particularizadas que não podem ser ignoradas. Compreende-se na tentativa de diminuir os conflitos entre as etnias em nome de um consenso regional, multicultural, no sentido de ajustamento.

A percepção proposta reflete as escolhas da EMMR, bem como concepções que o Estado busca desenvolver junto aos povos indígenas, justificando igualmente a assimilação de conceitos de interculturalidade que valorizam a inserção subalterna dos Agentes em face da cultura dominante, pois a profissionalização exige a escolaridade, e esta situação envolve a exigência de um modelo formativo que implica na realidade escolar dos povos Indígenas do Purus, que vivenciam contextos heterogêneos quanto à atenção das políticas educacionais, diferenciadas nos estados de Rondônia, Acre e Amazonas, onde as escolas nas áreas indígenas não atendem a formação de nível médio, para isso teriam que buscar a escolarização fora da aldeia, considerando as distâncias das cidades e todas as implicações que essa possibilidade promove.

Nesse sentido, tanto a educação escolar formal, quanto a “diferenciada”, refletem as dificuldades e contradições da proposta de formação de Agentes Comunitários Indígena de Saúde que reúnem as mais diversas influências vivenciadas pela realidade indígena do Distrito Sanitário do Alto Rio Purus, retratadas nas perspectivas teóricas e metodológicas da Escola Maria Moreira da Rocha.

Quanto às alternativas para a construção de um currículo que propicie a formação de Agentes Indígenas de Saúde, faz-se necessário considerar as multiplicidades e especificidades dos povos indígenas do Purus, e as possibilidades de conhecimento adquirida e revitalizada pelos povos tradicionais. Além de repensar a formação nos moldes oficiais, buscando discutir possibilidades de inserção do conhecimento dos pajés e das mulheres, visto que estes manipulam muitas ervas. Atualmente, há iniciativas de reconstrução de farmácias vivas, como no caso do caminho seguido pelos Huni Kuĩ e por outras etnias.

Cabe refletir não apenas quanto aos conteúdos teóricos, mas quanto às metodologias e sobre quais diretrizes são apontadas pelo Estado e pelos indígenas na discussão de saúde e da educação. Na atualidade, a perspectiva dos cursos é insuficiente, considerando que o processo de formação não vem avançando desde

1999; os Agentes revivem as mesmas probabilidades teóricas, sem alcançar as reivindicações da profissionalização.

## REFERÊNCIAS

ABREU, A. L. L. de. **Viajando entre vozes e memórias dos povos da floresta** – leituras da educação profissional indígena no Acre. 116 f. Dissertação (Mestrado em Letras) – Universidade Federal do Acre, Rio Branco, 2011.

ACRE. Secretaria de Meio Ambiente e Recursos Naturais. Instituto de Meio Ambiente do Estado. Secretaria Extraordinária dos Povos Indígenas. **Jaminawá/Manchineri**: etnozoneamento da Terra Indígena Mamoadate. Rio Branco, 2006.

\_\_\_\_\_. Instituto Estadual de Desenvolvimento da Educação Profissional Dom Moacyr. **Relatório de execução do II módulo do curso de Agente Indígena de Saúde**. Rio Branco, 2008.

\_\_\_\_\_. Instituto Estadual de Desenvolvimento da Educação Profissional Dom Moacyr. **Plano de curso de qualificação de Agentes Comunitários de Saúde**. Rio Branco, 2012. 74p

ALARCÓN M, A. M; VIDAL, H, A; NEIRAS ROZAS, J. Salud intercultural: elementos para La contrucción de sus bases conceptuales. **Rev. Med. Chile**, v. 131, n. 9. p. 1061, set. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v131n9/art14.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2014.

ALMEIDA, M. W. B. Direitos à floresta e ambientalismo: seringueiros e suas lutas. **Rev. Bras. de Ciên. Soc.**, São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v19n55/a03v1955.pdf>>. Acesso em: 29 dez. 2016.

ALVES, A. O. **Índios Kaxarari no contexto das frentes de expansão**. 69 f. Monografia (Graduação em História) – Universidade Federal do Acre, Rio Branco, 1992.

\_\_\_\_\_. **Os Kaxarari e as políticas mitigatórias do Estado**. 121 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) – Universidade Federal do Acre, Rio Branco, 2009.

\_\_\_\_\_. **Relatório de avaliação Kaxarari**: histórico do contato. Rio Branco, 1984.

ARARA, F. O. C. **Educação Escolar Indígena no Acre e seus desafios atuais**. Rio Branco, 2016. Disponível em: <<http://pagina20.net/v2/educacao-escolar-indigena-no-acre-e-seus-desafios-atuais/>>. Acesso em: 17 fev. 2017.

ATHIAS, R. In: BITTENCOURT, M.; TOLEDO, M.E.; ARGENTINO, S.; et al. **Acre, Rio Negro e Xingu**: a formação indígena para o trabalho em saúde. São Paulo: Saúde Sem Limites, 2005. p. 8-10.

\_\_\_\_\_; MACHADO, M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. **Cad. Saúde**

**Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 425-431, mar. 2001. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000200017>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

AYRES, S. As territorialidades dos Jamamadi do Lourdes: da tradição e da modernidade. **Agrária**, São Paulo, n. 3, p. 123-155, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/agraria/article/view/91/90>>. Acesso em: 20 out. 2016.

BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BECKER, H. S. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Hucitec, 1999.

BITTENCOURT, M.; TOLEDO, M.E.; ARGENTINO, S. et al. **Acre, Rio Negro e Xingu: a formação indígena para o trabalho em saúde**. São Paulo: Saúde Sem Limites, 2005.

BOCCARA G. La interculturalidad em Chile: entre culturalismo y despolitización. In: LANGDON E. J; CARDOSO M. D. (Org). In: **Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina**. Florianópolis: Ed da UFSC. 2015. p. 195- 216.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Tradução Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

BRANDÃO, C. R. (Org.). Pesquisar – participar. In: \_\_\_\_\_. **Pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 2006. p. 9-16.

BRASIL. Ministério da Indústria e Comercio. Relatório elaborado pelo Serviço de Proteção aos Índios, em 1930, sobre a situação no Acre e no Amazonas. 1930. Disponível em: <[http://www.uft.edu.br/neai/file/rela\\_SPI\\_acre\\_amazonas1930.pdf](http://www.uft.edu.br/neai/file/rela_SPI_acre_amazonas1930.pdf)>. Acesso em: 8 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação e Cultura. **Diretrizes para a Política Nacional de Educação Escolar**. 2ª ed. Brasília: MEC/ SEF/DPEF, 1994. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/me001778.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2016.

\_\_\_\_\_. Diretrizes para a Política Nacional de Educação Escolar/Elaborado pelo Comitê de Educação Escolar Indígena. – 2ª ed. Brasília: MEC/ SEF/DPEF, 1994. 24 p. (Cadernos de Educação Básica. Série Institucional; 2)

\_\_\_\_\_. Ministério de Educação e Cultura. **LDB - Lei nº 9394/96**, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da Educação Nacional. Brasília: MEC, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação e do Desporto. **Referencial Curricular Nacional para as Escolas Indígenas**. Brasília: MEC, 1998.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9836/99, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 24 set. 1999. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=29&data=24/09/1999>>. Acesso em: 2 dez. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Atenção à Saúde dos Povos Indígenas: caracterização e estágio da Implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Brasília, 2001? 3 p. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsapi/p/fulltext/distritos/purus.pdf>>. Acesso em: 2 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2ª ed. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório do Curso de Capacitação de formação de Agentes Indígenas de Saúde**. Rio Branco, 2003. 18 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **100 anos de Saúde Pública: A visão da Funasa**. Brasília, 2004a. 231 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Relatório de Gestão do DSEI Alto Rio Purus 2004**. Rio Branco, 2004b. 57p. Versão final.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Relatório de Gestão do DSEI Alto Rio Purus 2005**. Rio Branco, 2005 a. 118p. Versão final. Inclui disco compacto.

\_\_\_\_\_. Fundação Nacional de Saúde. **Formação inicial para agentes indígenas de saúde: módulo introdutório**. Brasília, 2005b. 50 p.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 6 out. 2006. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=06/10/2006>> Acesso em: 2 dez. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Decreto nº 7336/2010. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 20 out. 2010. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=6&data=20/10/2010>>. Acesso em 15 dez. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/11. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 24 out. 2011a. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=24/10/2011&jornal=1&pagina=48&totalArquivos=128>. Acesso em: 15 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção Para Entender a Gestão do SUS – Brasília: CONASS, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Plano Distrital de Saúde Indígena**: Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Purus. Rio Branco, 2012. 124p.

\_\_\_\_\_. Resolução 453/2012, de 10 de maio de 2012. Dispõe sobre diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2012/12\\_jun\\_resolucao453.html](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/12_jun_resolucao453.html). Acesso em 10 set. 17.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Mapa do Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Purus**. Brasília, 2013. Mapa disponibilizado em formato JPG por Nickolas Santana.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Mapa do Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Purus**. Brasília, 2014. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/jpg/2014/fevereiro/27/altoriopurus-novomapa-dsei.jpg>. Acesso em: 10 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde Indígena. **Conheça a secretaria - Sesai, 2015 a**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/conheca-a-secretaria-sesai>. Acesso em: 20 maio. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Fundação Nacional do Índio. **Terras indígenas, 2015b**. Disponível em: <http://www.funai.gov.br/index.php/terras-indigenas-alto-purus>. Acesso em: 12 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. Portal da Saúde. Quem é quem – Sesai, **2017**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/quem-e-quem-sesai>. Acesso em: 30 jun. 2017.

BRITO, C. A. G. **Medicina e Antropologia**: atenção à saúde no serviço de proteção aos índios (1942-1956). 2011. 115 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011.

\_\_\_\_\_; LIMA, N. T. Antropologia e medicina: assistência à saúde no Serviço de Proteção aos Índios (1942-1956). **Bol. Mus. Pará. Emílio Goeldi. Ciênc. Hum.**, Belém, v. 8, nº 1, jan-abr. 2013. p. 95-112. Disponível

em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-81222013000100006>>. Acesso em: 4 jan. 2016.

BUCHILLET, D. Representações e práticas das medicinas tradicionais. In: **Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia**. Belém: CEJUP/UEP, 1991. 504 p. Disponível em: <[http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins\\_textes/divers14-09/35311.pdf](http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers14-09/35311.pdf)>. Acesso em: 4 out. 2015

CALIXTO, V. de O. et al. **Acre uma história em construção**. Rio Branco: Fundação de Desenvolvimento de Recursos Humanos, da Cultura e do Desporto/Secretaria de Educação. Rio Branco, 1985.

CANCLINI, N. G. **Diferentes, desiguais e desconectados**: mapas da interculturalidade. Rio de Janeiro: UFRJ, 2005. 283 p.

CANDAU, V. M. F. Diferenças Culturais, Interculturalidade e Educação em Direitos Humanos. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 33, n. 118, p. 235-250, jan.-mar. 2012. Disponível em: < <http://www.cedes.unicamp.br>>. Acesso em 12 dez 2015. Acesso em: 12 de dez, 2015.

CARDOSO, M. D. Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 860-866, abr. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014000400860&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000400860&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 fev. 2018.

CASTELA, E. F.; MUNIZ, J. N. Tradição Indígena como componente da modernidade. In: **Simpósio Internacional de Geografia Agrária**, 4., 2009, Rio de Janeiro, 2009.

CASTRO, B. Patrimônio Cultural e Território: povos indígenas do sudoeste amazônico. In: **Reunião Brasileira de Antropologia**, 26. Porto Seguro, BA, 2008.

CASTRO, E. Dinâmica socioeconômica e desmatamento na Amazônia. **Novos Cadernos NAEA**, [S.l.], v. 8, n. 2, dez. 2005. p. 2179-7536. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpa.br/index.php/ncn/article/view/51/53>>. Acesso em: 28 fev. 2017.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Rev. Interface**, São Paulo, v. 9 n.16, p.161-168, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832005000100013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100013)>. Acesso em: 2 jan. 2017.

CERQUEIRA, F. A. Os mundos, os corpos e os objetos: o xamanismo como troca entre madihas e outros seres. 2015. 291 f. Tese (Doutorado em Sociologia e Antropologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

COLLET, C. **Quero Progresso Sendo Índio**: o princípio da interculturalidade na educação escolar indígena. 118 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

\_\_\_\_\_, C. **Ritos de Civilização e Cultura**: a escola Bakairi. 367 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 1986, Ottawa. **Carta de Ottawa**. Canadá. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf)>. Acesso em: 2 fev. 2017.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE PROTEÇÃO À SAÚDE DO ÍNDIO, 1., 1986. [Relatório Final]. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE PARA POVOS INDÍGENAS, 2., 1993. [Relatório Final]. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

CONFERÊNCIA DOS POVOS E ORGANIZAÇÕES INDÍGENAS DO BRASIL, 2000. [Relatório Final]. Coroa Vermelha, 2000.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA, 3., [Relatório Final]. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA, 4., [Relatório Final]. Rio Quente: Ministério da Saúde, 2006.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO, Amazônia ocidental: **nota pública sobre situação do povo Madilha (Kulina) no alto Purus, 2016**. Disponível em: <<http://racismoambiental.net.br/2016/08/03/cimi-amazonia-ocidental-nota-publica-sobre-situacao-do-povo-madiha-kulina-no-alto-purus/>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO DO ACRE: **festejando 22 anos de História**. Rio Branco, 2001. 83 p.

COSTA, D. C. Política indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas. **Cad. Saúde Pública**. 1987. v. 3, n.4, p.388-401. 1987. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1987000400003>>. Acesso em: 20 dez. 2016.

CRUVINEL, N. V. **Relatório sobre os Kaxarari**. Brasília: Fundação Nacional do Índio, 1978, 31 p.

CUNHA, M. C. da. Pontos de vista sobre a floresta amazônica: xamanismo e tradução. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-22. 1998. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-93131998000100001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93131998000100001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 17 jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-93131998000100001>.



CUNHA, G. C. B. **Conflitos sócio-ambientais no Acre**: um estudo de caso sobre modalidade de apropriação da gestão de recursos naturais no período 1990/1997. 395 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

CUNHA, M. E. C. **O Acre e a educação escolar indígena, intercultural, diferenciada e bilíngüe**. 2009. 170 f. Rio Branco. Dissertação (Mestrado em Letras) – Universidade Federal do Acre, Rio Branco, 2009.

DALMOLIN, G. F. **O papel da escola entre os povos indígenas**: de instrumento de exclusão a recurso para emancipação sociocultural. Rio Branco: EDUFAC, 2004.

DANTAS, F. L. L. **Perfil de morbidade da população indígena infantil referenciada para a Casa de Saúde Indígena (CASAI) de Rio Branco**. 136 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <file:///D:/Documents/Downloads/fernanda\_lage.pdf >. Acesso em: 27 fev. 2017.

DECLARAÇÃO de ALMA-ATA. In: **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978**; Alma-Ata; URSS. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.

DIAS-SCOPEL, R. P. **O Agente Indígena de Saúde Xokleng**: por um mediador entre a Comunidade Indígena e o Serviço de Atenção Diferenciada à Saúde – uma abordagem da Antropologia da Saúde. 178 f. Florianópolis. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

DIEHL, E. E.; LANGDON, E. J.; DIAS-SCOPEL, R.P. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n.5, p. 819-831, 2012. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012000500002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000500002)>. Acesso em: 2 nov. 2016.

\_\_\_\_\_; PELLEGRINI, M. A. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para a atuação em contextos interculturais. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 867-874, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014000400867&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000400867&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 set. 2015.

ERTHAL, R. M. C. A formação do agente de saúde indígena Tikúna no Alto Solimões In. COIMBRA JR., C. E. A; SANTOS, R. V; ESCOBAR, A. L. (Org.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. Brasília: Universidade de Brasília, 2001.

FERREIRA, L. B; PORTILLO, J. A. C; NASCIMENTO, W. F. “A Criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena”. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**. v. 7, nº 4, p. 83-95, 2013. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1419>>. Acesso em: 26 out. 2016.

FERREIRA, L. O; OSÓRIO, P. S. (Org.). **Medicina tradicional indígena: Anais da 1ª Reunião de Monitoramento**. Brasília: FUNASA/Projeto Vigisus II, 2007.

\_\_\_\_\_, Interculturalidade e Saúde Indígena no contexto das políticas públicas brasileiras. In: LANGDON E. J; CARDOSO M. D. (Org). In: **Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina**. Florianópolis: Ed da UFSC. 2015. p. 117-246.

\_\_\_\_\_. O desenvolvimento participativo da área de medicina tradicional indígena, Projeto Vigisus II/Funasa. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 21, p. 265-277, mai. 2012. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000500023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500023&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 jan. 2018.

FRAZÃO R. **Operação do Ibama combate exploração ilegal de madeiras na Terra Indígena Kaxarari**. [s.l]: ASCOM, 2017.

FOLLÉR M. L. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON E. J; GARNELO L, (Org.). **Saúde dos povos indígenas**. Rio de Janeiro: Contra Capa/Associação Brasileira de Antropologia; 2004. V. 1, p. 129-48

FOUCAULT, M. **Arqueologia do saber**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

\_\_\_\_\_. **A Ordem do Discurso**: Aula inaugural no College de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. São Paulo: Loyola, 1999.

FLORIDO, M. P. **As parentológicas Arawá e Arawak**: um estudo sobre parentesco e aliança. 2008. 224 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Faculdade de Filosofia e Letras, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GAWLIK, P.M. **Relatório Kaxarari**, Porto Velho: Prelazia, 1975.

GARNELO, L. Tradição, modernidade e políticas públicas no Alto Rio Negro. **Somanlu**, Manaus, v. 4, nº 1. 2004. 25 p. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufam.edu.br/somanlu/article/view/209/84>>. Acesso em 26 out. 2015.

\_\_\_\_\_; SAMPAIO, S. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de "fazer ver" e "fazer crer" nas políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1217-1223, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2005000400024](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400024)>. Acesso em: 20 jan. 2017.

\_\_\_\_\_; ROCHA, E.; PEITER, P.; et al. Formação Técnica de Agente Comunitário Indígena de Saúde: uma experiência em construção no Rio Negro. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 7, nº 2, p. 373-385, 2009.

\_\_\_\_\_. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: \_\_\_\_\_, L; PONTES, A. (Org.). **Saúde Indígena**: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI, 2012. p. 18-58.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2008. 323p.

GIDDENS, A. **A constituição da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2003. 458p.

GÓES, P. R. H. A natureza do saber: o lugar do conhecimento na práxis Katukina. **Espaço Ameríndio**, Porto Alegre, v. 1, nº 1, p. 116-145, dez 2007.

GONDIM, G. M. de M; MONKEN, M; ROJAS, L. I; et al. **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: <<file:///D:/Documents/Downloads/69304693-O-territorio-da-Saude-A-organizacao-do-sistema-dde-saude-e-a-territorializacao.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.

GRUPIONI, L. D. **Formação de professores indígenas**: repensando trajetórias. Ministério da Educação, Brasília: [s.n.], 2006.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. 9ª ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

IKA MURU, A. M. M et al. **Livro da cura do povo Huni Kuĩ do Rio Jordão**. Rio de Janeiro: CNCFlora/JBRJ; Dantes, 2014.

KAXINAWÁ, J. P. M; et al. **Índios no Acre**: história e organização. 2ª ed. Rio Branco: Comissão Pró-Índio do Acre, 2002.

KOZAKAI, T; WOLTER, R. P. Armadilhas do multiculturalismo: análise psicossocial da integração à francesa dos estrangeiros. **Aletheia**, Canoas, nº 26, p. 11-26, dez. 2007. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942007000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942007000200002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 fev. 2018.

KUENZER, A. Z. Conhecimento e competências no trabalho e na escola. **Boletim técnico do SENAC**, 28 de jan. de 2002. Disponível em:

<[file:///D:/Documents/Downloads/acacia\\_kuenzer\\_conhec\\_compet\\_trab\\_esc.pdf](file:///D:/Documents/Downloads/acacia_kuenzer_conhec_compet_trab_esc.pdf)>. Acesso em: 25 jan. 2017.

LANGDON, E. J. Saúde e povos indígenas: os desafios na virada do século. In: CONGRESO LATINOAMERICANO DE CIENCIAS SOCIALES Y MEDICINA, 5., 1999, Ilha de Maguerita, Venezuela. **Anais eletrônicos...** Disponível em: <[http://www.antropologia.com.br/tribo/nessi/textos/Margsav.htm#\\_ftn1](http://www.antropologia.com.br/tribo/nessi/textos/Margsav.htm#_ftn1)>. Acesso em: 20 dez. 2016.

\_\_\_\_\_. A Nova Política de Saúde Indígena no Brasil: Preocupações Antropológicas sobre o Conceito de “Atenção diferenciada”. In: XXIII CONVEGNO INTERNAZIONALE DI AMERICANISTICA, 23, 2001, Perugia, Itália. PDF disponibilizado.

\_\_\_\_\_. Políticas Públicas de Saúde Indígena: Implicações para minorias e saúde reprodutiva. In: Monteiro, S.; Sansone, L. (Org.). **Etnicidade na América Latina: Um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004a, p. 211-226.

\_\_\_\_\_. E. J. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: LANGDON, E. J ; GARNELO, L. (Org.). **Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004b, v. 1, p. 33-51.

\_\_\_\_\_; DIEHL, E. E; WIIK, F. B; et al. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22 nº 12, p. 2637-2646, dez, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006001200013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001200013)>. Acesso em 20 Out. 2016.

\_\_\_\_\_ e DIEHL, E. E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. **Saúde soc.**, São Paulo, v.16, nº 2, p.19-36. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902007000200004>>. Acesso em: 2 out. 2016.

LANGDON, E. J; WIIK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, nº 3, p. 459-466, jun. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692010000300023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000300023&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 15 jan. 2018.

LERVOLINO, S. A; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 35, nº 2, p. 115-121, Jun. 2001. Disponível: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342001000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342001000200004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 Jun. 2017.

LINK, R. S. **Vivendo entre mundos**: o povo Apurinã e a última fronteira do Estado brasileiro nos séculos XIX e XX. 357 f. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em História, Porto Alegre, 2016.

LOYOLA, M.A. Medicina tradicional e medicinas alternativas: representações sobre a saúde e a doença, concepção e uso do corpo. In: In: BUCHILLET, D. (Org). **Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia**. Belém: MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP, 1991. Disponível em: <[http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins\\_textes/divers14-09/35311.pdf](http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers14-09/35311.pdf)>. Acesso em: 4 out. 2015.

MACEDO, E. Por uma política da diferença. **Cad. de Pesquisa**, São Paulo, v. 36, nº 128, p. 327-356, maio-ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/v36n128/v36n128a04.pdf>>. Acesso em: 7 set. 2014.

MANCHINERI, A. S. da S; MORAIS, M. de J. Povo Manchineri: Mobilidade territorial e cultura. **Rev. Geo. de América Central**. Número especial, Egal, Costa Rica, v. 2, nº 47, 2011. P. 1-118.

MARROQUÍN, A. D. **Balance del indigenismo**. México: Instituto Indigenista Interamericano, 1972.

MARTINELLO, P. A. A “batalha da borracha” na segunda guerra mundial e suas consequências para o vale amazônico. **Cad. UFAC**. Rio Branco: EDUFAC, 1994.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. In: **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Acesso em: 28 dez. 2017.

MARX, K. Contribuição à crítica da economia política. Tradução e introdução de Florestan Fernandes. 2ªed. - São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MCLAREN, P. **Multiculturalismo revolucionário**: pedagogia do dissenso para o novo milênio. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

MENÉNDEZ, E. L. La enfermedad y la curación: ¿qué es medicina tradicional? **Alteridades, Iztapalapa**, v. 4, n. 7, p. 71-83, 1994.

\_\_\_\_\_. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, nº1, p. 185-207, 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>>. Acesso em: 14 set. 2014.

\_\_\_\_\_. Interculturalidad, diferencias y antropología at home: algunas cuestiones metodológicas. In: salud e interculturalidad em América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural/ coord. Por Geraldo Fernández Juárez, 2006. p. 51-66.

\_\_\_\_\_. Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. **Cienc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, nº 1, p. 109-118, jan. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n1/1413-8123-csc-21-01-0109>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

MINAYO, M. C de S. (Org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 28ª ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

\_\_\_\_\_. **O Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. Teoria, método e criatividade. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOLINA, J; TASCA, R; SUAREZ, Monitoramento e avaliação do Projeto de Cooperação da OPAS/OMS com o Programa Mais Médicos: reflexões a meio caminho. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, nº 9, p. 2925-2933. Set. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2925.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

MORAIS, P. **A Formação de Agentes Indígenas de Saúde** – AIS no âmbito da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas Brasil - 1999 a 2005. In: FORO NACIONAL DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS SAN JOSÉ, 1., [Trabalhos apresentados], 2005, Costa Rica. Disponível em: <<https://www.ministeriodesalud.go.cr/ops/documentos/docLa%20Formacion%20de%20Agentes%20Indigenas-Brasil.pdf>>. Acesso em: maio 2014.

MOREIRA, P. A; MACRAE, E. **Eu venho de Longe**: Mestre Irineu e seus companheiros. Salvador: EDUFBA, 2011.

MTE/SPPE. **Classificação Brasileira de Ocupações**: CBO 2010. Brasília: MTE, 2010.

NAVARRO, E. B. G. **Competencia cultural en salud**: conocimientos, prácticas y actitudes ante los cuidados culturales. 240 f. Tesis (Douctoral) – Universidad de Huelva, Departamento de Sociología y Trabajo Social, Spain, 2015.

NOVO, M. P. **Um papel de fronteira e seus (não) espaços – Os Agentes Indígenas de saúde do Alto Xingu**. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 2008, Porto Seguro, Bahia. 19 p. Disponível em:

<[http://www.abant.org.br/conteudo/ANAIS/CD\\_Virtual\\_26\\_RBA/foruns\\_de\\_pesquisa/trabalhos/FP%2010/Marina%20Pereira%20Novo.pdf](http://www.abant.org.br/conteudo/ANAIS/CD_Virtual_26_RBA/foruns_de_pesquisa/trabalhos/FP%2010/Marina%20Pereira%20Novo.pdf)>. Acesso em: 31 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. **Os Agentes Indígenas de Saúde do Alto Xingu**. Brasília. Paralelo 15. 2010. 76 p.

\_\_\_\_\_. Política e intermedicalidade no Alto Xingu: do modelo à prática de atenção à saúde indígena. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, nº 7, p. 1362-1370, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000700011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000700011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 out. 2016.

OLIVEIRA, R. C. Ação indigenista, eticidade e o diálogo interétnico. **Estud. Av.**, São Paulo, v. 14, nº 40, p. 213-230, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142000000300018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142000000300018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 nov. 2016.

OLIVEIRA, J. P. Pluralizando tradições etnográficas: Sobre um certo mal-estar na Antropologia. In: LANGDON, E. J; GARNELO, L. (Org). **Saúde dos Povos Indígenas: Reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro. Contra Capa. 2004.

\_\_\_\_\_; Almeida, A. W. B. Demarcação e reafirmação étnica. Um ensaio sobre a FUNAI, in João Pacheco de Oliveira (Org.), **Indigenismo e territorialização. Poderes, rotinas e saberes coloniais no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 1998. P. 69-123

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. **Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional**: 2002-2005. Genebra, 2002. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67314/1/WHO\\_EDM\\_TRM\\_2002.1\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67314/1/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf). Acesso em: 19 jan. 2018.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Convenção nº. 169 sobre povos indígenas e tribais e Resolução referente à ação da OIT**. Brasília, 2011.

ORLANDI, E. P. **A linguagem e seu funcionamento**: as formas do discurso. São Paulo: Brasiliense, 1983.

\_\_\_\_\_. Texto e discurso. **Rev. Organon**, Porto Alegre, v. 9, n.2, 1995.

OSORIO-MERCHAN, M. B; LOPEZ DIAS, A.L. Competencia cultural em salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. **Index Enferm**, Granada. v. 17, n. 4. p. 266-270, 2008. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962008000400010&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000400010&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 17 jan. 2017.

PAULA, E. A. **Seringueiros e sindicatos**: um povo da floresta em busca de liberdade. 204 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro: 1991.

\_\_\_\_\_, E. A. **O Estado e a reprivatização da natureza na Amazônia**: A questão social no novo milênio. 2004. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4609955>>. Acesso em: 29 dez. 2016.

PALADINO, M.; ALMEIDA, N. P. **Entre a diversidade e a desigualdade**: uma análise das políticas públicas para a educação escolar indígena no Brasil dos governos Lula. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2012. 152 p.

PELLON, L. H. C.; VARGAS, L. A. Cultura, interculturalidade e processo saúde-doença: (des) caminhos na atenção à saúde dos Guaranis Mbya de Aracruz, Espírito Santo. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, nº 4, p. 1377-1397, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312010000400017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 jan. 2017.

PINTO, P. R. **Supervisão na formação profissional de agentes indígenas de saúde no Parque Indígena do Xingu**. 2008. Dissertação (Mestrado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <[doi:10.11606/D.6.2008.tde-13112008-113243](https://doi.org/10.11606/D.6.2008.tde-13112008-113243)>. Acesso em: 3 mar. 2018.

POLLOCK, D. K. Etnomedicina Kulina. In: SANTOS, R. V.; COIMBRA, C. (Org.). **Saúde e Povos indígenas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 143-160.

PONTES, A. L. M; GARNELO, L. La formación y el trabajo del agente indígena de salud en el Subsistema de Salud Indígena en Brasil. *Salud Pública de México*, Cuernavaca, v. 56, n. 4, p. 386-392, jul. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342014000400013&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000400013&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 20 dez. 2016.

\_\_\_\_\_. Profissionalização indígena no campo da saúde: desafios para a formação técnica de agentes indígenas de saúde. In: GARNELO; PONTES, A. (Org.). **Saúde Indígena**: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI, 2012. p. 18-58.

QUIJANO, A. **Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina**. In: LEHER, Roberto e SETÚBAL, Mariana (Org.). *Pensamento crítico e movimentos sociais: diálogos para uma nova práxis*. São Paulo: Cortez, 2005.

RANCY, C. M. D. *Raízes do Acre (1870 – 1912)*. Rio Branco: M. M. Paim, 1992. ´



REESINK, E. Xamanismo Kanamari, In: BUCHILLET, D. (Org). **Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia**. Belém: MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP, 1991. Disponível em: <[http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins\\_textes/divers14-09/35311.pdf](http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers14-09/35311.pdf)>. Acesso em: 4 out. 2015.

RIBEIRO, D. **Os índios e a Civilização**: A Integração das Populações Indígenas no Brasil Moderno. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1970.

ROCHA, E. S. C. **Uma etnografia das práticas sanitárias no Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro** - noroeste do Amazonas. 2007. 180 f. Dissertação (Mestrado em Sociedade e Cultura na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2007.

ROMERO, C. G. **Pluralismo, multiculturalismo e interculturalidad. Educación y Futuro: rev de investigación aplicada y experiencias educativas**, n. 8, 2003, p. 11-20. Disponível em: < <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2044239.pdf> >. Acesso em: 20 nov. 2016.

SAEZ, O. C. **O Nome e o Tempo Yaminawa**: etnologia e história dos Yaminawa do rio Acre. São Paulo: UNESP, 2006. 480 p.

SANSONE, L. O Estado e o multiculturalismo. **Ciênc. Cult.**, São Paulo, v. 57, nº 3, p. 4-5, set. 2005. Disponível em: <[http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0009-67252005000300002&lng=en&nrm=iso](http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252005000300002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 fev. 2018.

SANTOS, M. **O dinheiro e o território**. In: SANTOS, Milton et al. Território, territórios – ensaios sobre o ordenamento territorial. 2ª ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006. p. 13 – 21.

SAVIANI, D. A Pedagogia Histórico-Crítica no Quadro das Tendências Críticas da Educação Brasileira, In: **Pedagogia histórico-crítica**: Primeiras aproximações. 11ª ed. Campinas, SP: Autores Associados, 2011.

SCHIEL, J. **Tronco Velho**: histórias Apurinã. 533 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, 2004.

SILVA, J. A. I. C. **Políticas públicas de educação escolar indígena e a formação de professores indígenas no Acre**. 2015. 183 f. Tese (doutorado em Educação) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015.

SILVA, G. F. **Do multiculturalismo à educação intercultural: estudo dos processos identitários de jovens das escolas públicas de ensino médio na região metropolitana de Porto Alegre**. 371 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

SILVA, M. L. **A Formação do Agente Indígena de Saúde**: processo reflexivo com perspectiva de uma abordagem da integralidade e de um currículo intercultural. 2009. 160 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) – Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2009.

SILVA, R. L. A energia Camicuã. In: SOUSA, et al. (Org.). **Povos Indígenas: projetos e desenvolvimento II**. Rio de Janeiro: Paralelo 15, 2010. p. 167-175.

SOUSA, I. C. F.; Rozemberg, B; Boruchovitch. E; Schall, V. T. (1998). A missing agenda in Brazilian schools: The debate on popular health practices. *Ciência e Cultura: Journal of the Brazilian Association for the Advancement of Science*, v. 50 nº 5, p. 328-336. São Paulo, Brasil.

SOUSA, I. C. F. A educação intercultural na escola e o Reconhecimento do Outro Diferente. In: *Archivos Analíticos de Políticas Educativas*, v. 12, nº 59, 2004. Disponível em: <<http://epaa.asu.edu/ojs/article/view/214>>. Acesso: 20 abr. 2013.

SOUZA, I. P. D.; FALCÃO, F. C. F.; SANTANA, C. C. **Estado e Movimento Indígena na Amazônia Ocidental: do conflito à conciliação?** In: ENCONTRO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE SOCIOLOGIA DA REGIÃO NORTE, 2., 2010. Belém, Pará. Disponível em: <<http://www.sbsnorte2010.ufpa.br/site/anais/ARQUIVOS/GT9-114-54-20100831100120.pdf>>. Acesso em: 31 jan. 2017.

SOUZA, S. R. G. de. **Desnervados, desfibrados e amarelos em busca de cura: saúde pública no Acre territorial (1904 a 1930)**. 2014. 256 f. Tese (Doutorado em História Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8138/tde-15012015-184237/>>. Acesso em: 08 out. 2015.

SOUZA LIMA, A. C. S. **Sobre indigenismo, autoritarismo e nacionalidade**: Considerações sobre a constituição do discurso e da prática da "proteção fraternal" no Brasil. In: OLIVEIRA, João Pacheco de (Org.). *Sociedades indígenas e indigenismo no Brasil*. Rio de Janeiro: Marco Zero: Ed. UFRJ, 1987. p. 149-204.

\_\_\_\_\_. **Reconsiderando poder tutelar e formação do Estado no Brasil**: notas a partir da criação do Serviço de Proteção aos Índios e Localização dos Trabalhadores

Nacionais. In: ROCHA FREIRE, C. A. (Org.) Memória do SPI: textos, imagens e documentos sobre o Serviço de Proteção aos Índios (1910-1967). Rio de Janeiro: Museu do Índio, FUNAI, 2011, p. 201-211.

\_\_\_\_\_. O exercício da tutela sobre os povos indígenas: considerações para o entendimento das políticas indigenistas no Brasil contemporâneo. **Rev. Antropologia**, São Paulo, v. 55, nº 2, 2012.

\_\_\_\_\_. Revisitando a Tutela: questões para se pensar as políticas públicas para povos indígenas. In: TEIXEIRA, C. C.; GARNELO, L. (Org.). **Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014.

UNIÃO DAS NAÇÕES INDÍGENAS DO ACRE E SUL DO AMAZONAS, UNI. **Projeto de ações básicas de prevenção de doenças dos Distritos sanitários especiais Indígenas do Alto Purus e Alto Juruá**. Rio Branco (AC): [s.n.], 2002.

TASSINARI, A. M. I. **Escola Indígena: novos horizontes teóricos, novas fronteiras de educação**. In: LOPES DA SILVA, Aracy; FERREIRA A, Mariana. (Org.). Antropologia, História e Educação, a questão indígena e a escola. São Paulo/SP: MARI/FAPESP/Global Editora, 2001, v. 1, p. 44-77.

\_\_\_\_\_. **“Sociedades indígenas: introdução ao tema da diversidade cultural”** In: LOPES DA SILVA e GRUPIONI (Org.) A Temática Indígena na Escola: novos subsídios para professores de 1º e 2º grau. Global; Brasília: MEC: MARI: UNESCO, 1995.

TUBINO, Fidel. La Interculturalidad Crítica como Proyecto Ético-político. In: ENCUENTRO CONTINENTAL DE EDUCADORES AGUSTINOS, 2005, Lima. Disponível em: <<http://oalagustinos.org/edudoc/LAINTERCULTURALIDADCR%C3%8DTICACOMOPROYECTO%C3%89TICO.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

World Health Organization Geneva. WHO Traditional medicine strategy 2002-2005.

VASCONCELOS, J. T. do. **Relatório apresentado ao ministro da Justiça e Negócio do Interior pelo governador do Território do Acre**. Rio de Janeiro: imprensa nacional, 1925. Acervo Departamento do Patrimônio Histórico do Acre.

VASCONCELOS, J. T. do. **Relatório apresentado ao ministro da Justiça e Negócio do Interior pelo governador do Território do Acre.** Rio de Janeiro: imprensa nacional, 1925.

VERANI, C.B.L. A política de saúde do índio e a organização dos serviços no Brasil. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi**, 1999.

VIEIRA, A.M; SOUZA, I.P de; SILVA, J.S.P. **Um estudo a partir dos Postos Indígenas Marienê, Manuacá e Rio Gregório:** os casos Jamamadi, Kulina e Paumari. In: SANTOS, G. M dos (Org.). **Álbum Purus.** Manaus: EDUA, 2011. 338 p.

ZARIFIAN, P. **Objetivo competência:** por uma nova lógica. São Paulo: Atlas, 2001.

**ANEXO 1 Protocolo do TCLE.  
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Eu, Alcilene Oliveira Alves, responsável pela pesquisa “Uma análise sobre as percepções de enfermeiros e médicos na atuação e formação dos agentes indígenas de saúde do Distrito Sanitário do Alto Rio Purus (Dsei /Arp)”, estou fazendo um convite para você participar como voluntário deste estudo. Sou professora de História na Instituição Federal do Acre e doutoranda do programa Ensino em Biociências em Saúde do Instituto Oswaldo Cruz.

Esta pesquisa pretende analisar aspectos referentes às percepções de enfermeiros e médicos que atuam nos convênios da Secretaria de Saúde Indígena - Sesai e que trabalham tanto na formação dos agentes indígenas de saúde como na de outros profissionais de saúde que tem a mesma atuação.

Neste trabalho, serão observados aspectos referentes à estratégia pedagógica e formativa na Escola de Saúde Maria Moreira da Rocha e a experiência dos profissionais de saúde no atendimento aos povos do Purus. Os benefícios que esperamos com este estudo são maiores compreensões acerca das percepções dos profissionais de saúde sobre a sua atuação, privilegiando a voz dos mesmos.

Para a realização deste estudo, será utilizada a metodologia qualitativa, fazendo primeiramente uso da análise documental e posteriormente de observações de campo em formato de grupo focais com os profissionais de saúde na Escola de Saúde Maria Moreira da Rocha. Esta escola foi escolhida por sua atuação, desde 2009, na formação com profissionais de saúde e em cursos de formação inicial e continuada em Agente Comunitário Indígena de Saúde.

Peço sua participação como voluntário (a) da entrevista em formato de grupo focal que terá duração máxima de três horas. Entendo que mesmo você aceite participar do grupo focal, você a qualquer momento pode se desligar do mesmo e não continuar a sua participação.

Assinatura da pesquisadora responsável \_\_\_\_\_

Alcilene Oliveira Alves

Professora de História na Instituição Federal do Acre e doutoranda do programa Ensino em Biociências em Saúde do Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz

Rua Maria da Conceição, 97 Estação Experimental, CEP: 915-026

Telefone 68-84030368, E-mail: [alcilene.alves@ioc.fiocruz.br](mailto:alcilene.alves@ioc.fiocruz.br)

Informações e contato

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEP FIOCRUZ/IOC Instituto Oswaldo Cruz / Fundação Oswaldo Cruz, Avenida Brasil, 4.036 - sala 705 (Expansão) Manguinhos - Rio de Janeiro-RJ – CEP: 21.040-360 Tel.: (21) 3882-9011

E-mail: [cepfiocruz@ioc.fiocruz.br](mailto:cepfiocruz@ioc.fiocruz.br)

Autorização:

Eu, -----  
-----, após a leitura deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar com a pesquisadora responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado (a), ficando claro que a minha participação é voluntária e estou ciente também dos objetivos da pesquisa e dos procedimentos do grupo focal. Diante do exposto expressei minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Nome por extenso do profissional de saúde

\_\_\_\_\_

Assinatura do profissional de saúde

-----

**APENDICE 1: Roteiro para entrevista com Coordenadores ou responsáveis por cursos de formação profissional de AIS.**

**Fundação Oswaldo Cruz**

**Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**

**Programa de Doutorado em Saúde Pública**

**Projeto de Pesquisa “Formação profissional de Agentes Indígenas de Saúde: contextos e discursos”**

*Roteiro para entrevista com Coordenadores ou responsáveis por cursos de formação profissional de AIS.*

- *Falar sobre o campo de atuação da instituição. A relação da mesma com o campo da saúde e da educação indígena.*
- *Quando e como surgiu a iniciativa de fazer uma formação profissional para os AIS?*
- *Como a proposta foi construída? Quem participou?*
- *Quais as principais preocupações e intenções na elaboração da proposta?*
- *Quais eram os principais referenciais para a construção da proposta? (O campo da saúde e da educação indígena influenciaram a proposta?)*
- *Como foram pensados os conteúdos da proposta curricular? Quais os principais eixos?*
- *Foi pensada a inclusão ou relação com os conhecimentos tradicionais? Como?*
- *Quais as principais dificuldades na elaboração da mesma?*
- *Como foi a implementação? Onde e quando foi desenvolvida? Quais as dificuldades? - Quais os pontos fortes da proposta?*
- *O que pensa sobre a formação profissional do AIS?*

## **APÊNDICE 2: Roteiro de perguntas para o grupo focal.**

1. *Há quanto tempo vocês trabalham para a saúde indígena?*
2. *Como se deu a inserção de vocês na saúde indígena?*
3. *Quais as questões mais importantes no trabalho com a formação do agente de saúde indígena?*
4. *Vocês conhecem as práticas em saúde que são ensinadas e utilizadas pelos indígenas? Quem ensina? Quais são elas?*
5. *Que experiências vocês consideram especial ou que mais marcaram o trabalho de vocês no Dsei Purus e formação dos indígenas?*
6. *Quais são as doenças que mais acometem as populações? E como são tratadas?*
7. *Podem descrever algumas ações dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) na comunidade?*
8. *Podem descrever alguns limites e possibilidades nas formações dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS)?*
9. *Podem descrever algumas boas e difíceis experiências em tratamentos de saúde realizados pelos indígenas?*
10. *Como é a comunicação dos indígenas com os profissionais de saúde?*
11. *Como é a comunicação dos Agentes Indígenas de Saúde com os profissionais de saúde?*
12. *Já ouviram relatos sobre a comunicação dos indígenas com os Agentes Indígenas de Saúde? São relatos de que essa comunicação apresenta dificuldades ou não?*
13. *Já ouviram relatos de facilidades e dificuldades no trabalho dos Agentes Indígenas de saúde?*
14. *Podem citar diferentes significados do processo saúde/doença que vocês tenham trabalhado?*



15. *O que representa o trabalho de vocês para a saúde indígena?*
16. *Como são trabalhadas as ações preventivas na área indígena?*
17. *Quais as ações desenvolvidas pelos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) na comunidade e como são realizadas na prática diária?*
18. *Como comunicar-se com línguas diferentes numa formação intercultural?*
19. *O comportamento das diferentes etnias no processo pedagógico formativo é diferente? Se sim, exemplifique.*
20. *Quais metodologias e conteúdos consideram mais adequados ao processo de formação?*
21. *O tempo de formação desta Escola é suficiente? Se não, qual seria o ideal?*

### APÊNDICE 3 : Termo de livre consentimento (TCLE) de Jhon Wiler de Oliveira Silva de Souza

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, Alcilene Oliveira Alves, responsável pela pesquisa "Uma análise sobre as percepções de enfermeiros e médicos na atuação e formação dos agentes indígenas de saúde do Distrito Sanitário do Alto Rio Purus (Dsei /Arp)", estou fazendo um convite para você participar como voluntário deste estudo. Sou professora de História na Instituição Federal do Acre e doutoranda do programa Ensino em Biociências em Saúde do Instituto Oswaldo Cruz.

Esta pesquisa pretende analisar aspectos referentes às percepções de enfermeiros e médicos que atuam nos convênios da Secretaria de Saúde Indígena - Sesai e que trabalham tanto na formação dos agentes indígenas de saúde como na de outros profissionais de saúde que tem a mesma atuação.

Neste trabalho, serão observados aspectos referentes à estratégia pedagógica e formativa na Escola de Saúde Maria Moreira da Rocha e a experiência dos profissionais de saúde no atendimento aos povos do Purus. Os benefícios que esperamos com este estudo são maiores compreensões acerca das percepções dos profissionais de saúde sobre a sua atuação, privilegiando a voz dos mesmos.

Para a realização deste estudo, será utilizada a metodologia qualitativa, fazendo primeiramente uso da análise documental e posteriormente de observações de campo em formato de grupo focais com os profissionais de saúde na Escola de Saúde Maria Moreira da Rocha. Esta escola foi escolhida por sua atuação, desde 2009, na formação com profissionais de saúde e em cursos de formação inicial e continuada em Agente Comunitário Indígena de Saúde.

Peço sua participação como voluntário (a) da entrevista em formato de grupo focal que terá duração máxima de três horas. Entendo que mesmo você aceite participar do grupo focal, você a qualquer momento pode se desligar do mesmo e não continuar a sua participação.

Assinatura da pesquisadora responsável: Alcilene Oliveira Alves  
Alcilene Oliveira Alves  
Professora de História na Instituição Federal do Acre e doutoranda do programa Ensino em Biociências em Saúde do Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz

Rua Maria da Conceição, 97 Estação Experimental, CEP: 915-026  
Telefone 68-84030368, E-mail: [alcilene.alves@ioc.fiocruz.br](mailto:alcilene.alves@ioc.fiocruz.br)

Informações e contato

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEP FIOCRUZ/IOC Instituto  
Oswaldo Cruz / Fundação Oswaldo Cruz, Avenida Brasil, 4.036 - sala 705 (Expansão)  
Manguinhos - Rio de Janeiro-RJ – CEP: 21.040-360 Tel.: (21) 3882-9011  
E-mail: [cepfiocruz@ioc.fiocruz.br](mailto:cepfiocruz@ioc.fiocruz.br)

Autorização:

Eu, John Willer de Oliveira Silva de Souza  
-----, após a leitura deste documento e de ter tido a  
oportunidade de conversar com a pesquisadora responsável, para esclarecer todas as  
minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado (a), ficando claro que a minha  
participação é voluntária e estou ciente também dos objetivos da pesquisa e dos  
procedimentos do grupo focal. Diante do exposto expresso minha concordância de  
espontânea vontade em participar deste estudo.

Nome por extenso do profissional de saúde

John Willer de Oliveira Silva de Souza

Assinatura do profissional de saúde

John Willer de Oliveira Silva de Souza

## APÊNDICE 4: Termo de Consentimento Livre esclarecido de José Elson da Silva Santos

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, Alcilene Oliveira Alves, responsável pela pesquisa "Uma análise sobre as percepções de enfermeiros e médicos na atuação e formação dos agentes indígenas de saúde do Distrito Sanitário do Alto Rio Purus (Dsei /Arp)", estou fazendo um convite para você participar como voluntário deste estudo. Sou professora de História na Instituição Federal do Acre e doutoranda do programa Ensino em Biociências em Saúde do Instituto Oswaldo Cruz.

Esta pesquisa pretende analisar aspectos referentes às percepções de enfermeiros e médicos que atuam nos convênios da Secretaria de Saúde Indígena - Sesai e que trabalham tanto na formação dos agentes indígenas de saúde como na de outros profissionais de saúde que tem a mesma atuação.

Neste trabalho, serão observados aspectos referentes à estratégia pedagógica e formativa na Escola de Saúde Maria Moreira da Rocha e a experiência dos profissionais de saúde no atendimento aos povos do Purus. Os benefícios que esperamos com este estudo são maiores compreensões acerca das percepções dos profissionais de saúde sobre a sua atuação, privilegiando a voz dos mesmos.

Para a realização deste estudo, será utilizada a metodologia qualitativa, fazendo primeiramente uso da análise documental e posteriormente de observações de campo em formato de grupo focais com os profissionais de saúde na Escola de Saúde Maria Moreira da Rocha. Esta escola foi escolhida por sua atuação, desde 2009, na formação com profissionais de saúde e em cursos de formação inicial e continuada em Agente Comunitário Indígena de Saúde.

Peço sua participação como voluntário (a) da entrevista em formato de grupo focal que terá duração máxima de três horas. Entendo que mesmo você aceite participar do grupo focal, você a qualquer momento pode se desligar do mesmo e não continuar a sua participação.

Assinatura da pesquisadora responsável Alcilene Oliveira Alves  
Alcilene Oliveira Alves  
Professora de História na Instituição Federal do Acre e doutoranda do programa Ensino em Biociências em Saúde do Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz

Rua Maria da Conceição, 97 Estação Experimental, CEP: 915-026  
Telefone 68-84030368, E-mail: [alcilene.alves@ioc.fiocruz.br](mailto:alcilene.alves@ioc.fiocruz.br)

Informações e contato

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEP FIOCRUZ/IOC Instituto  
Oswaldo Cruz / Fundação Oswaldo Cruz, Avenida Brasil, 4.036 - sala 705 (Expansão)  
Manguinhos - Rio de Janeiro-RJ – CEP: 21.040-360 Tel.: (21) 3882-9011  
E-mail: [cepfiocruz@ioc.fiocruz.br](mailto:cepfiocruz@ioc.fiocruz.br)

Autorização:

Eu, José Elson da Silva Santos

....., após a leitura deste documento e de ter tido a  
oportunidade de conversar com a pesquisadora responsável, para esclarecer todas as  
minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado (a), ficando claro que a minha  
participação é voluntária e estou ciente também dos objetivos da pesquisa e dos  
procedimentos do grupo focal. Diante do exposto expresso minha concordância de  
espontânea vontade em participar deste estudo.

Nome por extenso do profissional de saúde

José Elson da Silva Santos

Assinatura do profissional de saúde

## APÊNDICE 5: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, Alcilene Oliveira Alves, responsável pela pesquisa "Uma análise sobre as percepções de enfermeiros e médicos na atuação e formação dos agentes indígenas de saúde do Distrito Sanitário do Alto Rio Purus (Dsei /Arp)", estou fazendo um convite para você participar como voluntário deste estudo. Sou professora de História na Instituição Federal do Acre e doutoranda do programa Ensino em Biociências em Saúde do Instituto Oswaldo Cruz.

Esta pesquisa pretende analisar aspectos referentes às percepções de enfermeiros e médicos que atuam nos convênios da Secretaria de Saúde Indígena - Sesai e que trabalham tanto na formação dos agentes indígenas de saúde como na de outros profissionais de saúde que tem a mesma atuação.

Neste trabalho, serão observados aspectos referentes à estratégia pedagógica e formativa na Escola de Saúde Maria Moreira da Rocha e a experiência dos profissionais de saúde no atendimento aos povos do Purus. Os benefícios que esperamos com este estudo são maiores compreensões acerca das percepções dos profissionais de saúde sobre a sua atuação, privilegiando a voz dos mesmos.

Para a realização deste estudo, será utilizada a metodologia qualitativa, fazendo primeiramente uso da análise documental e posteriormente de observações de campo em formato de grupo focais com os profissionais de saúde na Escola de Saúde Maria Moreira da Rocha. Esta escola foi escolhida por sua atuação, desde 2009, na formação com profissionais de saúde e em cursos de formação inicial e continuada em Agente Comunitário Indígena de Saúde.

Peço sua participação como voluntário (a) da entrevista em formato de grupo focal que terá duração máxima de três horas. Entendo que mesmo você aceite participar do grupo focal, você a qualquer momento pode se desligar do mesmo e não continuar a sua participação.

Assinatura da pesquisadora responsável Alcilene Oliveira Alves  
Alcilene Oliveira Alves  
Professora de História na Instituição Federal do Acre e doutoranda do programa Ensino em Biociências em Saúde do Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz

Rua Maria da Conceição, 97 Estação Experimental, CEP: 915-026  
Telefone 68-84030368, E-mail: [alcilene.alves@ioc.fiocruz.br](mailto:alcilene.alves@ioc.fiocruz.br)

Informações e contato

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEP FIOCRUZ/IOC Instituto  
Oswaldo Cruz / Fundação Oswaldo Cruz, Avenida Brasil, 4.036 - sala 705 (Expansão)  
Manguinhos - Rio de Janeiro-RJ – CEP: 21.040-360 Tel.: (21) 3882-9011  
E-mail: [cepfiocruz@ioc.fiocruz.br](mailto:cepfiocruz@ioc.fiocruz.br)

Autorização:

Eu, Adriana Nascimento das Neves  
-----, após a leitura deste documento e de ter tido a  
oportunidade de conversar com a pesquisadora responsável, para esclarecer todas as  
minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado (a), ficando claro que a minha  
participação é voluntária e estou ciente também dos objetivos da pesquisa e dos  
procedimentos do grupo focal. Diante do exposto expresse minha concordância de  
espontânea vontade em participar deste estudo.

Nome por extenso do profissional de saúde

Adriana Nascimento das Neves  
-----

Assinatura do profissional de saúde

Adriana  
N. Neves  
-----

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, Alcilene Oliveira Alves, responsável pela pesquisa "Uma análise sobre as percepções de enfermeiros e médicos na atuação e formação dos agentes indígenas de saúde do Distrito Sanitário do Alto Rio Purus (Dsei /Arp)", estou fazendo um convite para você participar como voluntário deste estudo. Sou professora de História na Instituição Federal do Acre e doutoranda do programa Ensino em Biociências em Saúde do Instituto Oswaldo Cruz.

Esta pesquisa pretende analisar aspectos referentes às percepções de enfermeiros e médicos que atuam nos convênios da Secretaria de Saúde Indígena - Sesai e que trabalham tanto na formação dos agentes indígenas de saúde como na de outros profissionais de saúde que tem a mesma atuação.

Neste trabalho, serão observados aspectos referentes à estratégia pedagógica e formativa na Escola de Saúde Maria Moreira da Rocha e a experiência dos profissionais de saúde no atendimento aos povos do Purus. Os benefícios que esperamos com este estudo são maiores compreensões acerca das percepções dos profissionais de saúde sobre a sua atuação, privilegiando a voz dos mesmos.

Para a realização deste estudo, será utilizada a metodologia qualitativa, fazendo primeiramente uso da análise documental e posteriormente de observações de campo em formato de grupo focais com os profissionais de saúde na Escola de Saúde Maria Moreira da Rocha. Esta escola foi escolhida por sua atuação, desde 2009, na formação com profissionais de saúde e em cursos de formação inicial e continuada em Agente Comunitário Indígena de Saúde.

Peço sua participação como voluntário (a) da entrevista em formato de grupo focal que terá duração máxima de três horas. Entendo que mesmo você aceite participar do grupo focal, você a qualquer momento pode se desligar do mesmo e não continuar a sua participação.

Assinatura da pesquisadora responsável Alcilene Oliveira Alves  
Alcilene Oliveira Alves  
Professora de História na Instituição Federal do Acre e doutoranda do programa Ensino em Biociências em Saúde do Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz

Rua Maria da Conceição, 97 Estação Experimental, CEP: 915-026  
Telefone 68-84030368, E-mail: [alcilene.alves@ioc.fiocruz.br](mailto:alcilene.alves@ioc.fiocruz.br)



## APÊNDICE 6:




**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA**  
**DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA ALTO RIO PURUS**  
Rua Rio de Janeiro, nº 1214 – Abraão Alab  
CEP: 69.918-048 – Rio Branco – AC.

**SECRETARIA DE SAÚDE INDÍGENA**

### **CARTA DE AUTORIZAÇÃO**

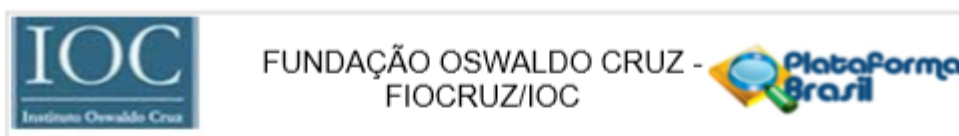
Eu, Sérgio Ricardo Alves de Oliveira, Coordenador do distrito Sanitário Especial indígena Alto Rio Purus, autorizo a realização de entrevistas e grupos focais com os profissionais deste Distrito para o projeto de pesquisa **“Uma análise sobre as percepções de enfermeiros e médicos na atuação e formação dos Agentes Indígenas de Saúde do Distrito Sanitário do Alto Rio Purus (DSEI /ARP)”**. Este trabalho está sob a **responsabilidade da pesquisadora Alcilene Oliveira Alves**, doutoranda do programa Ensino em Biociências em Saúde do Instituto Oswaldo Cruz.

Rio Branco, 9 de setembro de 2016.

  
**SÉRGIO RICARDO ALVES DE OLIVEIRA**  
Coordenador Distrital do DSEI/ARP/SESAI/MS  
Portaria nº 1.294 de 14/07/2016

Recebido em:  
09/09/16  
  
Thaís Belém Chavar Rocha  
Gabinete/DSEI/ARP

## ANEXO 2: Protocolo do Comitê de Ética/ Ficoruz



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** UMA ANÁLISE SOBRE AS PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS E MÉDICOS NA ATUAÇÃO E FORMAÇÃO DOS AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE DO DISTRITO SANITÁRIO DO ALTO RIO PURUS (DSEI /ARP)

**Pesquisador:** Alcilene Oliveira Alves

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 32714514.1.0000.5248

**Instituição Proponente:** Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ/IOC

**Patrocinador Principal:** Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ/IOC

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 922.637

**Data da Relatoria:** 08/07/2014

#### Apresentação do Projeto:

O objetivo de analisar as políticas em educação em saúde vai ser realizado a partir da análise documental de órgãos pertinentes ao tema (MS, diretrizes e leis) com foco nos aspectos biomédicos e étnicos notadamente no que se refere aos encontros e confrontos, tendo em vista que parte do pressuposto de que as políticas educacionais de formação têm contribuído para a estruturação/desestruturação do processo de atenção à saúde primária. O segundo e terceiros objetivos serão o de caracterizar tanto a história da formação dos Agentes Indígenas como a formação dos profissionais de saúde. A realização destes objetivos será feita através de análise documental e bibliográfica. O estudo abordará a trajetória histórica e política destas formações com profissionais de saúde. Para este fim, serão analisados documentos apresentados por organizações indígenas, pela Escola Maria Moreira da Rocha e por instituições como a Funai e a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). O quarto objetivo é o de mapear as capacitações desenvolvidas pela Escola de Saúde Maria Moreira da Rocha e discutir até que ponto as formações são interculturais. Para isto será necessário a discussão dos programas curriculares, material didático, estratégias de ensino utilizadas pelos profissionais de saúde para trabalhos com Agentes Indígenas de Saúde e Indígenas. O quinto objetivo é a realização de grupos focais Escola de Saúde Maria Moreira da Rocha. Este objetivo visa trabalhar com os profissionais de saúde as formações

**Endereço:** Av. Brasil 4036, Sala 705 (Campus Expansão)  
**Bairro:** Manguinhos **CEP:** 21.040-360  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)3882-9011 **Fax:** (21)2561-4815 **E-mail:** cepfocruz@ioc.fiocruz.br

Continuação do Parecer: 922.637

desenvolvidas estudando até que ponto as formações são interculturais e levam em conta o indígena. Os pontos a serem discutidos no grupo focal são: práticas populares em saúde, práticas biomédicas em saúde, doenças que mais acometem os povos indígenas, experiências no trabalho com agentes indígenas de saúde e estratégias educacionais. Assim, podemos avaliar com este objetivo as percepções dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) na atuação com AIS e indígenas. Os roteiros para os grupos focais com os profissionais de saúde não indígenas se encontram em anexo (Tentar fazer isto agora). Segundo Iervolino e Pelicioni (2001, p.2), o grupo focal tem sido utilizado internacionalmente para a estruturação de ações diagnósticas e levantamento de problemas; para o planejamento de atividades educativas, como objeto de promoção em saúde e meio ambiente; podendo ser utilizado também para a revisão do processo de ensino-aprendizagem. A pesquisa, através do grupo focal, tem sido utilizada na educação em saúde, avaliando o indivíduo e o grupo social permitindo verificar conteúdos e abordagens para a educação. Assim, este projeto objetiva com os grupos focais analisar aspectos referentes às percepções de enfermeiros e médicos no trabalho com indígenas a fim de verificar os limites e as possibilidades de uma educação intercultural para a atuação dos profissionais de saúde com Agentes de Saúde e indígenas.

#### Metodologia Proposta:

Os procedimentos e técnicas de pesquisas em saúde consideram a abordagem interdisciplinar numa tentativa de construção de um referencial que supere a relação objetividade e subjetividade como descreve Minayo (2006, p. 130) referindo-se aos avanços no setor saúde. Outro aspecto metodológico refere-se à pesquisa qualitativa com métodos etnográficos. Ela é baseada em aportes da Antropologia e História Social se propondo a trabalhar com percepções, questões culturais, interações e práticas. Será utilizada na análise de conteúdo a técnica de criação de categorias temáticas (BARDIN, 1970).

#### Critério de Inclusão:

Todos os profissionais que fazem a formação do Agente de Saúde Indígena serão convidados a participar do grupo focal. Em geral a escola conta com dez profissionais a cada semestre.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Hipótese:

Que percepções dos profissionais tem implicações na atuação e formação do agente de saúde

**Endereço:** Av. Brasil 4036, Sala 705 (Campus Expansão)  
**Bairro:** Manguinhos **CEP:** 21.040-360  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)3882-9011 **Fax:** (21)2561-4815 **E-mail:** cepfocruz@ioc.fiocruz.br

Continuação do Parecer: 922.637

indígenas? Se sim, quais são elas? E como elas (percepções) podem ser trabalhadas na promoção da educação intercultural?

**Objetivo Primário:**

Analisar as percepções de médicos e enfermeiros que são capacitados para formar e trabalhar com Agentes Indígenas de Saúde do Distrito Sanitário do Alto Rio Purus (DSEI /ARP).

**Objetivo Secundário:**

1. Escrever sobre a história das políticas de saúde as populações indígenas do distrito sanitário no Acre.
2. Analisar as políticas em educação em saúde com foco nos aspectos biomédicos e étnicos.
3. Caracterizar a história e o processo de formação dos AIS do Distrito Sanitário Especial Indígena.
4. Mapear as capacitações desenvolvidas pela Escola de Saúde Maria Moreira da Rocha e discutir até que ponto as formações são interculturais.
5. Analisar as percepções dos profissionais de saúde e propor estratégias para a educação intercultural.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Podem acontecer dificuldades imprevistas trabalhando com sujeitos. Precisaréi contar com a disponibilidade dos profissionais de saúde.

**Benefícios:**

Artigos científicos e projetos educacionais que atendam às necessidades dos indígenas.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está suficientemente claro em seus propósitos e devidamente fundamentado. É do Grupo III, e, portanto, não necessita de submissão à CONEP antes de ser iniciado.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados a folha de rosto, projeto de pesquisa, cronograma atualizado, orçamento da pesquisa, termo de consentimento livre e esclarecido, etc

**Endereço:** Av. Brasil 4036, Sala 705 (Campus Expansão)  
**Bairro:** Manguinhos **CEP:** 21.040-360  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)3882-9011 **Fax:** (21)2561-4815 **E-mail:** cepflocruz@ioc.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 922.637

**Recomendações:**

Apresentar relatórios parciais (anuais) e relatório final do projeto de pesquisa é responsabilidade indelegável do pesquisador principal.

Qualquer modificação ou emenda ao projeto de pesquisa em pauta deve ser submetida à apreciação do CEP Fiocruz/IOC.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Oswaldo Cruz (CEP FIOCRUZ/IOC), em sua 200ª Reunião Ordinária, realizada em 15.12.2014, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

O pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

**Endereço:** Av. Brasil 4036, Sala 705 (Campus Expansão)  
**Bairro:** Manguinhos **CEP:** 21.040-360  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)3882-9011 **Fax:** (21)2561-4815 **E-mail:** cepfiocruz@ioc.fiocruz.br



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ -  
FIOCRUZ/IOC



Continuação do Parecer: 922.637

RIO DE JANEIRO, 19 de Dezembro de 2014

---

**Assinado por:**  
**José Henrique da Silva Pilotto**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Brasil 4036, Sala 705 (Campus Expansão)  
**Bairro:** Manguinhos **CEP:** 21.040-360  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)3882-9011 **Fax:** (21)2561-4815 **E-mail:** cepfiocruz@ioc.fiocruz.br

Página 05 de 05