2 - Concepções político-pedagógicas, interculturalidade e organização curricular do Curso Técnico de Agentes Comunitários Indígenas de Saúde

Luiza Garnelo
Sully de Souza Sampaio
Ana Lúcia Pontes

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

GARNELO, L., SAMPAIO, S.S., and PONTES, A.L. Concepções político-pedagógicas, interculturalidade e organização curricular do Curso Técnico de Agentes Comunitários Indígenas de Saúde. In: *Atenção diferenciada: a formação técnica de agentes indígenas de saúde do Alto Rio Negro* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2019, pp. 25-55. Fazer saúde collection. ISBN: 978-65-5708-011-5.

<https://doi.org/10.7476/9786557080115.0003>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Concepções político-pedagógicas, interculturalidade e organização curricular do Curso Técnico de Agentes Comunitários Indígenas de Saúde

Contexto e histórico da experiência

A região do Alto Rio Negro se localiza no noroeste amazônico, na tríplice fronteira Brasil-Colômbia-Venezuela, onde vive uma população indígena estimada em 38.000 pessoas, de cerca de vinte etnias, distribuídas em mais de oitocentos assentamentos, dispersos em 12.000 hectares de terras indígenas demarcadas. Esses grupos étnicos enfrentam uma situação de alta vulnerabilidade social e sanitária, expressa pela dificuldade de acesso aos recursos alimentares, por altas taxas de natalidade e de mortalidade infantil e por um perfil epidemiológico com elevada frequência de doenças transmissíveis, que coexistem com uma precária interiorização das políticas públicas nas aldeias.

Essa região é uma bacia hidrográfica drenada pelo Alto e Médio rio Negro, e seus afluentes, como os rios Uaupés, Içana, Xié, entre outros inúmeros rios e igarapés. A maior parte desse território é da União, constituída por terras indígenas, reconhecidas entre 1995 e 1996, e duas Unidades de Conservação, uma federal (Parque Nacional Pico da Neblina) e outra estadual (Reserva Biológica Morro dos Seis Lagos). É uma região povoada há pelo menos três mil anos por vários povos indígenas, atualmente, ali vivem mais de vinte povos falantes de idiomas de três troncos linguísticos, arawak, tukano e maku, que historicamente estabelecem relações de intercâmbios e trocas, e processos de migrações.

Nessa região, no final da década de 1980, uma intensa mobilização dos diferentes povos indígenas pela demarcação das terras indígenas levou à criação de uma das primeiras organizações indígenas no Brasil: FOIRN. Essa entidade conta com cerca de quarenta associações de base filiadas, pertencentes aos diferentes grupos étnicos da região, e ao longo dos anos vem desenvolvendo diferentes projetos de desenvolvimento sustentável, educação, saúde, entre outros temas.

Em 2000, a partir da promulgação da lei n. 9.836, foi criado na região o Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro (DSEIRN), para atender as populações residentes nos territórios indígenas dos municípios de São Gabriel da Cachoeira, Santa Isabel do Rio Negro e Barcelos, no estado do Amazonas. Com o DSEIRN, os AIS que vinham atuando como voluntários na região desde a década de 1980 foram contratados para as equipes multidisciplinares de saúde indígena. Também se instituiu no DSEIRN o Conselho Distrital de Saúde Indígena do Alto Rio Negro (Condisi-RN), órgão paritário de controle social responsável pelo acompanhamento da implementação das ações na região.

O projeto-piloto de profissionalização em saúde, articulado com a elevação da escolaridade de 189 AIS que atuavam no DSEIRN, foi iniciado com base na demanda do movimento indígena da região do Alto Rio Negro e do controle social do DSEIRN. Em 2007, a FOIRN levou como pauta para o Condisi-RN a reflexão sobre a atuação e qualificação dos 196 AIS que atuavam na região, identificando diferentes vínculos, níveis de escolaridade, irregularidade e falta de qualificação profissional e baixa resolutividade de sua atuação nas comunidades. Diante desse quadro, o Condisi-RN definiu que no prazo de cinco anos os AIS da região deveriam ter a escolaridade elevada para nível médio e uma profissionalização técnica na área da saúde, com melhor definição de sua atuação.

Assim, quando as lideranças indígenas do Rio Negro solicitaram a parceria da Fiocruz para a formação profissional dos AIS do DSEIRN, foram enfáticos quanto a algumas exigências para o desenvolvimento do projeto. A demanda era que o processo fosse reconhecido e legitimado em todas as instâncias legais necessárias para que os AIS tivessem uma titulação reconhecida pelos sistemas educacionais brasileiros. Outra exigência era a de que se desenvolvesse a formação profissional de forma concomitante à elevação da escolaridade até o nível médio. Por fim, solicitava-se a construção de uma proposta curricular de profissionalização em saúde específica e diferenciada para o contexto indígena.

Para subsidiar a construção da proposta, em outubro de 2007 realizou-se na cidade de São Gabriel da Cachoeira, o I Seminário para Formação Profissional dos Agentes Indígenas de Saúde Alto Rio Negro. Nesse evento, reuniram-se representantes dos AIS, professores e diretores de escolas indígenas da região, e diversas lideranças indígenas da FOIRN, com profissionais da saúde e gestores do DSEIRN, representantes da Semec, da Semsu, Seduc/Deppe/Geei, e pesquisadores do ILMD/Fiocruz e EPSJV/Fiocruz.

As discussões do evento foram fundamentais, pois nele realizou-se um diagnóstico da situação formativa e da atuação dos AIS nas comunidades. Com relação ao primeiro ponto, identificou-se a descontinuidade no processo de qualificação dos AIS na região,

além de desigualdades no nível de escolarização e desmobilização política dos AIS. Esse panorama destoava dos avanços na formação dos professores indígenas na região que já estavam em nível de graduação e pós-graduação e tinham um protagonismo político quanto às pautas da educação.

Do ponto de vista da atuação dos AIS nas comunidades, verificou-se que o perfil de atividades desenvolvidas se restringia à execução dos chamados serviços gerais (limpeza da unidade, responder à radiofonia, carregar caixas com material de atendimento etc.), à atuação como tradutores improvisados quando pacientes indígenas não compreendiam o português e ao fornecimento de alguns medicamentos (principalmente antitérmicos e vermífugos), desenvolvendo poucas ações de promoção da saúde, de participação social e de preservação da cultura tradicional indígena. Essa situação foi considerada muito grave, pois diante da alta rotatividade e irregularidade da atuação dos demais profissionais da saúde do subsistema de saúde indígena, os AIS eram os únicos membros das equipes multidisciplinares de saúde indígena a atuarem de forma contínua nas comunidades.

Ademais, como membros das comunidades, os AIS eram quem melhor poderiam subsidiar as equipes com informações acerca das condições de vida e situação de saúde da população. Entretanto, a falta de escolaridade e de profissionalização era usada como justificativa pelos demais profissionais da saúde para desconsiderá-los como sujeitos relevantes para a organização e implementação das ações de saúde.

Nesse evento também foram criticadas iniciativas anteriores de formação dos AIS na região porque desconsideravam os conhecimentos, práticas e especialistas em saúde das comunidades indígenas. Na tradição dos povos indígenas existem conhecimentos sobre o processo saúde-doença, meios de prevenção e tratamento das doenças que deveriam ser reconhecidos e valorizados na formação dos AIS, mas em geral eram desconsiderados ou desvalorizados nesses processos formativos. Os participantes também apontaram a necessidade de valorização dos conhecedores de práticas tradicionais de saúde da região (pajé, benzedores, conhecedores de plantas etc).

Como recomendações gerais para o processo formativo levantadas nesse momento, destacamos: valorização e intensificação do uso da medicina tradicional; direcionamento para a prevenção de doenças e para a promoção da saúde e de ambientes saudáveis; potencialização da parceria entre escolas e sistema de saúde; estímulo às lutas políticas em parceria com associações indígenas e outros fóruns de lutas pelos direitos à diferença étnica; valorização da oralidade e da escrita das línguas indígenas nas aulas; viabilização da publicação de material educativo em línguas indígenas; facilitação da aquisição de conhecimentos gerais e específicos da área da saúde; e viabilização do acesso a conhecimentos técnicos na área da saúde.

Durante o I Seminário para Formação Profissional dos Agentes Indígenas de Saúde do Alto Rio Negro também foram discutidos aspectos metodológicos do processo formativo ressaltando-se o ensino por meio da pesquisa, preconizado na educação escolar indígena como estratégia educativa prioritária para a sistematização do conhecimento local; a produção de material didático específico; e o desenvolvimento de estratégias que auxiliassem as comunidades no enfrentamento de seus principais problemas de saúde. Tratou-se, em suma, de definir, a partir do ponto de vista e necessidades locais, o leque de atribuições profissionais dos AIS, mas sem descuidar dos princípios da APS e da educação escolar indígena, que recomenda a interculturalidade como princípio político-pedagógico orientador dos processos formadores.

A partir do I Seminário, um grupo formado por pesquisadores da área da saúde indígena, antropólogos, especialistas em educação indígena e educação profissional em saúde e lideranças indígenas elaborou o Plano de CTACIS. A proposta foi apresentada, discutida e aprovada na Assembleia da Associação dos AIS do Alto do Rio Negro (AAISARN), em março de 2008, na qual se reuniu quase a totalidade dos AIS que atuavam no DSEIRN.

É importante destacar que a reivindicação de elevação da escolaridade e profissionalização dos AIS tem sido recorrente desde a I Conferência Nacional de Proteção da Saúde dos Povos Indígenas, realizada em 1986, sendo ponto de pauta também nas subsequentes Conferências Nacionais de Saúde Indígena ocorridas em 1993, 2001, 2006 e 2013. Porém, os gestores federais da saúde indígena, inicialmente a Funasa e atualmente a Sesai, têm avançado pouco nesse debate e na implementação de propostas formativas. Ademais, até o momento, não existe um reconhecimento profissional da categoria de AIS e faltam regulamentações sobre suas atribuições e atuação nas equipes de saúde. Como repercussões desse cenário, tem-se, por exemplo, a percepção das lideranças comunitárias do Rio Negro de que a implementação do subsistema, a partir de 2000, ao invés de fortalecer a atuação dos AIS, tem enfraquecido seu protagonismo, retirando progressivamente sua autonomia no desenvolvimento de ações de saúde, justamente por não serem considerados profissionais da saúde.

Existe um avanço importante no debate nacional sobre educação no âmbito do movimento indígena. Os povos indígenas têm exigido o acesso aos diferentes níveis de escolaridade, vistos como estratégicos para fortalecimento do diálogo com a sociedade nacional, para maior protagonismo nas políticas indigenistas e para a autonomia dos seus territórios. Consideramos que os atores envolvidos com a saúde indígena têm pouca proximidade com as pautas e reflexões mais gerais do movimento indígena e das políticas indigenistas, de modo que existe um descompasso entre os campos da

educação e da saúde indígena. Na construção do projeto político-pedagógico da proposta formativa dos AIS, procuramos fazer essa aproximação e diálogo, e consideramos que essa é uma contribuição importante da experiência do CTACIS. Por isso, iniciamos esse capítulo com uma breve revisão da educação escolar indígena e sua importância para a construção de uma concepção crítica de interculturalidade, tomada como eixo do projeto político-pedagógico do CTACIS.

Educação escolar indígena e a perspectiva crítica de interculturalidade

O conceito de interculturalidade começa a ser construído na década de 1970, e está intimamente relacionado com o desenvolvimento da educação escolar indígena na América Latina. Candau (2013) destaca que as trajetórias de educação escolar indígena nos diferentes países passaram, de forma geral, por quatro etapas que são importantes para entendermos o desenvolvimento das discussões acerca da interculturalidade.

A primeira etapa ocorre do período colonial até as primeiras décadas do século XX, quando, ainda fundamentadas numa visão etnocêntrica e colonialista, as práticas educativas voltadas para os indígenas tinham como principal objetivo sua assimilação e homogeneização nas sociedades nacionais.

Na segunda etapa surgiram as primeiras escolas bilíngues, momento em que as línguas indígenas adentraram o espaço escolar; o bilinguismo era visto como estratégia para melhor alfabetizar e “civilizar” os indígenas (Candau, 2013). Nesse período, no Brasil, as escolas indígenas contavam com auxiliares indígenas que serviam para, por meio da tradução, facilitar o aprendizado do português e dos conhecimentos e valores da sociedade nacional. Esse foi o denominado bilinguismo de transição, com o intuito de que as crianças abandonassem suas línguas maternas para assim promover uma homogeneização cultural e assegurar os objetivos civilizatórios do Estado.

A partir da década de 1970, temos a terceira etapa, quando se identificam experiências alternativas protagonizadas por lideranças indígenas em parceria com universidades, igrejas e organizações não governamentais, nas quais se produziram materiais didáticos e programas educativos que buscavam fortalecer e valorizar as culturas e línguas indígenas. O bilinguismo deixa de ser visto como instrumento civilizatório e passa a ser um componente de valorização cultural dos povos indígenas.

Nesse período, passa-se a discutir que a perspectiva intercultural está relacionada com a crítica ao modelo escolar e com a percepção da “intrínseca relação entre proces-

sos educativos e os contextos socioculturais em que estes estão situados, colocando assim no centro das ações pedagógicas os universos culturais dos atores implicados” (Candau, 2013: 149). Com base nesses novos paradigmas, visava-se a uma nova relação com a sociedade nacional e órgãos indigenistas, com maior autonomia e igualdade. A educação indígena passou a ser uma das principais pautas do movimento indígena, que também reivindicava a organização e gestão dessas escolas pelas próprias comunidades indígenas. Assim, propostas curriculares diferenciadas e materiais didáticos específicos foram produzidos, e iniciaram-se encontros e reuniões entre pessoas envolvidas com experiências alternativas de educação indígena, no Brasil e em diversos países da América Latina.

A quarta etapa da educação intercultural se desenvolve a partir das décadas de 1980 e 1990, quando a luta dos povos indígenas logra, em diferentes países na América Latina, o reconhecimento constitucional do caráter multiétnico de suas sociedades e a consolidação de direitos sociais, culturais e territoriais indígenas. No Brasil, a Constituição Federal (CF) de 1988 reconheceu o direito dos povos indígenas às suas terras e aos seus modos de vida, com suas especificidades e diversidades culturais e linguísticas, garantindo-lhes o direito de preservar sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições (CF, artigo 231). No âmbito da educação, é assegurada às comunidades indígenas a utilização de suas línguas maternas e processos próprios de aprendizagem (CF, artigo 210).

Esse novo contexto permitiu a construção de políticas públicas que contemplassem as diferenças culturais e provocou mudanças na área de educação indígena, que passou a ser reivindicada pelas comunidades como forma de construção de novos projetos de futuro e novas formas de relação com o restante da sociedade brasileira.

Nas últimas décadas vivemos um período de intensa reflexão crítica acerca do conceito de interculturalidade, que passa a transcender o âmbito específico da educação escolar indígena, provocando reflexões acerca da possibilidade de transformação do conjunto dos sistemas educacionais e da sociedade no sentido da construção de relações mais democráticas entre os diferentes grupos étnicos e culturais na sociedade.

Pensar a interculturalidade de forma crítica pressupõe muito mais do que somente reconhecimento e valorização da diversidade étnico-cultural. Tais discussões envolvem o questionamento das desigualdades e assimetrias construídas historicamente entre os diferentes grupos sociais (étnicos, de gênero, raciais, de orientação sexual, entre outros), implicando “assumir as diferenças como constitutivas da democracia e a construção de relações novas, verdadeiramente igualitárias entre os diferentes grupos socioculturais” (Candau, 2013: 152).

Na atualidade temos a coexistência e tensão entre essas diferentes perspectivas de educação indígena e interculturalidade, mas é importante destacar que, historicamente, ainda trazemos uma forte herança das práticas e dos valores que foram construídos hegemonicamente ao longo da nossa história, que persistem em tentar assimilar os indígenas à cultura nacional.

Apesar dos processos assimilacionistas, os povos indígenas mantiveram suas identidades étnicas e desenvolveram estratégias de manutenção de suas diferenças. Ademais, o conhecimento tradicional tem sua especificidade de acordo com o grupo étnico, o que destaca o caráter local desse tipo de conhecimento. Entretanto, isso não exclui o intercâmbio de conhecimentos entre povos nem a dinamicidade desse conhecimento. O reconhecimento da mutabilidade histórica dos conhecimentos tradicionais é um aceno para a possibilidade de trocas entre culturas e reforça a capacidade desses povos de se adequarem às transformações e realidades do mundo atual.

Profissionalização, intermedicalidade e atenção diferenciada

Um dos desafios para a construção da proposta formativa do CTACIS foi articular as reflexões críticas do âmbito da educação escolar indígena com a profissionalização no campo da saúde.

O domínio de determinado conhecimento é um dos requisitos mais importantes para o reconhecimento da autoridade profissional, seja na perspectiva da sociologia das profissões, seja no senso comum. Agregamos a esse debate a perspectiva de que a educação profissional em saúde deve permitir ao trabalhador de nível médio a compreensão dos princípios científicos que estão na base do trabalho em saúde, não se limitando a uma capacitação para e no trabalho.

A denominada medicina científica é a base da formação profissional em saúde na sociedade ocidental e é a concepção hegemônica para a organização das práticas e dos serviços. Porém, nosso objetivo era construir uma proposta de profissionalização intercultural e, dessa forma, não deveria significar somente aquisição de conhecimento biomédico, inclusive porque o agente de saúde transita entre diversos campos profissionais. Adotar a biomedicina como conhecimento universal no campo da saúde significava reproduzir a perspectiva assimilacionista. Também entendemos o campo da saúde como um mercado simbólico, em que diferentes tradições e perspectivas sobre o processo saúde-doença-atenção estão em disputa, sendo a biomedicina uma delas.

Dado o fato de que os diferentes sistemas médicos estão em relações de desigualdades e assimetrias de poder e que, na atualidade, a biomedicina é hegemônica, há que se perguntar como equilibrar, no âmbito do contato interétnico, uma assimetria que perpassa a própria estrutura social. Nesse contexto, vale relembrar que historicamente as práticas indígenas de saúde foram consideradas ilegítimas e ativamente ignoradas e desvalorizadas dentro e fora dos seus territórios indígenas.

Na formação dos AIS, os críticos têm apontado a predominância de uma orientação para as práticas e conhecimentos biomédicos, ignorando, e às vezes desrespeitando, as concepções e práticas indígenas. Para evitar ou limitar tal risco nos aproximamos de uma perspectiva antropológica dos modelos de atenção à saúde, articulando-a ao debate sobre a atenção diferenciada no subsistema de saúde indígena com o intuito de subsidiar a construção da proposta do CTACIS.

Menéndez (2003) ressalta que a maioria da população utiliza simultaneamente diversos sistemas médicos, tanto para diferentes problemas, quanto para um mesmo problema de saúde, o que o autor denomina de pluralismo médico. Entretanto, alerta que a perspectiva dos sistemas nacionais de saúde e da biomedicina, nega, ignora ou marginaliza essa diversidade, conforme apontado nas experiências formativas de AIS.

A hegemonia do modelo biomédico, hiperdimensionando a dimensão biológica do processo saúde-doença, se expressa também no uso de tecnologias no diagnóstico e na medicalização de diversos problemas de saúde e da vida em geral (Menéndez, 2003). Em certas circunstâncias, a biomedicina legitima *cientificamente* outros sistemas de saúde e os incorpora ao seu repertório nos serviços de saúde, como ocorreu com a acupuntura. Mas, ressalta o autor, em que pese tal processo de *reconhecimento* de outros sistemas médicos, apenas são legitimadas as dimensões biológicas que envolvem os procedimentos de cura e cuidados.

Ademais, o campo cultural é identificado por Menéndez (2003) como um dos mais excluídos da biomedicina. Quando a biomedicina se refere à dimensão cultural, frequentemente o faz com uma conotação negativa, apontando fatores culturais que favoreceriam o adoecimento ou gerariam resistência às práticas biomédicas. As equipes de saúde consideram que seu papel é mudar ou abolir os saberes populares, ou criar mecanismos administrativos ou médicos que promovam tal modificação, como o incentivo econômico.

Nesse contexto, a formação e a atuação dos AIS têm favorecido a difusão de noções de higiene, cujo caráter etnocêntrico tende a reforçar juízos negativos sobre as culturas indígenas. Nossa proposta formativa buscava romper com essas limitações, por isso

adotamos a perspectiva crítica da interculturalidade em saúde, que denominaremos aqui de intermedicalidade.

O entendimento da intermedicalidade passa pelo reconhecimento de que o processo terapêutico é uma “sequência de decisões e negociações entre várias pessoas e grupos com interpretações divergentes a respeito da identificação da doença e da escolha da terapia adequada” (Langdon, 2005: 121). A intermedicalidade se refere, portanto, ao âmbito da negociação e dos usos feitos pelos sujeitos, em busca de cura, dos diferentes elementos e práticas da medicina tradicional, da biomedicina, autoatenção, entre outros. Do ponto de vista dos sujeitos, o campo da saúde é reconhecido como composto de diversas tradições que não se opõem, mas se reinterpretam, ressignificam e se apropriam mutuamente. Esse processo é influenciado pelos contextos locais e nacionais, tais como a história de contato, e pelas políticas públicas relacionadas com os povos indígenas.

Assim, relembra Langdon (2005), em contextos médicos plurais como são os territórios indígenas, torna-se fundamental reconhecer que há uma relação e negociação constante entre diferentes sistemas médicos e representações de saúde-doença, numa dinâmica que se expressa como intermedicalidade (Langdon, 2005). Na nossa abordagem procuramos enfatizar a proatividade indígena ao se relacionar com a sociedade nacional e com as distintas realidades sociomédicas, seguindo conclusões de Menéndez (2003), que demonstra uma ativa apropriação de estratégias e recursos terapêuticos da biomedicina por curadores tradicionais, parteiras e outros agentes populares de cura.

Na ausência de um conceito de atenção diferenciada nos documentos da política de saúde indígena capaz de orientar a atuação de profissionais no subsistema, recorreremos à literatura para melhor caracterizar esse eixo estruturante da atuação em saúde indígena. Para Langdon (2004: 42) “atenção diferenciada é mais bem-conceituada não como incorporação de práticas tradicionais aos serviços de saúde primária, e sim como articulação entre estes e as práticas de autoatenção existentes na comunidade particular”. Dessa forma, propomos articular o conceito de atenção diferenciada com o de autoatenção.

O conceito de autoatenção, desenvolvido por Menéndez (2003), envolve duas dimensões. A primeira se refere ao sentido amplo das práticas ligadas a “processos de reprodução biossocial” do grupo, envolvendo as relações com o território, a alimentação, as normas sociais, entre outros. Nesse sentido, percebemos importante conexão entre a ideia de atenção diferenciada e autoatenção, entendidas como integrantes da reprodução social, e as lutas do movimento indígena pela demarcação e defesa das terras indígenas, sintetizadas no lema “terra é saúde”. A outra dimensão do conceito de autoatenção se refere propriamente às representações de doença, às práticas de prevenção e aos

tratamentos utilizados pelos diferentes grupos sociais para enfrentamento dos problemas de saúde. No contexto indígena, essas representações e práticas se referem diretamente aos sistemas explicativos de doença e cura, fortemente impregnados pela cosmologia de cada grupo e pelos recursos terapêuticos disponíveis no acervo cultural de cada etnia.

Munidos de tal arsenal teórico fez-se possível converter essas amplas temáticas – via de regra designadas no campo da saúde coletiva como determinantes sociais e condições de vida – em tópicos da matriz curricular proposta para o curso, o que permitiu relativizar a biomedicina e, principalmente, ampliar a abordagem dos problemas de saúde para além da dimensão biológica; além de discutir e investigar as relações entre territórios/terras indígenas, socioambiente, cosmologia e outras dimensões culturais com interveniência na saúde em comunidades indígenas. Em suma, recorrer à teoria e aos métodos antropológicos permitiu desenvolver uma concepção ampliada e interdisciplinar do processo formador, favorecendo a inclusão de conhecimentos locais sobre saúde, doença e cura e suas interfaces com territórios e culturas indígenas, potencializando o protagonismo dos AIS na valorização dos conhecimentos dos modos indígenas de viver, bem como de suas práticas de cura e cuidados.

Diretrizes para a formação do AIS e a escolha do perfil profissional

Na construção do plano de curso havia necessidade de buscar apoio em documentos e referenciais curriculares já existentes no país, para garantir o reconhecimento oficial do processo formativo. Entretanto, não havia uma política nacional para a profissionalização em saúde dos AIS. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002: 15) indicava apenas uma estratégia orientadora da qualificação dos AIS na qual reconhecia que:

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

Com base nessa formulação geral da Phaspi, a Funasa, órgão federal responsável pela saúde indígena entre 1999 e 2010, formulou uma proposta de qualificação inicial denominada “Educação profissional básica para Agentes Indígenas de Saúde”, organizada em seis módulos temáticos e totalizando 1.080 horas. Porém, a proposta não preconizava nenhuma articulação com o processo de elevação de escolaridade, tampouco previa uma titulação, se caracterizando como uma formação inicial sem reconhecimento

profissional. Essa proposta foi iniciada em vários DSEI, e finalizada em poucos. Desde que a Sesai assumiu a gestão federal, a implementação dela foi descontinuada e somente em 2017 outra proposta foi divulgada. Assim, naquele momento, apesar da mudança em 2010 do gestor federal responsável pela saúde indígena para a Sesai, não havia novas diretrizes para o trabalho e a formação do AIS.

Além disso, as características das propostas de formação de AIS até então desenvolvidas eram discordantes das reivindicações do movimento indígena do Rio Negro, que demandava processos formativos que propiciassem a elevação da escolaridade, alcançando uma qualificação profissional em nível técnico. Na ausência de uma diretriz nacional específica para profissionalização em nível médio em saúde para os AIS, e tendo em foco que a proposta curricular a ser construída deveria basear-se em marcos legais e em referenciais curriculares já reconhecidos, a equipe se debruçou sobre alguns perfis profissionais técnicos da saúde existentes, com destaque para: técnico de enfermagem, técnico de vigilância em saúde e técnico em agente comunitário de saúde.

Nossa intenção era identificar o referencial nacional que melhor se aproximava dos debates do I Seminário para Formação Profissional dos Agentes Indígenas de Saúde do Alto Rio Negro, no qual se propôs que o perfil profissional dos AIS abrangesse quatro dimensões:

1) CONHECER O TERRITÓRIO

- Morar na comunidade e conhecer as condições de vida da população.
- Reconhecer as situações que protegem e ameaçam a vida das pessoas.
- Conhecer os recursos do território – plantas medicinais, pesca, caça, roça, entre outros.
- Coletar, sistematizar e analisar dados e informações do território.

2) ATUAR NO CUIDADO

- Compreender o processo saúde-doença e cuidado, com base em:
 - saberes tradicionais;
 - conhecimentos da medicina; e
 - necessidades de saúde dos indivíduos e das populações.
- Participar no processo de cuidado tradicional e da medicina oficial.
- Acompanhar as pessoas em suas diferentes fases da vida (criança, jovem, velho), identificando suas necessidades de saúde.

- Atuar em ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação.
- Articular as questões de saúde da comunidade com outros membros da equipe do DSEI.

3) DESENVOLVER AÇÃO POLÍTICA E COMUNITÁRIA

- Compreender a organização do SUS e do Subsistema de Saúde Indígena.
- Mobilizar a comunidade em prol de ações em saúde, exemplos: vacinação, destinação de lixo, cuidado com a água parada, entre outras.
- Planejar, executar e avaliar ações em saúde, com destaque para as práticas de educação em saúde.
- Articular-se com outros setores da sociedade para resolver os problemas de saúde da comunidade.
- Participar com a comunidade das atividades de controle social.
- Refletir sobre a construção histórica do trabalho do AIS e seu papel no Subsistema de Saúde indígena.

4) PRODUIR INFORMAÇÃO E REALIZAR ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

- Preencher formulários sobre as condições de vida e situação de saúde das pessoas.
- Informar à equipe sobre o acompanhamento das pessoas nos programas de puericultura, pré-natal, hipertensão e diabetes, entre outros.
- Realizar atividades educativas sobre os programas e ações de saúde desenvolvidos pela equipe multidisciplinar de saúde indígena.

O perfil de técnico em enfermagem era o mais conhecido pelos AIS, pois é um dos membros da equipe multidisciplinar em saúde indígena atuante nos DSEI, sendo inclusive um curso procurado por eles, individualmente, quando buscam profissionalização em saúde. Entretanto, historicamente, o perfil de técnico de enfermagem constituiu-se no âmbito da execução de procedimentos biomédicos de cuidado dos indivíduos, sob supervisão do profissional de enfermagem de nível superior, e dependente do uso de tecnologias. O Catálogo Nacional de Cursos Técnicos (Brasil, 2016) destaca como campo de atuação dos técnicos de enfermagem os diversos níveis dos serviços de saúde, e como perfil de conclusão desse curso:

Realiza curativos, administração de medicamentos e vacinas, nebulizações, banho de leito, mensuração antropométrica e verificação de sinais vitais. Auxilia a promoção, preven-

ção, recuperação e reabilitação no processo saúde-doença. Prepara o paciente para os procedimentos de saúde. Presta assistência de enfermagem a pacientes clínicos e cirúrgicos e gravemente enfermos. Aplica as normas de biossegurança. (Brasil, 2016: 20)

A análise desse perfil formador levou-nos a concluir não ser ele o mais adequado para o curso pretendido, já que o campo de atuação do AIS é a comunidade, onde desenvolvem atividades de forma praticamente autônoma, posto que a supervisão de enfermagem é inconstante. Ademais, em nossa concepção sobre o trabalho do AIS, esse profissional não deveria se restringir ao cuidado dos indivíduos, mas abarcar também a saúde dos coletivos, com ênfase nas atividades de promoção da saúde e prevenção das doenças. Nesse sentido, consideramos que a formação do técnico de enfermagem, apesar das mudanças nos últimos anos, ainda está fortemente alicerçada nos conhecimentos biomédicos e na atuação individual focada na doença.

Já o perfil profissional de técnico em vigilância em saúde tinha maior ênfase em dimensões coletivas, visto que previa:

desenvolver ações de inspeção e fiscalização sanitárias; aplicar normas relacionada a produtos, processos, ambientes, inclusive do trabalho, e serviços de interesse da saúde; investigar, monitorar e avaliar riscos e os determinantes dos agravos e danos à saúde e ao meio ambiente. (Brasil, 2016: 42)

Como limitação do perfil, reconhecemos que embora atuasse no âmbito dos determinantes da saúde, trata-se de uma formação focada nas grandes áreas da vigilância (vigilância sanitária, saúde do trabalhador, vigilância ambiental e vigilância epidemiológica), que não guardavam equivalência com a amplitude da atuação dos AIS. Além disso, não contemplavam a capacitação para atuar na prestação de cuidados em âmbito individual, uma faceta de atuação insistentemente demandada pelas comunidades de origem dos AIS.

Dessa forma, o grupo identificou o perfil do técnico em agente comunitário de Saúde (Brasil, 2016) como o mais afinado com a perspectiva do trabalho do AIS na equipe multiprofissional e nas comunidades, uma vez que é reconhecido como aquele que:

Orienta e acompanha famílias e grupos em seus domicílios. Identifica e intervém nos múltiplos determinantes e condicionantes do processo saúde e doença, para a promoção da saúde e redução de riscos à saúde da coletividade. Realiza mapeamento e cadastramento de dados sociais, demográficos e de saúde. Desenvolve suas atividades norteadas pelas diretrizes, princípios e estrutura organizacional do Sistema Único de Saúde. Promove comunicação entre equipe multidisciplinar, unidade de saúde, autoridades e comunidade. (Brasil, 2016: 15)

O Referencial Curricular para CTACIS foi aprovado em 2004, e prevê que a formação técnica de Agentes Comunitários de Saúde seja desenvolvida num itinerário formativo

articulado com a elevação da escolaridade (Brasil, 2004), característica que atendia a uma das mais enfáticas demandas das lideranças indígenas rionegrinas.

Segundo as recomendações desse Referencial Curricular, o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde é desenvolvido em três etapas formativas, com diferentes requisitos para ingresso. Na Etapa Formativa I não se exige nenhum comprovante de escolaridade. A Etapa Formativa II demanda a matrícula no ensino fundamental, ao passo que na Etapa Formativa III há a exigência de matrícula no ensino médio (Brasil, 2004). Essa característica de conformação de um itinerário formativo foi considerada estratégica para a situação de escolaridade dos AIS do Alto Rio Negro e pesou positivamente para a escolha desse referencial curricular para nossa proposta formativa.

Adotando esse referencial de curso técnico, foi possível articular a profissionalização dos AIS com a elevação de sua escolaridade, o que demandou o estabelecimento de parcerias com as secretarias estadual (Seduc/AM) e municipal (Semec/SGC) de educação. Ambas se organizaram e implementaram, articuladamente com o curso técnico, o nivelamento da escolarização, em nível de ensino fundamental e posteriormente de ensino médio, de todos os AIS matriculados no curso. Assim, em 2012, todos os AIS matriculados puderam concluir o ensino médio em tempo hábil para a conclusão do curso técnico, em 2015. A escolarização dos alunos matriculados no curso, em 2009, estava distribuída como no Quadro 1.

Quadro 1 – A escolaridade inicial dos alunos matriculados no CTACIS, 2009

Escolaridade inicial	Total no início	Porcentagens
Sem escolaridade formal (sabe ler e escrever)	26	13,7%
Até ensino fundamental completo	125	66,13%
Ensino médio completo	38	20,10%
Ensino técnico em saúde	0	0%
Total alunos matriculados	189	100%

Em abril de 2015, como resultados dos processos de elevação de escolaridade e profissionalização, obteve-se (ver Quadro 2):

Quadro 2 – Escolaridade de AIS matriculados no CTACIS, em abril de 2015

Escolaridade final	Total em 2015	Porcentagens
Sem escolaridade	0	0%
Ensino fundamental completo	148	78,3% dos matriculados
Ensino médio completo	155	100% da demanda*
Curso técnico completo	139	73,54% dos matriculados
Abandono do curso técnico	50	26,45% dos matriculados
Total alunos matriculados	189	100%

*O acesso ao ensino médio também proporcionado a AIS que não estavam matriculados no curso técnico.

Definida a base nacional de referencial curricular para orientar o curso, a equipe do projeto trabalhou na adequação do currículo às premissas e diretrizes da educação escolar indígena e às características e necessidades da realidade local. É importante destacar que tal elaboração contou com uma equipe multidisciplinar da qual participaram especialistas em educação indígena, antropólogos, especialistas em formação técnica de ACS que atuaram sob a supervisão e apoio de lideranças do movimento indígena rionegrino.

A formalização e legalização da proposta formativa foi feita por meio de discussões políticas com os gestores locais e nacionais da saúde indígena, da Funasa e posteriormente da Sesai. Nas instâncias da educação, o curso contou com a aprovação do Conselho Estadual de Educação do Amazonas, em 2009. Também se formalizou um Termo de Convênio n. 02/2010 de assistência técnica e pedagógica entre o estado do Amazonas, por meio da Secretaria de Estado de Educação e Qualidade do Ensino, e a Fiocruz para execução do CTACIS.

A execução do curso ficou a cargo de diversos parceiros, e o processo de elevação da escolaridade foi implementado pela Gerência de Educação Escolar Indígena da Secretaria de Estado de Educação e Qualidade do Ensino do Estado do Amazonas. As etapas do CTACIS foram implementadas pelo ILMD/Fiocruz e EPSJV/Fiocruz, com apoio do DSEIRN. O curso foi apoiado (política e financeiramente) pela Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão (Secadi) do Ministério da Educação e, após sua conclusão, o relatório de execução foi avaliado positivamente pela Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica (Setec/MEC).

A organização curricular do CTACIS

Antes de apresentarmos a estrutura curricular do CTACIS, consideramos importante discutir as concepções de currículo adotadas, visando explicitar nossas concepções de educação escolar indígena, interculturalidade e saúde. O entendimento do currículo como campo de conhecimento é tema central nas teorias curriculares. Nessa perspectiva a definição de objetivos e conteúdo de ensino ganha relevo no planejamento curricular. Na leitura marxista do currículo, a escola tem um papel importante na reprodução das desigualdades sociais e o currículo expressa as diferenças de poder em relação aos valores e conhecimentos que transmite. Ao mesmo tempo, essa perspectiva destaca a possibilidade de emancipação dos sujeitos ao ofertar um conjunto de conhecimentos que permite a ação social. Entretanto, mesmo as visões mais críticas do currículo tratam os sujeitos como homogêneos e iguais.

O currículo é também uma construção social, e como tal, expressa a produção de sentidos e relações de poder. Segundo Macedo (2006: 288), o currículo pode ser entendido como um “espaço-tempo de fronteira no qual interagem diferentes tradições culturais e em que se pode viver de múltiplas formas”. Na sua formulação e implementação cotidiana, as diferenças dos múltiplos pertencimentos culturais são negociadas: “Nele convivem as culturas locais dos variados pertencimentos de alunos e professores com as culturas globais, majoritárias tanto nos currículos escritos quanto, possivelmente, nos vividos nas salas de aula” (Macedo, 2006).

O currículo entendido como um híbrido cultural é pertinente para a análise da experiência curricular do CTACIS, pois lidamos com sujeitos e conteúdos com diferentes pertencimentos culturais e sociais, o indígena e o não indígena (Macedo, 2006). Conforme vimos anteriormente, o reconhecimento étnico dos povos indígenas no âmbito escolar tem sido uma disputa e tensão na história escolar dos povos indígenas.

Adotamos uma análise reflexiva entre o *currículo formal* e o *currículo em ação*, no sentido de ampliar a discussão curricular para além de sua proposição. Apesar de haver críticas a esse tipo de abordagem por reproduzir uma certa hierarquização, entendemos que ela contribui para a compreensão da multiplicidade do currículo, sua dinamicidade e relação com os contextos sociais, para envolver as experiências não previstas e as ausências de conteúdos e experiências.

Estrutura e conteúdos curriculares do CTACIS

Focaremos a discussão da organização curricular nos componentes relativos à profissionalização em saúde, mas é importante assinalar que os AIS do Alto Rio Negro cursaram 1.800 horas de ensino médio, entre 2010 e 2012, organizado e implementado pela Secretaria de Estado de Educação e Qualidade do Ensino através da Gerência de Educação Escolar Indígena (Seduc/Deppe/Geei).

O Referencial Curricular Nacional de Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (Brasil, 2004) propõe uma carga horária mínima de 1.200 horas, porém, seguindo recomendações do Conselho Estadual de Educação do Amazonas, adicionou-se mais 20% de carga horária para prática profissional, exigência para os cursos da saúde no estado. Assim, o curso técnico totalizou uma carga horária curricular de 1.440 horas, distribuídas em três Etapas Formativas: 480 horas na etapa I, 740 horas na etapa II e 240 horas na etapa III.

A expectativa inicial de matrícula de 250 AIS no curso foi redimensionada para incluir somente aqueles efetivamente contratados pelo DSEIRN e Secretaria Municipal de Saúde, conforme decisão negociada entre lideranças indígenas e gestores locais, já que uma contratação prevista para 61 novos agentes não se efetivou. Dessa forma, o número de matriculados no curso foi de 189 AIS, que foram distribuídos em cinco polos formativos conforme a Figura 1.

Figura 1 – Mapa da região do Alto Rio Negro, com distribuição dos polos formativos

Fonte: adaptado de Isa, 1998.

A distribuição em polos formativos buscava dar conta da especificidade da distribuição espacial das etnias que formam o mosaico cultural rionegrino e que orientam também a distribuição das unidades e equipes de saúde do DSEI Alto Rio Negro. Além disso, visava também facilitar o acesso e a adesão dos alunos ao curso, mediante a interiorização do processo formador e seus agentes, invertendo a lógica habitual de deslocar os estudantes para o espaço urbano, afastando-os das aldeias. No plano educativo, tal decisão compromete a experiência curricular com as especificidades do modo de vida do grupo étnico com o qual se relaciona no processo formador.

O polo formativo 1 Rio Xié, Baixo Rio Negro e Rio Negro englobou os AIS pertencentes a comunidades indígenas distribuídas na calha do Rio Negro, incluindo também aquelas mais próximas do centro urbano de São Gabriel da Cachoeira. Nesse polo predominaram os falantes de nheengatu ou língua geral, corrente entre as etnias baré e werekena, esses últimos residentes no rio Xié, afluente do Rio Negro. O polo formativo 2 Médio e Alto Rio Içana, Rio Aiari e Cuiary englobava principalmente as etnias baniwa e coripaco, falantes de línguas com a mesma designação vinculadas ao tronco linguístico aruaque. O polo formativo 3 Médio e Alto Waupés e Rio Papuri reuniu falantes da língua tukano, predominantemente das etnias tukano e tariano, mas também de outras etnias com quem esses mantêm relações de afinidade matrimonial. O polo formativo 4 Baixo Rio Waupés e Rio Tiquié congregou membros das mesmas etnias do polo 3, sendo formado por razões de proximidade geográfica, que configura essa como uma microrregião etnopolítica distinta dos altos trechos do rio Waupés e de seu afluente Papuri, embora vinculada ao mesmo tronco linguístico. O polo formativo 5 Baixo Rio Negro, Rio Cuicuriari, Santa Isabel e Barcelos congregou AIS provenientes de uma região formada pela fronteira entre o município de São Gabriel da Cachoeira com municípios vizinhos. Trata-se de um espaço multiétnico, gerado pela migração de membros de múltiplas etnias advindas dos altos rios, a maioria falantes de nheengatu e fluência em português, com acesso facilitado aos centros urbanos da região.

A organização dos polos formativos por proximidade étnica e geográfica mimetizava a rede prévia de relações que aldeias e etnias já mantinham entre si, permitindo que os estudantes se sentissem mais confortáveis, ao mesmo tempo que ressaltava as diferenças resultantes da composição étnica característica de cada polo. Além da organização das turmas por proximidade étnica, a atuação de antropólogos e outros pesquisadores com conhecimento prévio sobre as etnias que frequentavam o curso auxiliou o corpo docente a entender as especificidades de cada grupo no planejamento e realização das aulas.

Diante da amplitude do território e das características dos estudantes (adultos, chefes de família com responsabilidades comunais e vinculados ao mercado de trabalho),

optou-se pelo desenvolvimento do curso por meio de períodos de concentração, em que os alunos de cada polo formativo se reuniam numa localidade para estudar por um período determinado; e dispersão, quando os estudantes realizavam a prática profissional em suas comunidades. A proporção foi de cerca de 80% da carga horária de concentração e 20% na dispersão. A prática profissional também ocorria durante os períodos de concentração, com o objetivo de favorecer a supervisão. Para o período de dispersão, os estudantes recebiam por escrito orientações sobre as atividades que deveriam desenvolver e as formas de registro delas para posterior avaliação.

Infelizmente, a grande dificuldade logística e os elevados custos envolvidos inviabilizaram a realização de um acompanhamento contínuo das atividades de dispersão, que ocorreu somente durante a Etapa Formativa I, para quatro polos. Apenas no polo formativo 2, cujos supervisores dispunham de recursos adicionais para acompanhar os baniwa e coripaco, ocorreu supervisão também na Etapa Formativa II. Os propósitos de delegar a responsabilidade de supervisão aos enfermeiros das Emsis que atuavam no DSEI, muitos dos quais haviam atuado como docentes nos cursos, foram frustrados pela irregularidade de entrada deles nas terras indígenas.

Avaliamos que a limitada supervisão das atividades de dispersão representou um problema que precisa ser superado em outras experiências mediante incorporação do custo dessa atividade no orçamento do curso, embora ressalvando-se que na vasta extensão geográfica do Alto Rio Negro, tal incorporação tivesse duplicado (ou mesmo triplicado) o custo do processo formador, inviabilizando-o. Entretanto, em outras regiões do país com terras indígenas de menor extensão e de mais fácil acesso, o custo das ações de supervisão pode se mostrar mais razoável. Uma alternativa tentada no CTACIS, que nos parece adequada, foi a incorporação da supervisão dos AIS nas atividades rotineiras dos profissionais que atuam no DSEI. Essa estratégia tem a vantagem de vincular de modo mais estrito os profissionais das equipes ao processo formador dos AIS. Em regiões com maior regularidade de atuação dos profissionais da Emsi, essa alternativa de supervisão pode se mostrar mais adequada, desde que esses se envolvam nas atividades didáticas da fase de concentração. Entretanto, as visitas de supervisão feitas pela equipe de coordenação do curso foram fundamentais para redirecionar a implementação curricular, conforme se detalha mais adiante.

A estrutura curricular inicialmente elaborada organizou-se em cinco eixos, que agregavam os diferentes conteúdos, e eram denominados: Cultura, Território, Política, Cuidado e Informação, Comunicação e Planejamento em Saúde, distribuídos nas três etapas conforme a Figura 2.

Figura 2 – Organização curricular prevista no plano de curso CTACIS

I Etapa Formativa <i>Conhecer o território</i>		II Etapa Formativa <i>Analisar as condições de vida e situações de saúde</i>		III Etapa Formativa <i>Intervindo sobre os problemas e necessidades de saúde</i>	
Eixo Cultura	Prática Profissional	Eixo Cultura	Prática Profissional	Eixo Cultura	Prática Profissional
		Eixo Território		Eixo Território	
Eixo Território		Eixo Cuidado		Eixo Cuidado	
Eixo Cuidado		Eixo Política		Eixo Política	
Eixo Política		Eixo Informação, Comunicação e Planejamento em Saúde		Eixo Informação, Comunicação e Planejamento em Saúde	

A lógica das três etapas foi construída com base nos referenciais metodológicos da vigilância em saúde, o processo formativo se inicia a partir de um diagnóstico comunitário (Etapa Formativa I), seguido da análise dos problemas e situações de risco (Etapa Formativa II), para, por fim, realizar-se o planejamento estratégico para a atuação no território (Etapa Formativa III). Assim, as três etapas formativas foram denominadas:

- Etapa Formativa I (480 horas): Conhecer o território para intervir.
- Etapa Formativa II (720 horas): Analisar a situação de saúde e as condições de vida da população do território. Identificar situações de risco e vulnerabilidade.
- Etapa Formativa III (240 horas): Intervir nos problemas e necessidades de saúde.

Entretanto, essa estrutura sequencial de passos se mostrou inadequada na medida em que os agentes e lideranças questionaram a pertinência e a utilidade dos conhecimentos adquiridos se não fossem imediatamente aplicados ao enfrentamento dos problemas e à melhoria da saúde da população. Trata-se aqui de um conflito lógico entre os modos de operação do pensamento acadêmico que fraciona a realidade em aspectos e fases, e a epistemologia nativa que concebe o mundo em totalidade e recusa a distinção entre o saber e o fazer, uma vez que a práxis indígena reconhece indissociabilidade no saber-fazer.

Além disso, de forma coerente com esse modo de pensar, as supervisões realizadas ao longo da Etapa Formativa I haviam demonstrado relutância dos comunitários em participar das atividades de dispersão, voltadas essencialmente para o diagnóstico de situações, sem a concomitante discussão sobre como abordar os problemas identificados. Essa atividade tinha sido concebida para ser desenvolvida apenas na

Etapa Formativa III do curso, o que nos obrigou a rever a concepção pedagógica de apoio à implementação da matriz curricular.

A saída para esse impasse foi adotar as premissas da vigilância em saúde como estratégia metodológica orientadora para o desenvolvimento dos conteúdos, evitando a separação por etapas, e passando a explorar cada tema formativo de modo integrado, abrangendo diagnóstico, análise e planejamento e execução das ações a serem desenvolvidas em sala de aula e na comunidade, somente então passando a abordar o tema seguinte. Em consequência, tivemos uma alteração no processo de desenvolvimento do currículo. A Etapa Formativa I manteve a organização por eixos, conforme inicialmente planejado, mas as Etapas Formativas II e III foram reorganizadas como blocos temáticos, recompondo os conteúdos previstos nos eixos temáticos, conforme a Figura 3.

Figura 3 – Organização final da estrutura curricular do CTACIS

I Etapa Formativa CH 480h		II Etapa Formativa CH 720h			III Etapa Formativa CH 240h		
Eixo Cultura	Prática Profissional	Saúde da Criança	Perspectiva Cultural no Território	Prática Profissional	Suporte básico de vida, primeiros socorros e biossegurança	Perspectiva Cultural no Território	Prática Profissional
Eixo Território		Saúde da Mulher					
Eixo Cuidado		Saúde Bucal			Planejamento em saúde: perfil de atuação do ACIS		
Eixo Política		Condições crônicas					
		Vigilância dos agravos transmissíveis					
		Políticas de inclusão social					

Cabe lembrar que no desenvolvimento dos blocos temáticos das Etapas Formativas I, II e III foram mantidas discussões relativas a temas como cultura, território, política e cuidado que transversalizaram o processo formador. Ou seja, no desenvolvimento de temas como saúde da criança, da mulher e outros, foram discutidas, além das dimensões técnicas que envolvem o cuidado a esses grupos populacionais, concepções e práticas tradicionais relativas ao tema, expressões étnico-territoriais desses problemas de saúde, política de saúde materno-infantil ou da saúde bucal, e assim por diante. O modo como os temas fundamentados na Etapa Formativa I transversalizaram as etapas subsequentes é demonstrado com maior clareza nos capítulos subsequentes.

A seleção de temas relativos aos blocos temáticos se apoiou em discussões com as equipes multidisciplinares do DSEIRN – aí incluídos os agentes de saúde –, nas diretrizes da organização da Atenção Primária do Ministério da Saúde e em pesquisas sobre perfil epidemiológico na região, orientando a identificação de problemas prioritários para guiar a futura atuação dos AIS. A prática profissional se manteve presente nas concentrações e dispersões, proporcionando informações permanentes para comunidades, lideranças locais e para os profissionais do DSEI sobre os novos conteúdos aprendidos e novas atribuições dos AIS no trabalho com as comunidades.

Consideramos que a nova organização curricular foi mais favorável para articular as dimensões teórico-prática e conhecimentos indígenas e não indígenas. Cada temática abordada na Etapa Formativa II seguia uma sequência de passos, que adaptamos com base nas diretrizes do Planejamento Estratégico Situacional.

Passo 1 – Diagnóstico territorial da temática: qual a característica da população afetada? Qual território é afetado? Quais características socioculturais a questão apresenta? Quais conhecimentos indígenas existem sobre a temática? Que informações em saúde estão disponíveis?

Passo 2 – Priorização dos problemas: com base nas perspectivas dos AIS, comunidades, profissionais da saúde e da Política Nacional, quais questões são mais relevantes no território?

Passo 3 – Aprofundamento dos problemas: explorar, com base nas perspectivas indígena e não indígena, os diferentes aspectos dos problemas e potenciais alternativas de abordagem.

Passo 4 – Planejamento das ações dos AIS: priorizar e programar ações de saúde a serem desenvolvidas pelos AIS para abordar o problema reconhecido e priorizado no passo anterior. Organização e detalhamento das rotinas de trabalho dos AIS nas comunidades e junto a Emsi para abordar o problema em tela.

Passo 5 – Organização do sistema local de informação: como registrar e analisar as informações disponíveis e avaliar as ações e enfrentamento dos problemas no espaço da aldeia e no nível de competência do agente de saúde? Como sistematizar informações para repassá-las aos outros membros da Emsi?

Na Etapa Formativa III agregamos alguns conteúdos específicos considerados estratégicos: suporte básico de vida, primeiros socorros e biossegurança. Além disso foram elaboradas estratégias de educação em saúde com produção de materiais educativos e realizado planejamento global das novas atribuições do AIS para atuar como técnico de nível médio.

Resumidamente os conteúdos abordados nas etapas formativas foram:

ETAPA FORMATIVA I

Discussão do conceito de saúde articulado aos conceitos de território, meio ambiente, condições de vida e cultura e história.

Eixo Cultura:

- Processos produtivos (alimentação, moradia e transporte) e modos de vida nos territórios indígenas.
- História de contato e movimento indígena.
- Mitos, parentesco e doenças tradicionais.

Eixo Território:

- Noções de cartografia.
- Discussão do conceito de espaço geográfico e espaço relacional.
- Discussão do conceito de território.
- Demografia e população: construção da pirâmide populacional.
- Condições de vida e saúde no território, aplicação de questionário para todas as famílias.

Eixo Política:

- Conceito de política, política indígena e indigenista.
- Sustentabilidade, associativismo e saúde.
- História das políticas de saúde (nacional e indígena).
- SUS e seus princípios.
- Histórico e princípios da APS.
- Diretrizes e funcionamento da política de saúde indígena: DSEI.
- Histórico e regulamentação do trabalho do AIS e do ACS.

Eixo Cuidado:

- Conceito de saúde e de seus determinantes sociais.
- Práticas de saúde (promoção, prevenção e assistência).
- Modelos de atenção (biomédico e vigilância).
- Sistemas tradicionais de cura e cuidados.

- Fases da vida e seus cuidados no mundo indígena.
- Alimentação, vigilância alimentar e nutricional: classificação dos alimentos e pirâmide alimentar, transição alimentar e nutricional, segurança alimentar.
- Situação nutricional dos povos indígenas.
- Puericultura e Cartão da Criança.
- Avaliação nutricional e funcionamento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan): técnicas e formulários de sistema de informação.
- Problemas nutricionais: diarreia, desidratação, desnutrição e anemia.

Discussão sobre educação em saúde: preparação e apresentações sobre o tema para a comunidade.

ETAPA FORMATIVA II

Organização da APS:

- Revisão: determinantes sociais da saúde, ações de promoção, prevenção e assistência.
- Princípios da organização da APS e o trabalho do AIS.
- A visita domiciliar do AIS.
- Diagnóstico comunitário.

Saúde da criança:

- Caracterização e diagnóstico da infância no território indígena.
- Classificação nativa das fases da vida infantil.
- Cuidados tradicionais e práticas alimentares das crianças indígenas.
- Priorização dos problemas na saúde da criança: comunidade indígena, AIS e política nacional de saúde.
- Determinantes e condicionantes do crescimento e desenvolvimento saudável do ponto de vista nativo e das equipes de saúde.
- Revisão puericultura e Cartão da Criança.
- Revisão antropometria e Sisvan: técnicas e formulários.
- Vigilância alimentar e nutricional: rotina alimentar, alimentos disponíveis e construção de orientações.
- Aleitamento materno.
- Bolsa Família.

- Imunização e Programa Nacional de Imunização (PNI): histórico, conceitos, doenças imunopreveníveis, vacinas, calendário vacinal, trabalho da equipe e do AIS.
- Adoecimento infantil: situação no Alto Rio Negro, doenças prevalentes, condicionantes e determinantes do adoecimento, AIDPI (sinais de perigo, tosse, febre, diarreia e dor de ouvido).
- Organização das rotinas e das visitas domiciliares do AIS no âmbito da saúde da criança.

Saúde da Mulher:

- Caracterização e diagnóstico da vida e saúde da mulher no território indígena.
- Fases da vida da mulher indígena e cuidados tradicionais.
- Priorização dos problemas de saúde no território indígena, na cidade e em território nacional.
- Pré-natal: conceitos, técnicas e formulários.
- Vigilância nutricional da gestante, práticas alimentares e dietética tradicional.
- Sisvan.
- Aleitamento materno.
- Saúde bucal da gestante.
- Intercorrências clínicas na gravidez.
- Condições e realização do parto e acompanhamento do puerpério (no DSEI e no contexto indígena).
- Planejamento familiar.
- Controle e monitoramento dos principais agravos à saúde da mulher.
- Prevenção do câncer de colo de útero.
- Organização das rotinas e visita domiciliar do AIS na saúde da mulher.

Saúde Bucal:

- Hábitos e usos culturais da dentição.
- Etnografia dos hábitos alimentares e higiene bucal.
- Anatomia da boca, fisiologia da dentição e importância da dentição decídua e consequência da perda precoce, implicações da dentição no desenvolvimento da face, da fala e da mastigação, e complicação sistêmica dos problemas dentários.

- Alimentação e higienização oral (não associada à dentição) na criança e nas gestantes; técnica de escovação; trabalho de higienização com as crianças; práticas coletivas sobre escovação; e prevenção em saúde bucal (flúor, escovação e outros).
- Produção de material educativo sobre saúde bucal.
- Doenças prevalentes na infância e na gestante: cáries e perda precoce dos dentes.
- Sistema de informação em saúde bucal.

Condições crônicas:

- Conceito de condições crônicas, agudização de condições crônicas e condições agudas, segundo o modo de vida indígena.
- Perfil epidemiológico das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e no DSEIRN.
- Programa de prevenção e controle da hipertensão: características epidemiológicas e clínicas, estratégias de rastreamento e monitoramento, aferição de pressão arterial (PA), acompanhamento do portador de hipertensão arterial sistêmica e crise hipertensiva.
- Programa de Controle do Diabetes Mellitus tipo II: características clínicas e classificação do diabetes, fluxograma de acompanhamento, controle medicamentoso, complicações (agudas e crônicas), monitoramento de lesões dos pés e outros agravos decorrentes e teste rápido de glicemia.
- Transição alimentar.
- Avaliação nutricional do adulto e do idoso.
- Estratégias de educação em saúde.
- Saúde do trabalhador indígena.
- Organização do trabalho do AIS no controle das doenças crônicas não transmissíveis.

Vigilância das doenças transmissíveis:

- Condições de vida, ambiente e saúde.
- Vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis.
- Programa de prevenção e controle da tuberculose: perfil epidemiológico, rastreamento de suspeitos, fluxo de tratamento, acompanhamento do tratamento e vigilância e educação em saúde.
- Programa de prevenção e controle da hanseníase.

- Tracoma.
- Infecções sexualmente transmissíveis: abordagem sindrômica, métodos preventivos, educação em saúde e fluxo de acompanhamento.
- Doenças diarreicas agudas.
- Infecções respiratórias agudas.
- Controle e monitoramento da malária.
- Doenças preveníveis por imunizantes.
- Direitos sociais, inclusão social e intersetorialidade.
- Movimento indígena no rio Negro.
- Sustentabilidade no território indígena.
- Movimentos sociais em saúde.
- Profissionalização e regulamentação dos AIS.
- Previdência social e direitos trabalhistas.
- Políticas de inclusão social.
- Educação escolar indígena.

ETAPA FORMATIVA III

Suporte básico de vida, primeiros socorros e biossegurança:

- Conceito de biossegurança.
- Acidentes com animais peçonhentos.
- Noções básicas de primeiros socorros e suporte básico de vida.
- Queimaduras.
- Ferimentos e curativos.
- Afogamento e transporte de pacientes.

Educação em saúde – produção de material educativo:

- Controle de doenças transmissíveis: malária.
- Jogo da saúde (saúde da mulher – atenção ao pré-natal de baixo risco, saúde da criança de 0 aos 5 anos, vigilância alimentar –, quadro de refeições e saúde e ambiente).
- Educação para a saúde da criança.

- Educação em saúde sobre cuidados com a mulher grávida.
- Quadro de refeições do dia.
- Planejamento em saúde – perfil de atuação do AIS:
- Planejamento das ações do AIS no território.
- Atribuições do AIS.

A reestruturação das estratégias pedagógicas propiciou a superação dos aspectos estanques e disciplinares da concepção inicial de currículo, favorecendo abordagens interdisciplinares para a exploração das transversalidades subjacentes ao processo formador. Os conteúdos e atribuições desenvolvidos ao longo da implementação curricular permitiram identificar e construir novos modos de organização do trabalho do AIS na Emsi. As reflexões sobre esse novo perfil profissional técnico do AIS, que emergem do processo formador, estão apresentadas na Figura 4.

Figura 4 – Representação dinâmica do currículo do CTACIS

As formas arredondadas e as superposições presentes no diagrama são intencionais e visam chamar a atenção para as interfaces e confluências dos blocos temáticos apresentados na Figura 3, e que ao final do processo formador haviam se convertido em agregados temáticos mais amplos, como política indígena e indigenista, vigilância alimentar e nutricional e outros, que integram – e efetivam – o tema central orientador do processo formador e da atuação dos AIS, que é a vigilância em saúde no território indígena. O diagrama expressa a dialética do currículo como híbrido cultural experimentado como currículo formal na Figura 3 e como currículo em ação no diagrama da Figura 4.

A forma em nuvem da temática cultura e tradição evidencia sua interveniência como determinante sociocultural e como contexto orientador da atividade dos AIS, mediante o qual todas as atividades e técnicas aprendidas deverão se referir no dia a dia de seu labor. Também são apresentados na Figura 4 dois eixos permanentes e estruturantes de orientação do trabalho do AIS: a política indígena e indigenista com controle social e as ações intersetoriais. A centralidade do perfil de atuação de caráter mais técnico é representada pela vigilância em saúde no território indígena, da qual destacamos duas subdimensões da vigilância – a vigilância alimentar e nutricional e a vigilância e saúde ambiental –, lembrando, porém, que as atividades técnicas pertinentes ao trabalho do AIS são continuamente permeadas pelos saberes indígenas que permitem a extração, no território, de alternativas alimentares obtidas (ou produzidas) diretamente da natureza circundante, mediadas, portanto, pelo conhecimento tradicional indígena.

Com base no perfil epidemiológico produzido no processo formador foi possível destacar como áreas de atuação do AIS: a atenção materno-infantil e saúde bucal (voltada para esses grupos prioritários), a prevenção e monitoramento de agravos não transmissíveis e o monitoramento e cuidado a portadores de agravos transmissíveis. Dada a centralidade desses temas, o detalhamento do processo pedagógico relativo a eles será apresentado em outro momento.

Outras reflexões sobre o currículo em ação

Ainda em termos de currículo em ação é relevante informar que cada novo componente curricular era iniciado com o debate e a explicitação das concepções e conhecimentos locais sobre o tema, o que, via de regra, envolvia o estímulo à realização de pesquisas com conhecedores indígenas sobre tais dimensões da cultura, bem como a sistematização do material obtido pelos agentes de saúde, com apoio dos docentes do curso, expressando, em práxis, a premissa de ensino pela pesquisa preconizada pela educação escolar indígena. A participação generosa de lideranças do movimento indígena e de conhecedores tradicionais, xamãs e outros agentes de cura foi fundamental para

a realização dessa fase do processo, uma vez que não havia publicações prévias sobre a maioria dos conteúdos curriculares trabalhados no curso, nas dimensões relativas às culturas indígenas presentes.

A escolha de uso das línguas indígenas nos espaços educativos foi fundamental para a valorização sociocultural, ao mesmo tempo, o curso tinha obrigação de zelar pelo desenvolvimento da competência no uso da língua portuguesa, o que auxiliava os estudantes na convivência e atuação junto ao sistema de saúde, bem como na luta por direitos diante da sociedade nacional. No CTACIS, buscamos trabalhar o bilinguismo, primeiramente pela aproximação étnico-linguística com os polos formativos (Figura 1), e ao longo do curso pelo estímulo ao uso das línguas indígenas nas atividades pedagógicas orais e escritas.

Do lado docente as aulas foram, na maioria das vezes, conduzidas em português, pois os professores eram majoritariamente não falantes das línguas indígenas. Sem desconsiderar a limitação aí implicada, consideramos que essa dinâmica auxiliou os estudantes a ampliar seu domínio de língua portuguesa, que era a segunda língua para a maioria dos AIS; por isso, frequentemente, durante as aulas, eram necessárias pausas e traduções para as línguas indígenas. Esses momentos eram extremamente ricos porque estimulavam o debate entre os estudantes, o clareamento dos conceitos e a explicitação de dúvidas, que eram compartilhadas e esclarecidas entre os estudantes na sua própria língua. Nos exercícios em sala de aula também se estimulava a explicação, nas línguas indígenas, da solução dada por eles aos problemas trabalhados em sala. Os momentos de conversa em língua materna eram de tomada do ritmo e da condução da aula pelos AIS, nos quais os professores eram convidados a serem espectadores.

Em vários momentos do curso foram convidados conhecedores locais e lideranças indígenas que ministravam suas aulas em sua língua indígena de origem. Nessas ocasiões, se pedia para os estudantes produzirem relatos em suas línguas indígenas nativas, quando possível, e em português, estimulando o bilinguismo e exercitando a tradução de saberes. Durante as atividades em grupo, os debates entre pares sempre se realizavam em língua materna e as apresentações em plenária também podiam ser feitas em sua língua indígena, seguida de tradução para os professores. Estimulou-se a produção de cartazes, textos, peças e dramatizações em línguas indígenas, inclusive para os conteúdos mais técnicos do curso, com o objetivo de estimular o exercício do bilinguismo e construir de forma coletiva a tradução para as comunidades desses temas. Também se fomentava o debate sobre as dificuldades em construir material educativo nas línguas indígenas. Trata-se de um processo que envolve muito mais do que a tradução de uma língua para outra, como também a reconstrução de conceitos que existem num

universo vocabular, mas não no outro, e que precisam ser entendidos em profundidade para que possam ser explicados a terceiros.

Infelizmente, como corpo docente, não fomos capazes de produzir material didático bilíngue em razão da complexidade do trabalho e da diversidade linguística da região. Assim, os textos distribuídos em sala para leitura foram todos em português. Para auxiliar a leitura e interpretação de textos utilizaram-se recursos como a consulta recorrente ao dicionário da língua portuguesa e a leitura pausada de cada texto, com a identificação e esclarecimento das palavras desconhecidas. Esse processo propiciou uma ampliação gradativa da linguagem escrita, em português, pelos discentes. O material educativo bilíngue produzido no curso foi elaborado pelos estudantes, visando ao trabalho comunitário, e foi revisado por professores indígenas e outros falantes das línguas rio-negrinas, contratados pontualmente para revisão de gramática e ortografia do material.