

**Universidade de São Paulo  
Faculdade de Saúde Pública**

**Supervisão na formação profissional de  
agentes indígenas de saúde no  
Parque Indígena do Xingu**

**Patricia Rech**

**Dissertação apresentada ao Programa  
de Pós-Graduação em Saúde Pública  
para obtenção do título de Mestre em  
Saúde Pública.**

**Área de Concentração: Serviços de  
Saúde Pública**

**Orientadora: Profª Dra. Cleide  
Lavieri Martins**

**São Paulo  
2008**



**Supervisão na formação profissional de  
agentes indígenas de saúde no  
Parque Indígena do Xingu**

**Patricia Rech**

**Dissertação apresentada ao Programa  
de Pós-Graduação em Saúde Pública  
para obtenção do título de Mestre em  
Saúde Pública.**

**Área de Concentração: Serviços de  
Saúde Pública**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Cleide  
Lavieri Martins**

**São Paulo  
2008**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

**Dedico este estudo aos trabalhadores da saúde, indígenas e não indígenas... corajosos guerreiros anônimos vivendo e trabalhando em complexas e apaixonantes fronteiras culturais...**

*“eu trocaria essa palavra supervisão ... acho que teria que ter uma super audição ... a gente tem uma visão só até aonde a gente alcança, e a audição te faz compreender além do que está vendo ... você vê melhor pelo fato de ouvir ... “*

**Cláudio de Jesus Lopes - profissional do Projeto Xingu**



Fonte: Maiua Ikpeng, 2005





Agente indígena de saúde Tapi Kaiabi e enfermeira Raquel durante supervisão na aldeia, 2005. Fonte: acervo equipe UNIFESP, 2005

*“essa luta, estudar para agente indígena, professor, gestor, é pra gente tentar associar as coisas da gente e as coisas de vocês, porque cada dia mais ... as coisas de vocês tá mudando, o desmatamento tá apertando a gente... tudo isso é pra que a gente não passe dificuldade, pra nossos filhos terem vida boa, isso que eu penso...”*

**Araci Kaiabi - agente indígena de saúde do Projeto Xingu**





## **AGRADECIMENTOS**

À Faculdade de Saúde Pública da USP, na figura da professora Cleide.

Mais que orientadora, representou o acolhimento e serenidade que abrandou a brusca mudança de estilo de vida na volta para São Paulo. Agradeço a generosidade de uma educadora genuína, em receber e valorizar as idéias, em aguçar a curiosidade e a inquietação, além da paciência com minha falta de pragmatismo... Sua forma de conduzir o processo educativo foi fundamental para edificar minha formação nessa etapa.

À professora Lavínia, co-orientadora informal do mestrado e orientadora há 8 anos da minha trajetória na saúde indígena. Agradeço todo o aprendizado e reflexões ao longo do tempo, fundamentais para a construção desse estudo. Sou grata pelo direcionamento, essencial para não perder-se a objetividade, encorajamento e incentivo para expor meu pensamento. Seu olhar de saúde pública e a dedicação de anos sobre o tema da formação profissional de índios é fonte de inspiração.

À professora Carmen, nossa fada xinguana, por me proporcionar a honra de tê-la em minha banca, por toda a generosidade e ensinamentos. Pelas reflexões e provocações. Agradeço por ter me devolvido o prazer de ser aluna, de tentar, de arriscar e perder o medo...

À Prof<sup>a</sup> Eliete Maria Silva, da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, pela contribuição que sua produção teórica proporcionou no árduo exercício de aliar conhecimentos da saúde coletiva ao corpo de conhecimentos, tão importantes quanto, das sociedades indígenas do Xingu.

Ao Departamento de Medicina Preventiva da UNIFESP e ao querido professor Baruzzi, nosso mestre, pelo incentivo aos estudos e por compartilhar conosco sua experiência na saúde indígena sem precedentes.

Aos coordenadores do Projeto Xingu, Dr. Douglas Rodrigues e Dra. Sofia Mendonça. O profundo respeito pelos povos indígenas e a luta para que esse respeito se dissemine é admirável. Fazer parte de seu grupo de trabalho mudou o curso da minha vida. Agradeço o inestimável aprendizado, paciência e amparo em momentos difíceis.

Aos povos indígenas do Parque do Xingu como um todo e aos agentes indígenas de saúde pela convivência e aprendizado ao longo dos anos em que morei lá. Agradeço a receptividade em suas aldeias e por nos proporcionar a honra de dividir o cotidiano com suas famílias... pelas lições de vida e de trabalho que nunca esquecerei...

A todos os entrevistados, agentes indígenas de saúde, lideranças e profissionais, pelas colaborações que alimentaram de maneira fundamental as reflexões e a constituição desse trabalho. Agradeço a disposição em dividir comigo suas experiências e seus olhares, tão ricos e complementares.

Ao Dr. Marcos pela parceria ao longo de anos, pelo aprendizado profissional e pessoal que sua amizade e convívio me trouxe. Pelo exemplo de humanismo e seriedade que representa. Agradeço todo o apoio nessa fase.

Às queridas amigas do Ambulatório do Índio: Érica, Juliana, Vanessa, Neuza, Rozenilda, Raquel Ferreira, Leidiane pelo carinho, troca de idéias e apoio de todas as formas...

Ao numeroso grupo de amigos e companheiros de trabalho, entre eles: Aiguré, Ana Maria, Ayumã, Cláudio, Juliana Rosalen, Mariza, Paulo Ondeí, Pablo Lemos, Raquel Pacagnella, Rui, Taciana, Tafuraki, Tymain e tantos outros, pelos momentos compartilhados nessa estrada da vida, pelo aprendizado precioso... à enfermeira Mariana, pela troca de idéias e colaboração na coleta de dados.

Ao CNPQ, pela bolsa de estudos que viabilizou a efetivação deste trabalho.

Ao meu Pai, Máximo, e minha Mãe Carmen, pelo amor e dedicação, pela minha formação como pessoa. Agradeço o estímulo constante aos estudos, o apoio em minhas escolhas e os valores de vida que me tornaram o que sou.

Ao Léo, meu grande amor. Seu companheirismo e parceria me fortalecem. Obrigada pelo apoio incondicional e enorme paciência com minhas escolhas e inconstâncias; pela segurança que me transmitiu em todos os momentos, principalmente nos difíceis. Sou eternamente grata por aceitar, há 6 anos atrás, meu convite um tanto inusitado de “vir pro que der e vier comigo” no Parque do Xingu...

## RESUMO

Rech P. Supervisão na formação profissional de agentes indígenas de saúde no Parque Indígena do Xingu. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2008.

A supervisão de agentes indígenas de saúde possui desafios específicos, entre eles a busca do diálogo entre os saberes tradicionais dos povos indígenas e os saberes do modelo biomédico ocidental. A supervisão é considerada uma atividade do processo de trabalho em saúde, que demonstra a quais finalidades se presta em função da necessidade de seu contexto histórico-social mais amplo e da saúde pública. O objetivo do estudo foi analisar o processo de supervisão dos agentes indígenas de saúde, seus componentes e especificidades. Procedemos a um estudo de caso do serviço de atenção primária na região do Médio e Baixo Xingu, Mato Grosso. Utilizamos a análise de conteúdo para o tratamento de dados secundários e primários: documentos institucionais sobre a formação de recursos humanos e entrevistas com agentes indígenas de saúde, lideranças indígenas, representantes da medicina tradicional e profissionais de saúde de nível universitário. As análises fundamentam-se no referencial teórico do processo de trabalho em saúde, com destaque para a supervisão de trabalhadores da saúde, e na abordagem da antropologia médica e relações interculturais. Apresentamos três grandes núcleos temáticos: os agentes do processo de trabalho em saúde indígena; concepções e práticas da supervisão; finalidades da supervisão e da formação profissional de agentes indígenas de saúde. A interculturalidade manifestou-se como característica que permeia todos os núcleos temáticos.

Descritores: administração em saúde pública, recursos humanos em saúde, educação profissionalizante, índios sul-americanos, serviços de saúde do indígena, agentes comunitários de saúde.

## **ABSTRACT**

Rech P. Supervision on the professional training of Indigenous Agents of health at the Parque Indígena do Xingu. [Master degree essay]. São Paulo: Public Health College Faculdade de Saúde Pública da USP; 2008.

The supervision of indigenous agents of health contained specific challenges, among them, the search for the dialogue between the traditional knowledge of the indigenous nations and the knowledge of the west biomedical model. The supervision on health is considered an activity on the work process. It demonstrates which finalities they will work concerning the necessity of a more broaden social-historical context and for the public health. The purpose of this research was to analyze the process of supervising the indigenous agents of health, its components and specificities. We have performed a case study of a primary service attention in the region of Low and Middle Xingu, Mato Grosso. We have used the analysis of content for the treatment of primary and secondary data: institutional documents about the formation of human resources and interviews with indigenous agents of health, indigenous leaderships, representatives of traditional medicine and graduated professionals of health. The analyses are based on the theoretical process of working on health, particularly for the supervision of health workers, and the approach of the medical anthropology and intercultural relationships. Here we present three major thematic areas: the agents in the working process of health itself, the concepts and practices of supervision; and the finalities of the supervision and the professional improvement of indigenous health workers. The articulation of cultures has proved to be a characteristic which are part of all those thematic areas.

**Descriptors:** administration on public health, human resources, professional education and coaching, South-American Indigenous, health services of the Indigenous, community agents of health.

## APRESENTAÇÃO

A motivação para a escolha do tema deste estudo é decorrente da minha vivência no serviço de atenção primária à saúde no Parque do Xingu, durante a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Na graduação em enfermagem, fui me atraindo pelas discussões (raras!) de saúde pública e do potencial papel educativo dos profissionais de saúde. Ao mesmo tempo, a vontade de atuar com sociedades culturalmente distintas povoava meu pensamento...

Em 2000 participei do Ciclo de Palestras em Comemoração ao 35º Aniversário do Projeto Xingu, da UNIFESP, onde tive o primeiro contato com aspectos da saúde indígena nacional através da fala de antropólogos, médicos, lideranças indígenas e alguns índios que estavam terminando sua formação como auxiliares de enfermagem. Chamou-me a atenção a apresentação dessas duas últimas figuras: seus posicionamentos sobre saúde, direito, cidadania e sobre a relação com a sociedade brasileira, fizeram-me refletir a respeito da visão comum que se têm dos povos indígenas: parcial e influenciada pelo aparelho educador e meios de comunicação em massa.

Freqüentei durante seis meses o Grupo de Extensão do Projeto Xingu. A mim, parecia um oásis na “aridez” acadêmica: alunos de diversos cursos da área da saúde estudavam e discutiam sobre as peculiaridades culturais dos povos indígenas e repercussões na atuação da medicina ocidental. Assim fui aproximando-me desse universo, curiosa e encantada.

Logo que me formei, comecei a trabalhar no Parque do Xingu. Ao longo de cinco anos trabalhando na atenção primária, pude vivenciar o papel de supervisora de aproximadamente 85 agentes indígenas de saúde de 14 etnias diferentes. Aprendi a enxergar a supervisão como uma prática de formação permanente, inserida no processo de trabalho. A permanência média de 30 dias em área indígena, as viagens para as aldeias, o contato próximo com o cotidiano das comunidades indígenas, seus conhecimentos e

práticas, foram experiências preciosas que transformaram meu posicionamento como profissional da saúde.

A partir dessa vivência, pude refletir sobre a prática dos profissionais de saúde não-índios como formadores de agentes indígenas de saúde. Os primeiros, detentores de um conhecimento biomédico e impregnados de valores e atitudes que essa formação constrói, esforçam-se em lidar com as especificidades tão novas do contexto indígena. Aprendem a rever conhecimentos, práticas e valores da educação formal e profissionalizante, que receberam por aproximadamente 20 anos...

Os trabalhadores indígenas, mergulhados em sua cultura tão rica e peculiar, esforçam-se em incorporar conhecimentos e habilidades do modelo biomédico ocidental para a proteção de suas comunidades. Começam jovens a estudar conhecimentos provenientes de uma concepção de mundo muito diferente, em uma língua estrangeira, enfrentando diversos desafios e mudanças de uma maneira muito corajosa. Índios e não-índios, ao transitarem nesses dois “mundos” vivem conflitos de papéis sociais e profissionais, aprendendo a construir um modelo inovador de atenção à saúde.

Aprendemos a desenvolver conhecimentos e habilidades bastante amplos para a execução da atenção primária: o enfoque na vigilância da saúde, a integração ensino-trabalho com o desenvolvimento de recursos humanos indígenas e não indígenas em todos os momentos da produção de serviços de saúde, o desenvolvimento de competências políticas e antropológicas.

Foram diversos os desafios e inquietações, fruto da imaturidade profissional, das lacunas da graduação, das limitações operacionais de um modelo de trabalho em implantação. Situações dramáticas faziam refletir sobre as limitações das nossas intervenções, em que aprendemos a lidar com a morte de um paciente por uma doença do espírito. Constantes gafes nas relações interculturais... Todo profissional tem histórias hilárias para contar (se souber rir de si mesmo), e outras com repercussões mais sérias, fruto da nossa falta de traquejo nas comunidades... ainda bem que eles são

pacientes pra ensinar e relevar certas coisas, pois sabem que também estamos em processo constante de aprendizado ...

O que fica é a sensação de privilégio em ter vivido e trabalhado em um universo tão rico, onde a visão ampliada do processo saúde-doença e a participação social são pilares do trabalho. Fazer parte de uma equipe de índios e não-índios extremamente envolvida, é entusiasmante. Ser conduzida por profissionais de saúde que há muitos anos tomaram para si um compromisso militante com as necessidades de sociedades indígenas brasileiras, transformou meus valores pessoais e profissionais.

Com esta vivência, busquei com o mestrado aprofundar-me sobre o tema supervisão em saúde, sistematizar saberes e práticas construídas e refletir sobre as possibilidades e limites da supervisão de AIS no cotidiano.



Agente indígena de saúde Kaiussa Kisedje e enfermeira Patricia

Fonte: acervo da equipe UNIFESP, 2005



# ÍNDICE

<b>1. CONTEXTO</b> .....	23
1.1 ANTECEDENTES E PANORAMA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA .....	23
1.2 FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE .....	31
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	39
2.1 RELAÇÕES INTERCULTURAIS E O TRABALHO EM SAÚDE INDÍGENA .....	39
2.2 SUPERVISÃO NO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE ....	47
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	57
<b>4. PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	59
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	59
4.2 FONTE DE DADOS E INSTRUMENTOS DE COLETA .....	59
4.3 SOBRE O LOCAL E SUJEITOS .....	61
4.4 TRABALHO DE CAMPO .....	71
4.5 ANÁLISE DOS RESULTADOS .....	74
4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS .....	75
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	77
5.1 A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE NO MÉDIO E BAIXO XINGU .....	77
5.2 TRABALHADORES DA SAÚDE INDÍGENA .....	83
5.2.1 Perfil dos Agentes Indígenas de Saúde .....	86
5.2.2 Perfil dos Profissionais Não-Índios .....	92
5.2.3 Vivências Interculturais .....	97

5.2 SUPERVISÃO NO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE ...	109
5.2.1 Aspectos do Controle na Supervisão .....	109
5.2.2 Aspectos da Educação na Supervisão .....	130
5.2.3 Aspectos da Supervisão na Organização do Serviço de Atenção Primária em Território Indígena .....	151
5.3 FINALIDADES DA SUPERVISÃO DE AIS .....	165
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>171</b>
<b>7. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>183</b>
 <b>ANEXOS</b>	
ANEXO I - Lista de documentos utilizados como fonte de dados secundários .....	192
ANEXO II - Roteiros das entrevistas .....	193
ANEXO III - Termo de consentimento individual livre e Esclarecido .....	195
Anexo IV - Exemplo de uma ficha de avaliação de desempenho - saúde da criança .....	196
Anexo V - Avaliação de desempenho final do módulo de saúde da criança .....	197
Anexo VI - Ficha de avaliação do período de dispersão/supervisão ..	198
Anexo VII - Ficha de avaliação individual de desempenho .....	199
Anexo VIII - Ficha de registro de fatos .....	200

## **SIGLAS UTILIZADAS**

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIS – Agente Indígena de Saúde

CASAI - Casa de Saúde do Índio

CEFOR – Centro de Formação e Desenvolvimento dos Profissionais de Saúde

CISI - Comissão Intersetorial de Saúde Indígena

CNE/CEB – Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Básica

CNSI - Conferência Nacional de Saúde Indígena

DEGES - Departamento de Gestão da Educação na Saúde

DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena

DSEIX – Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu

EMSI – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena

ETSUS - Escolas Técnicas de Saúde do SUS

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

FUNAI – Fundação Nacional do Índio

ME – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PIASS - Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento

PROFAE - Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem

PSF - Programa de Saúde da Família

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

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

SPI - Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais

SUS – Sistema Único de Saúde

SUSA - Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Mapa da distribuição dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil .....	26
<b>Figura 2</b> - Mapa do Parque Indígena do Xingu, Mato Grosso .....	63

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Número de fichas de avaliação de desempenho pra a supervisão de AIS, Médio e Baixo Xingu, 2007 .....	82
<b>Quadro 2</b> – Número de trabalhadores que atuam no território indígena do Médio e Baixo Xingu e na sede administrativa do Projeto Xingu/UNIFESP, novembro 2007 .....	84
<b>Quadro 3</b> – Distribuição dos profissionais da EMSI por sexo, idade e experiência profissional anterior .....	93
<b>Quadro 4</b> – Problemas levantados e deliberações do Conselho Indígena de Saúde sobre a supervisão de AIS .....	119

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Número e distribuição da população por aldeias e etnias, Médio e Baixo Xingu, novembro 2007.....	65
<b>Tabela 2</b> - Número e distribuição da população por pólo-base, Médio e Baixo Xingu, novembro 2007 .....	66
<b>Tabela 3</b> - Distribuição dos trabalhadores do Médio e Baixo Xingu, novembro 2007, pela variável “indígena” e “não indígena”.....	84
<b>Tabela 4</b> - Número e proporção de AIS pela população geral por etnia, Médio e Baixo Xingu, novembro 2007.....	86
<b>Tabela 5</b> - Número e proporção de AIS por sexo, união estável e filhos, Médio e Baixo Xingu, novembro 2007. ....	87
<b>Tabela 6</b> - Proporção de AIS por idade atual e idade de início de trabalho, Médio e Baixo Xingu, novembro 2007.....	88
<b>Tabela 7</b> – Número e distribuição dos AIS por tempo de trabalho em anos, novembro 2007 .....	89
<b>Tabela 8</b> – Número e distribuição dos AIS por “categoria” de ações de saúde e vínculo de trabalho, novembro 2007 .....	89
<b>Tabela 9</b> - Distribuição dos AIS por nível de escolaridade, novembro 2007 .....	90
<b>Tabela 10</b> – Número e distribuição de AIS de acordo com outros papéis que desempenha, novembro 2007.....	90
<b>Tabela 11</b> – Número e distribuição dos profissionais da EMSI por categoria profissional, novembro 2007 .....	92
<b>Tabela 12</b> - Número de distribuição dos profissionais da EMSI por tempo de trabalho no DSEI Xingu, novembro 2007 .....	93

<b>Tabela 12</b> – Número médio de vezes que o aluno recebeu supervisão - período de agosto de 2005 a outubro de 2007. ....	122
<b>Tabela 13</b> – Número médio de carga horária por aluno - período de agosto de 2005 a outubro de 2007 .....	123
<b>Tabela 14</b> – Número médio de vezes que o aluno recebeu supervisão, por local onde mora o aluno - período de agosto de 2005 a outubro de 2007 .....	123
<b>Tabela 15</b> – Número médio de carga horária por local onde mora o aluno - período de agosto de 2005 a outubro de 2007 .....	124
<b>Tabela 16</b> – Número médio de vezes que o aluno recebeu supervisão por etnia, período de agosto de 2005 a outubro de 2007. ....	125
<b>Tabela 17</b> - Número médio de carga horária por etnia, período de agosto de 2005 a outubro de 2007 de vezes e carga horária de supervisão por “categoria” : AIS, AISB e AISAN .....	125
<b>Tabela 18</b> - Média de vezes e carga horária de supervisão por “categoria” : AIS, AISB e AISAN, agosto de 2005 a outubro de 2007 ..	126
<b>Tabela 19</b> – Número e porcentagem das fichas de desempenho preenchidas para a supervisão das “categorias” de AIS, AISB e AISAN, agosto de 2005 a outubro de 2007 .....	126
<b>Tabela 20</b> - Distribuição das fichas de supervisão por profissional responsável pelo preenchimento, agosto de 2005 a outubro de 2007	126
<b>Tabela 21</b> - Proporção de AIS por etnia e por aldeia, novembro 2007	151
<b>Tabela 22</b> - Proporção de AIS por pólo-base e aldeia, novembro 2007 .....	152
<b>Tabela 23</b> - Proporção no Médio e Baixo Xingu, Total DSEI, Brasil, Colômbia .....	152

## 1. CONTEXTO

### 1.1 ANTECEDENTES E PANORAMA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, vigente desde 1999, está inserida em um contexto de profundas e recentes mudanças na realidade brasileira, especialmente pelos direitos estabelecidos na Constituição de 1988 e pelas transformações ocorridas na saúde pública nos anos de 1980, a partir do Movimento pela Reforma Sanitária.

O encontro entre os europeus e as sociedades indígenas foi marcado pelo conflito e oposição, uma vez que os índios sempre foram considerados um obstáculo ao progresso nacional. A relação de poder que se estabeleceu, caracterizada pela profunda desigualdade de forças, determinam até hoje condições de subordinação e dependência, inclusive no acesso à assistência à saúde (MENDONÇA, 2000).

No início da colonização portuguesa, os povos indígenas foram assistidos pelos missionários, cujo objetivo era a “salvação das almas” de forma integrada às políticas governamentais de ocupação (COSTA, 1987).

As armas e doenças trazidas por europeus e africanos, como a varíola, sarampo, catapora, gripe, entre outras, aniquilaram ao longo dos séculos nações indígenas inteiras e deixaram outras tantas bastante fragilizadas (MENDONÇA, 1996). As epidemias se deram num quadro de conflitos de diversas ordens entre os povos indígenas e colonizadores, que intensificaram sobremaneira o poder destrutivo deste último (RIBEIRO, 1996). Eram comuns estratégias de exposição proposital de tribos às epidemias, configurando o que se conhece como “Guerra Bacteriológica” (RIBEIRO, 1996).

No início do século XX, a expansão das fronteiras econômicas para o Centro Oeste e a construção de linhas telegráficas e ferrovias provocaram numerosos massacres de índios e elevados índices de mortalidade por

doenças transmissíveis que levaram, em 1910, à criação do Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI). O órgão, vinculado ao Ministério da Agricultura, destinava-se à proteger os índios, procurando o seu enquadramento progressivo e de suas terras no sistema produtivo nacional (MS, 2002).

A atuação indigenista nessa fase não instituiu uma prestação de serviços sistemática, as ações de saúde eram emergenciais ou inseridas em processos de "pacificação" (MENDONÇA, 2000).

Em 1967, após a extinção do SPI, foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), vinculada ao Ministério da Justiça. Implantou-se um modelo assistencial baseado em Equipes Volantes de Saúde, que realizavam atendimentos esporádicos às comunidades e supervisionavam o trabalho do pessoal de saúde local, geralmente atendentes de enfermagem (MS, 2002).

Com o "milagre econômico" brasileiro, na década de 1970, o índio volta a ser um grande empecilho ao progresso nacional. A construção de estradas exterminaram inúmeros povos indígenas, e a assistência à saúde prestada pela FUNAI apresentava-se extremamente precária (MENDONÇA, 2000).

Como parte do Movimento pela Reforma Sanitária, constituiu-se nos anos 1980 o Movimento Sanitário Indigenista, composto por lideranças indígenas e profissionais de diferentes áreas, que militavam pelos direitos das populações indígenas, entre eles o direito à saúde (RODRIGUES, 2005; CHAVES, 2006).

Durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, realiza-se a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (I CNPSI), que estabeleceu as primeiras bases para a criação de um modelo de saúde específico aos povos indígenas, ligado à agência governamental gestora do SUS e com representação indígena nas instâncias deliberativas (RODRIGUES, 2005).

A Constituição de 1988 assegurou aos índios a capacidade civil plena, com o reconhecimento e respeito à pluralidade das sociedades indígenas, estabelecendo como competência privativa da União legislar e tratar das questões indígenas (BRASIL, 1988).



Em 1991 transferiu-se da FUNAI para o Ministério da Saúde (MS) a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde destinadas aos povos indígenas (MS, 2002). Em 1993, a 2ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (2ª CNSI) contou com a participação paritária de indígenas e não-indígenas e avançou na concepção do modelo de atenção à saúde na lógica distrital (MENDONÇA, 2000).

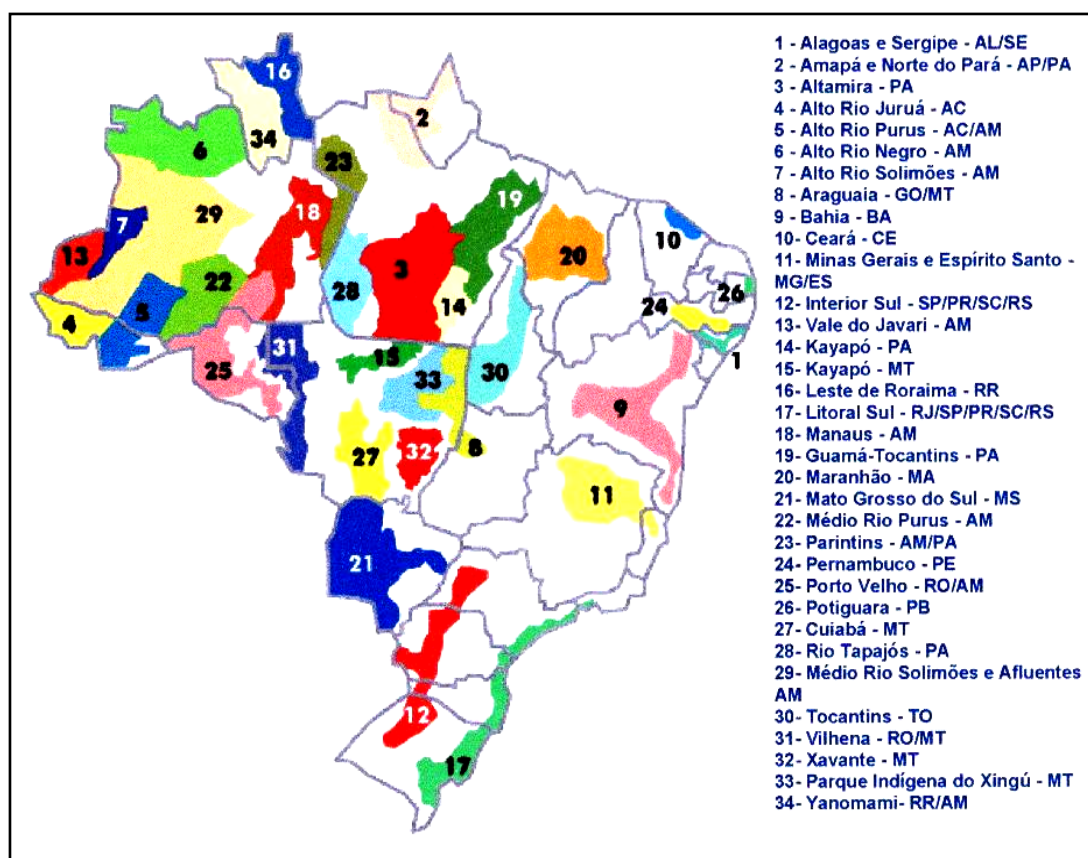
Segundo RODRIGUES (2005), após a I CNPSI, seguiu-se um longo período de indefinições institucionais, entremeados por decretos que ora delegavam à FUNAI, ora ao MS a responsabilidade pela saúde indígena.

Em 1997, a partir de uma demanda da Comissão Intersetorial de Saúde do Índio, órgão assessor do Conselho Nacional de Saúde, o Ministério Público convocou uma audiência pública para tratar da questão, cujo relatório final deixa clara a responsabilidade do MS sobre a atenção à saúde indígena (RODRIGUES, 2005).

A partir da aprovação da Lei nº 9.836 de 23/09/99 (BRASIL, 1999a) e do Decreto 3156 de 27/08/99 (BRASIL, 1999b), estabelece-se a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, cabendo ao Ministério da Saúde a responsabilidade pela gestão e direção desta política. A Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) é definida como o órgão responsável pela execução das ações, porém na maioria dos casos, esta execução vinha sendo realizada através de convênios com municípios, organizações indígenas e não-governamentais, universidades e instituições de pesquisa.

O modelo de atenção à saúde indígena está organizado na forma de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) em articulação com o Sistema Único de Saúde (SUS). O conceito de DSEI foi concebido como um espaço étnico-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que não guarda relação direta com os limites dos estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas (MS, 2002).

Figura 1 - Mapa da distribuição dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil



Fonte: FUNASA, 2002

Segundo o MS (2002), o modelo de distritalização visava promover a reordenação da rede de saúde, desenvolvendo a autonomia administrativa e financeira dos DSEI, alcançada com a sua transformação em unidades gestoras do SUS. O financiamento do modelo era composto em sua maioria por recursos orçamentários do MS/FUNASA e, complementarmente, pelos recursos dos estados e municípios que têm populações indígenas (MS, 2002).

Essa distribuição dos DSEI, aparentemente contraditória à municipalização e à organização operacional do SUS, reflete a tentativa do governo brasileiro em respeitar os territórios tradicionais dos povos indígenas. Considera o princípio da equidade, entendida como o tratamento diferente aos que são diferentes e garantia de acesso à atenção universal e integral à

saúde, de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável (MS, 2002; SSL, 2005).

Os DSEI prestam atenção básica à população indígena com a atuação de equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI), compostas geralmente por médicos, enfermeiros, odontólogos, antropólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde. O primeiro atendimento se dá nas aldeias, de forma contínua, com ações de assistência e promoção da saúde, realizadas pelos AIS e equipe multidisciplinar.

Quando necessário, os doentes são encaminhados para Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas nos Pólos-Base, com estrutura de maior poder resolutivo. A Casa de Saúde do Índio (CASAI) é a interface com o SUS regional e tem a função de alojar e acompanhar as pessoas durante períodos de tratamento em serviços de referência secundária e terciária (MS, 2002; RODRIGUES, 2005).

O controle social, no nível nacional, é viabilizado pela Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI) e no nível local pelos Conselhos Distritais e Locais de Saúde Indígena (MS, 2002).

A implantação dos DSEI representou uma vitória do movimento indigenista brasileiro, embora a forma de execução desta política guarde significativa distância em relação às suas propostas originais (ATHIAS e MACHADO, 2001; GARNELO e SAMPAIO, 2003; RODRIGUES, 2006).

A distorção de papéis entre o Estado, sociedade civil organizada e usuários, manifestou-se na descontinuidade das ações de saúde, nas discrepâncias orçamentárias entre os DSEI, na indefinição de papéis em instâncias da própria FUNASA e no enfraquecimento político das organizações indígenas que, conveniadas à FUNASA, passaram a executar as ações de saúde nas aldeias, em detrimento de seu papel de controle social (MACHADO, 2003).

Ao longo dos anos de implantação dos DSEI, foram constantes as denúncias e veiculação na mídia sobre casos de corrupção e atraso no repasse de recurso financeiro para as conveniadas, resultando em

desmantelamento de inúmeras organizações não-governamentais e associações indígenas e a descontinuidade das ações de saúde.

A 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (4ª CNSI), ocorrida em março de 2006 como parte integrante da 12ª Conferência Nacional de Saúde, já assinalava as contradições que caracterizam o panorama atual da saúde indígena. Diversas resoluções da 4ª CNSI apontavam a preocupação dos conselheiros indígenas de saúde quanto ao enfraquecimento do modelo de atenção à saúde indígena e à falta de democracia no exercício do controle social.

Em 2007, a FUNASA e a SAS (Secretaria de Atenção à Saúde do MS) em articulação com o CONASENS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) se dirigiram a CISI (Comissão Intersetorial de Saúde Indígena) para apresentar uma minuta de mudança da Portaria 1163/99 com a alegação de normatizar o controle no repasse e utilização dos recursos destinados para os municípios prestadores de serviços.

Na avaliação dos representantes da CISI, a proposta desconsiderava a lei que regulamenta a política de saúde indígena (Lei Arouca 9.836/99) e evidenciava a perspectiva da municipalização da atenção e dos serviços da saúde indígena (COIAB, 2007).

Em março de 2007, a Funasa submeteu a minuta de Portaria ao Ministério da Saúde, que no dia 17 de outubro de 2007, revogou a Portaria 1163/99 e editou, em seu lugar, a Portaria 2656, pretendendo estabelecer "as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas no Ministério da Saúde e a regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada dos Povos Indígenas" (MS, 2007).

Desde então, percebe-se inquietação da parte de lideranças, comunidades e organizações indígenas sobre as conseqüências desta nova medida nos serviços de assistência.

A portaria 2656/2007 é considerada um retrocesso pelas principais organizações indígenas, em função do pouco debate que houve em torno de seus objetivos e pela perspectiva de enfraquecimento do papel político dos DSEI, uma vez que os recursos repassados à SAS aumentaram

consideravelmente, sem os mecanismos adequados de acompanhamento pela FUNASA e pelo controle social (COIAB, 2007).

Em um documento da Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB, 2007), algumas preocupações com a municipalização da saúde indígena são detalhadas:

- risco de as ações de saúde ficarem à mercê das oscilações políticas locais;
- despreparo técnico dos municípios para as especificidades da saúde indígena
- descon sideração a um dos principais fundamentos do modelo de atenção à saúde indígena, de autonomia administrativa e financeira dos DSEI, alcançada com a sua transformação em unidades gestoras do SUS.

A FUNASA considera a citada portaria apenas uma “medida para garantir a otimização na aplicação dos recursos já repassados aos municípios”. Afirma que a aplicação dos recursos dos municípios estarão em conformidade com o Plano Distrital de Saúde Indígena e que o controle social poderá fazer o acompanhamento e monitoramento das ações (FUNASA, 2007), o que não vêm acontecendo na maioria dos municípios.

O debate sobre a questão da “municipalização” da saúde indígena está em efervescência. Apesar de ainda não ser possível encontrar na literatura análises mais profundas, certamente o impacto desse panorama político será sentido na formação em serviço dos AIS no contexto dos DSEI.

Atualmente, existem no território brasileiro cerca de 227 povos indígenas, falantes de mais de 180 línguas diferentes. A maior parte dessa população distribui-se por milhares de aldeias, situadas no interior de 621 Terras Indígenas, de norte a sul do território nacional (ISA, 2008).

Para o ISA (2008), atualmente a população indígena no Brasil está estimada em 600 mil indivíduos. Cerca de 480.000 mil indivíduos vivem em Terras Indígenas ou em áreas urbanas próximas a elas e aproximadamente 120.000 mil indivíduos residem em diversas capitais do país.

Os povos indígenas ocupam cerca de 13% do território nacional. Aproximadamente 60% dessa população vive no Centro-Oeste e Norte do país, onde estão concentradas 98,7% das terras indígenas. Os outros 40% da

população indígena estão confinados em apenas 1,3% da extensão das terras indígenas, localizadas nas regiões mais populosas do Nordeste, Leste e Sul do país (MS, 2002; ISA, 2008).

Ainda que numericamente constituam uma parcela de somente 0,2% da população brasileira, em algumas regiões a presença indígena é significativa (MS, 2002). Os povos indígenas que sobreviveram aos séculos de extermínio vêm se estabilizando e aumentando sua participação na condução de políticas referentes à sua educação, saúde território e na sociedade como um todo, constituindo-se um movimento de crescente visibilidade política (ISA, 2008).

Em termos gerais observa-se um crescimento demográfico entre os povos indígenas do país, associado à conservação do ambiente natural, estabilização das relações interétnicas, demarcação das terras indígenas, melhoria do acesso aos serviços de atenção primária à saúde e a mobilização de associações e organizações indígenas agindo em defesa de seus direitos (MS, 2002; PAGLIARO, 2005; ISA, 2008).

Em relação à morbidade, verifica-se em geral uma alta ocorrência de infecções respiratórias e gastrointestinais agudas, malária, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, desnutrição e doenças imunopreveníveis, além do aumento da ocorrência de doenças crônicas, violência, e alcoolismo. (MS, 2002; RODRIGUES, 2005).

O incremento de recursos humanos na saúde indígena, incluindo a formação de agentes indígenas de saúde (AIS), mostrou-se um dos fatores que contribuiu para a melhoria dos indicadores de morbi-mortalidade desses povos (OLIVEIRA, 2005a; LANGDON, 2006).

## 1.2 FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE

A inserção de pessoas da comunidade nas práticas dos serviços de saúde surge no Brasil a partir da década de 1970, quando um marcante contraste caracterizava a assistência médica brasileira:

de um lado, o predomínio de uma medicina altamente diferenciada, de elevado custo e intenso consumo por parte de determinado estrato da população; de outro, a presença de grandes contingentes populacionais desprovidos de assistência médica, e de necessidades básicas de saúde que não encontravam condições institucionais adequadas para o seu atendimento (DONNANGELO, 1979 p.17).

Na mesma década, desencadeou-se processos locais de capacitação de monitores indígenas de saúde. Essa mobilização para adquirir conhecimentos e controle sobre as doenças de maior impacto decorreu inicialmente da descontinuidade das ações de saúde e a carência de profissionais em áreas indígenas (MENDONÇA, 1996; MS, 2002).

A reordenação do modelo assistencial brasileiro baseou-se em programas de extensão de cobertura de serviços de saúde, estratégia considerada como uma forma de tornar aquele modelo assistencial menos excludente, porém de forma compatível com o modelo dominante (DONNANGELO, 1979; MERHY, 1985).

A busca de extensão da assistência médica deu-se através do desenvolvimento de atividades de saúde designadas como de primeira linha, por meio de uma nova estruturação dos elementos que compõem a assistência à saúde, em particular no uso do trabalho não médico, atuando de forma tal que, por um processo de distribuição de tarefas, a assistência se efetua através de um conjunto de práticas complementares (DONNANGELO, 1979).

Essa reorganização aconteceu em consonância com movimentos internacionais, especialmente através da influência exercida pela Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma-Ata em

1978 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e outros movimentos conduzidos pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Diversos modelos de atenção à saúde no Brasil incorporaram atores da comunidade em suas práticas: o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) na década de 1960; o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) na década de 1970; o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

As denominações e funções desses atores variaram de acordo com as necessidades e características do contexto histórico-político. No modelo do SESP, era denominado visitador sanitário e no PIASS era o auxiliar de saúde. Ambos possuíam atribuições voltadas para a assistência e saneamento à populações de regiões do país de interesse econômico. (SILVA, 2001)

Por sua vez, o PACS acontece em um contexto de redemocratização do País. Pautou-se nos princípios do SUS de regionalização, universalização e municipalização. Sua implantação inicial privilegiou a periferia das grandes capitais e áreas com altas taxas de morbi-mortalidade (MS, 1994).

Nesse cenário, o agente comunitário de saúde (ACS) é considerado um mediador social: “um elo entre os objetivos das políticas do Estado e os objetivos da comunidade; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de auto-ajuda da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado” (NOGUEIRA, 2000, p.36).

Com o Programa de Saúde da Família (PSF), oficializado em 1994, são institucionalizados mecanismos e patamares de financiamento do PACS. Muitos municípios passam a se interessar pelo Programa, inserindo o ACS na equipe multidisciplinar de saúde. (MS, 1997; SILVA, 2001).

A vinculação institucional do ACS foi um dos pontos de maior debate e preocupação. Segundo NOGUEIRA (2000), o ACS deve ser visto como um trabalhador *sui generis*, sem similaridade entre as tradicionais ocupações e profissões de saúde: possui identidade com a comunidade, atua não apenas no campo da saúde, com capacidade de liderança e ajuda comunitária.

A indefinição sobre sua identidade profissional e vinculação institucional foi interrompida formalmente com o parecer do Conselho



Nacional de Educação/Câmara de Educação Básica (CNE/CEB) nº 19/2004, homologado em novembro de 2004, que aprovou a proposta do MS de habilitação técnica para a profissão de agente comunitário de saúde (ME, 2004).

A Lei 11.350 de outubro de 2006 regulamentou as atribuições do ACS no âmbito exclusivo do SUS, os requisitos para seu exercício profissional e o tipo de vinculação trabalhista estabelecida pela Consolidação das Leis do Trabalho e processo de seleção pública (BRASIL, 2006).

A formação profissional do ACS estabelece uma carga horária mínima de 1.200 horas, incluindo a prática profissional através de estágios supervisionados. Os cursos são executados por meio das Escolas Técnicas de Saúde do SUS (ETSUS) ou de instituição conveniada (MS, 2004)

A proposta de habilitação técnica para a profissão de Agente Comunitário de Saúde prevê a oferta de etapas formativas seqüenciais de ensino profissional e escolarização. O ingresso no processo de formação independe da escolaridade do trabalhador, e a obtenção do diploma da habilitação profissional técnica fica condicionada à conclusão de todas as etapas formativas do curso, além da conclusão dos estudos no nível do ensino médio (ME, 2004).

Apesar de polêmica, a atuação do ACS está bem documentada e sua inserção implantada na maior parte do país através do Programa Saúde da Família (PSF). Por sua vez, a atuação do AIS é pouco documentada, entre outros fatores, por estar inserido em um modelo de atenção recente e com diversas especificidades operacionais (OLIVEIRA, 2001, 2005b).

Segundo LANGDON (2007), desde a implantação dos DSEI, são escassas as reflexões publicadas sobre a atenção diferenciada e o papel dos AIS, podendo ser citados os trabalhos de BITTENCOURT e cols. (2005), ERTHAL (2003), GARNELO E SAMPAIO (2003), LANGDON (2006 E 2007), MENDONÇA (1996 e 2005), OLIVEIRA (2002, 2005a, 2005b) E SSL (2005).

A formação destes trabalhadores é bastante heterogênea. Em geral, os DSEI vêm proporcionando a formação e a institucionalização dos AIS de modo assistemático e descontinuado, inserindo-os como trabalhadores

operacionais de baixa qualificação, sem desenvolver uma política satisfatória de formação e inserção no processo de trabalho (SSL, 2005).

Atualmente encontra-se em discussão o processo de habilitação técnica para a profissão de Agentes Indígenas de Saúde. A SSL (2005), recomenda que a formação profissional do AIS esteja contemplada no processo desencadeado pelo DEGES/MS de habilitação técnica e escolarização do ACS, em articulação estreita com a FUNASA/MS no nível central.

Em alguns locais a formação de AIS e AISAN vêm sendo pactuada com as Secretarias Estaduais de Educação visando a escolarização no nível do ensino fundamental, assim como o aproveitamento de estudos de toda a parte profissionalizante realizada até agora por meio dos módulos curriculares, também a ser negociada com as ETSUS, para fins de certificação dessa formação inicial (MS, 2004).

Na última Conferência Nacional de Saúde Indígena (4ª CNSI, 2006), as delegações de conselheiros indígenas de saúde formalizaram uma moção de apoio à profissionalização dos AIS e AISAN, assim redigida:

“apoiamos a luta dos agentes de saúde indígena e dos agentes de saneamento indígena, quanto ao reconhecimento de suas atividades como categoria profissional, de acordo com os termos da Lei Federal que determina a criação da categoria profissional de agente comunitário de Saúde, ao tempo em que encaminha ao Congresso Nacional o referido pleito para que sejam feitas as devidas modificações na legislação de modo a permitir o seu enquadramento e a regulamentação do exercício do seu trabalho”  
(MS, 2006).

Mesmo sem um programa de formação, mais de 1.400 AIS vinham atuando no Brasil, até 1999, a maioria deles trabalhando voluntariamente, sem acompanhamento ou suprimento de insumos para suas atividades. Em algumas regiões de difícil acesso geográfico, os AIS são o único recurso das comunidades diante de determinadas doenças (MS, 2002).

Um censo realizado pelo Departamento de Saúde Indígena da FUNASA em junho de 2006 estimava que cerca de 6 mil agentes de saúde estavam atuando nos DSEI, nas subáreas de atendimento básico e saneamento.

A maioria dos AIS são jovens do sexo masculino, exercem influência em sua comunidade pelo grau de parentesco que possuem com as lideranças, são falantes da língua portuguesa e conhecem o sistema tradicional de cura praticado pelos pajés, raizeiros, rezadores e parteiras (MS, 2002).

O AISAN participa das ações de saneamento básico em sua comunidade, desenvolvendo, prioritariamente ações de abastecimento e controle da qualidade da água, ações no âmbito do esgotamento sanitário e resíduos sólidos (MS, 2004).

O AIS participa da assistência à saúde aos membros da sua comunidade e localidades de sua área de abrangência, desenvolvendo, prioritariamente, ações de vigilância em saúde, prevenção, monitoramento e controle de doenças, sob a supervisão e acompanhamento de profissionais de saúde, lotados nas equipes dos DSEI (MS, 2004).

De acordo com o Programa de Formação dos Agentes Indígenas de Saúde da FUNASA, a formação deve ser desenvolvida em serviço e de forma continuada, sob a responsabilidade da EMSI, com a colaboração de professores indígenas, lideranças e organizações indígenas. Recomenda a construção de uma metodologia participativa, propícia à comunicação intercultural, de modo a favorecer o processo recíproco de aquisição de conhecimentos (MS, 2005).

A proposta do curso prevê uma carga horária total 1080 horas, em uma dinâmica articulada entre teoria e prática, através de momentos de concentração e dispersão. Os períodos de concentração, no total de 700 horas são organizados através seis de módulos, com média de 100 horas, caracterizados pela reflexão e teorização da prática profissional, através da vivência de trabalho dos AIS (MS, 2005).

Após cada módulo de concentração recomenda-se a dispersão, também chamada de supervisão, com uma carga horária total de 380 horas e média de 60 horas para cada módulo. A dispersão caracteriza-se pelo desenvolvimento de saberes e habilidades práticas, com o registro sistemático do desenvolvimento dos alunos, realizado durante o trabalho de

atenção primária à saúde no local de atuação dos AIS: as aldeias e postos de saúde locais (MS, 2005).

O registro da supervisão dos AIS é realizado a partir de instrumentos de avaliação de desempenho individuais preconizados pela FUNASA, que encontram-se nas publicações da “Educação Profissional Básica para Agentes Indígenas de Saúde” (MS, 2005)

A dispersão é considerada uma atividade que não serve apenas ao registro protocolar do currículo. É vista como parte fundamental da organização dos serviços:

“não é somente o aluno que deve ser avaliado por meio das fichas de desempenho; o serviço também deve ser avaliado na sua finalidade para o usuário. Essa é a essência de um processo educativo que tem como eixo metodológico a integração ensino-serviço. O instrutor assume seu papel de supervisor do aluno e do serviço. Mecanismos e instrumentos devem ser criados visando o impacto do processo de formação na qualidade dos serviços prestados. O registro de desempenho nas fichas, substituirão o tradicional histórico escolar, assegura ao aluno a certificação no campo profissional. A dispersão assim realizada equivale ao estágio supervisionado” (MS, 2004).

Apesar das recomendações apontadas na Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena e em outros documentos institucionais, no sentido de formação e supervisão do AIS, sua atuação tem sido vista de modo geral como uma solução para as populações com dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Recomenda que a estratégia de incorporação do trabalho do AIS constitua-se de modo qualificado, para que não se torne mais uma forma de assistência desigual, refletindo restrições de recursos e profissionais de saúde qualificados (ERTHAL, 2003).

Alguns dos problemas apontados no processo de formação de AIS em âmbito nacional são: insuficiência de acompanhamento prático após os módulos teóricos, barreiras culturais, dificuldades operacionais e perfil inadequado de instrutores (OLIVEIRA, 2002).

Com a implantação dos DSEI, houve um aumento significativo do número de profissionais de saúde trabalhando na atenção primária das populações indígenas. Dados da FUNASA (2006) demonstram que em todo o Brasil, 2260 profissionais de saúde com formação universitária compõem o

quadro das equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI), sendo: 600 médicos, 968 enfermeiros, 542 odontólogos e 8 nutricionistas.

Segundo OLIVEIRA (2005b), o cenário predominante dos recursos humanos em saúde indígena no nível nacional é de despreparo para atuação em situações de diversidade cultural, condições de trabalho adversas, alta rotatividade de equipes, ausência de tecnologias adequadas para o cotidiano e vinculação trabalhista precária.

Uma das características que demanda reflexões sobre o processo de trabalho em saúde indígena, é a inserção de não índios de uma maneira intensa em contextos culturais específicos. As equipes permanecem em média 30 dias em área indígena, onde desenvolvem ações de assistência, vigilância, promoção à saúde e formação em serviço de trabalhadores indígenas. Convivem de maneira muito próxima com as comunidades, seus contextos sociais e suas práticas de saúde.

Buscamos a partir do referencial teórico a seguir, elucidar algumas características do encontro desses conhecimentos tão diversos.



## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 RELAÇÕES INTERCULTURAIS E O TRABALHO EM SAÚDE INDÍGENA

Em geral, a estruturação dos serviços de atenção primária e inserção de profissionais de saúde de nível universitário e de AIS, trouxeram benefícios indiscutíveis para a melhoria nos indicadores de morbi-mortalidade das comunidades indígenas (OLIVEIRA, 2002; LANGDON, 2005, 2006). Trouxe também inúmeros desafios para a construção de um modelo diferenciado de atenção à saúde, entre eles, questões relacionadas à formação em serviço dos trabalhadores indígenas.

As especificidades da formação e supervisão de AIS trazem em seu bojo questões que envolvem a construção de um conhecimento antropológico em saúde e a reflexão sobre aspectos interculturais que determinam a relação entre os saberes ocidentais e os saberes dos povos indígenas.

Em estudos antropológicos sobre a relação entre a biomedicina e a medicina tradicional indígena, diversos autores apontam para a concepção por parte dos índios de que a medicina ocidental é complementar e útil para as doenças provenientes do contato com o homem branco, não havendo necessariamente uma alteração da percepção do processo saúde-doença daqueles povos (BUCHILLET, 1991; LANGDON, 2005).

Em geral para os povos indígenas, a doença não é um evento primariamente biológico, mas é concebida como um processo vivenciado cujo significado é elaborado por meio de episódios culturais e sociais. A busca pela cura se estende à procura de causas para além do corpo físico, deslocando o significado da doença do plano biológico para os contextos cosmológicos, sociais e morais (LANGDON, 2005).

Para a medicina ocidental, as informações culturais têm sido, na maioria das vezes, consideradas irrelevantes nas intervenções preventivas e terapêuticas na área da saúde (GOOD, 1980). Em geral, são tidas como

essenciais unicamente aquelas referentes ao diagnóstico biomédico. Todos os outros dados referentes ao impacto dos fatores sociais e culturais, são avaliados como acessórias (KLEINMAN, 1987).

Os trabalhos desenvolvidos por Arthur Kleinman e Byron Good, que se situam entre os principais representantes da corrente interpretativa do processo saúde doença (ou antropologia médica), fornecem os elementos-chave de um quadro teórico e metodológico para análise dos fatores culturais que intervêm no campo da saúde. Esses trabalhos ressaltam a importância de considerar que as desordens, sejam elas orgânicas ou psicológicas, só nos são acessíveis por meio da mediação cultural. Assim, a desordem é sempre interpretada pelo doente, pelo médico e pelas famílias (KLEINMAN & GOOD, 1985).

KLEINMAN (1980) afirma que a cultura fornece modelos “de” e “para” os comportamentos humanos relativos à saúde e à doença. Todas as atividades de cuidados em saúde são respostas socialmente organizadas frente às doenças e podem ser vistas como um sistema cultural. Todo sistema de cuidados em saúde seria constituído pela interação de três setores diferentes: profissional, tradicional e popular. Cada setor veicula crenças e normas de conduta específicas e legitima diferentes alternativas terapêuticas (KLEINMAN, 1987).

Assim, considera-se que não existe correspondência termo a termo entre os diagnósticos profissionais, que geralmente orientam os programas de saúde, e os diagnósticos populares, que orientam as representações e comportamentos das comunidades. Em geral, para os profissionais de saúde, a percepção do que é relevante e problemático, do que causa ou evita um problema, do tipo de ação que esse problema requer é determinada pelo corpo de conhecimentos biomédicos (UCHÔA e VIDAL, 1994).

Para os indivíduos de uma comunidade, essa percepção é determinada pelas redes de símbolos que articulam conceitos biomédicos e culturais e determinam formas características de pensar e de agir frente a um problema de saúde específico. As crenças e padrões de comportamento dos indivíduos fazem parte desse sistema de atenção à saúde e são, em grande



parte, derivados de regras culturais, pouco valorizadas pela medicina ocidental (UCHÔA e VIDAL, 1994).

Em todo processo de relação entre a cultura ocidental e a cultura indígena no campo da saúde, a importância da compreensão da construção sócio-cultural do processo saúde-doença faz-se necessária para que o peso do sistema de saúde oficial, ou biomédico, não iniba a manifestação do sistema tradicional de cura das comunidades indígenas. (BUCHILLET, 1991; MENDONÇA, 1996; LANGDON, 2005).

A situação dos AIS é exemplar para refletir-se sobre o encontro entre o sistema médico oficial e os sistemas tradicionais de cura, pois o AIS é, antes de tudo, um sujeito da comunidade, que passa a incorporar de maneira intensa saberes e práticas do modelo ocidental.

A “articulação” entre os sistemas de saúde oficial e tradicional, embora amplamente recomendada pela Política de Saúde Indígena e pelo referencial do Curso de Formação de AIS da FUNASA, enfrenta inúmeros desafios para sua concretização na maioria dos DSEI.

MENDONÇA (1996) aponta diversos riscos conseqüentes das estratégias utilizadas na formação de AIS: ênfase no modelo biomédico, medicalização excessiva da população, abandono de práticas de autocuidado e do conhecimento das mulheres, raizeiros e parteiras.

Alguns estudos (ERTHAL, 2003; LANGDON, 2006), apontam que, em geral, a implementação da estratégia de formação de AIS, tem se pautado, quase que inteiramente: “pela adoção de um modelo que, a par da sobrevalorização de conhecimentos e recursos externos a essas comunidades, desconhece os modelos locais e recursos internos que poderiam ser acionados para a resolução de problemas específicos de saúde-doença” (ERTHAL, 2003, p.198).

Para LANGDON (2005) é preciso que os profissionais de saúde que atuam em áreas indígenas desenvolvam uma competência antropológica, relativizando a biomedicina e as noções sobre doença e cura, reconhecendo que é um sistema cultural de saúde entre outros: “não se está negando sua

eficácia instrumental, porém nossa medicina é um saber entre muitos e é importante reconhecer seus limites” (LANGDON, 2005, p.125).

É importante ter esses conceitos presentes quando atua-se na saúde indígena. Para MINDLIN (2004), o primeiro passo é tomar como um dado as explicações alheias, buscar conhecer o que cada povo pensa, embora isso exija esforço e aprendizado, além de eliminar o preconceito contra o que não é nosso, levando em conta o sistema explicativo de cada povo.

Nesse sentido, RODRIGUES (2005) aponta que a enorme diversidade cultural dos povos indígenas coloca um grande desafio para a saúde pública brasileira:

tornar acessíveis os benefícios da medicina ocidental, como forma de minimizar o impacto negativo que advém do contato crescente desses povos com a sociedade nacional, dialogando continuamente com as comunidades; entendendo suas concepções de mundo, seus sistemas etiológicos e suas práticas de cura, e explicando o processo de saúde-doença ocidental e o sistema de atenção à saúde nacional (RODRIGUES, 2005, p.264).

Além da importância de uma articulação entre os sistemas tradicionais e a medicina ocidental na formação de trabalhadores indígenas, MENDONÇA (1996, 2000, 2005) aponta a profissionalização dos índios como uma estratégia de legitimação de um novo papel social destes povos:

a formação de AIS é fundamental para que a médio e longo prazo os próprios índios possam ter algum controle com relação às questões da saúde-doença e sobre a intervenção da medicina ocidental. Do ponto de vista do movimento indígena, é uma estratégia adotada pelas próprias comunidades no sentido de modificar a sua relação com a sociedade envolvente, seja na sua potencial autonomia e controle da questão da saúde, como na abertura de um espaço para o engajamento no mercado de trabalho da sociedade nacional (MENDONÇA, 1996, p.74).

Segundo MENDONÇA (1996), o agente indígena de saúde tem uma função estratégica na promoção da saúde de suas comunidades, incorporando o saber, a linguagem, os instrumentos do sistema de saúde proposto para as áreas indígenas. Porém, ao incorporar este novo conhecimento, configura-se um novo papel social, se estabelecem outras relações sociais e de poder no interior da comunidade.

Outra questão muito pertinente, que requer aprendizado constante dos profissionais de saúde não índios, refere-se às sutilezas na relação com uma cultura que possui expressões e comportamentos diferentes do modo ocidental.

JUNQUEIRA (2004) aponta que ao lado de todo o benefício da medicina ocidental, existe em geral uma falta de reconhecimento pelos profissionais de saúde das etiquetas que regem as relações de cada povo, das delicadezas que devem ser mantidas, das transgressões que não podem ser feitas: “tanto índios como não índios devem tentar conhecer a cultura do outro, porque é um fator fundamental para que possam dialogar” (JUNQUEIRA, 2004, p.89).

A dificuldade de consideração acerca dos aspectos culturais do processo saúde-doença e das regras de comportamento na relação intercultural parece possuir como pano de fundo o contexto histórico e político das relações entre índios e não índios no Brasil.

MINDLIN (2004) adverte sobre o senso comum de “aculturação” dos povos indígenas, ainda muito enraizado na cultura brasileira e que pode determinar repercussões nas relações do sistema oficial de saúde com esses povos:

“um primeiro engano a ser evitado pelo sistema de saúde é usar a categoria de índios ‘aculturados’ em oposição aos de contato recente. É um termo que possui o sentido, explícito ou implícito, de que os índios que atravessam mudanças culturais deixam de ser índios e portanto, perdem seus direitos enquanto povos. Este conceito encobre a dominação econômica, a expropriação de terras, o impedimento de modos diferentes de vida, e é insuficiente para explicar a situação atual dos povos indígenas. Portanto, é importante examinar em cada caso de mudança, que situação econômica, social e histórica está em jogo” (MINDLIN, 2004, p 82).

Até a década de 1960, estava em voga as teorias da aculturação, que viam a cultura como algo estático e, portanto, as sociedades indígenas estariam fadadas à extinção como sistemas culturais distintos.

As teorias antropológicas há muito admitem a inexistência de culturas estáticas, imutáveis ou fechadas em si mesmas. Laplantine, citado por MINDLIN (2004) define cultura como “saberes e práticas transmitidas ao

conjunto dos membros de uma sociedade, através de um processo de aprendizagem” (MINDLIN, 2004, p.82).

Do ponto de vista das teorias antropológicas, o conceito de aculturação deixa de ser importante, ou é menos utilizado, a partir da década de 1960. Concretizado no Brasil, o estudo do contato interétnico é considerado uma contribuição bastante original da antropologia feita no país. A transformação dessa preocupação em tema acadêmico ocorreu nas décadas de 1960 e 1970 com os estudos de Darcy Ribeiro.

Seus trabalhos denunciaram as condições dos povos indígenas submetidos ao contato e mostraram a preocupação com o destino dessas populações a partir da integração à sociedade nacional. Essa corrente buscou investigar os mecanismos de assimilação dos povos indígenas pela sociedade nacional, as forças visando a homogeneização das culturas e a transformação dos indivíduos em força de trabalho rural (RIBEIRO, 1996).

RIBEIRO (1996) descreve minuciosamente os fatores causais da transfiguração étnica: compulsões ecológicas e bióticas; coerções tecnológico-culturais, sócio-econômicas e ideológicas. O gradiente da transfiguração étnica vai do índio tribal ao índio genérico.

Descreve a tendência da transfiguração étnica estabelecer-se a partir de diferentes graus de integração: isolamento, contato intermitente, contato permanente e integração. Assinala que a integração pode ocorrer por assimilação passiva ou por acomodação, estratégia esta para evitar-se o confronto com a sociedade dominante (RIBEIRO, 1996).

Para RIBEIRO (1996), as entidades étnicas são muito mais resistentes do que se supõe geralmente, pois exigem condições mínimas para perpetuar-se e sobrevivem à total transformação de seu patrimônio cultural e racial.

Considera-se que o rumo e o ritmo do processo de transfiguração étnica podem ser alterados de acordo com certas variantes correspondentes às características das populações tribais:

- a magnitude das populações em confronto;
- a atitude das populações indígenas para com os agentes da sociedade nacional: defesa enérgica ou receptividade;

- o grau de predisposição dos grupos indígenas à aceitação ou rejeição de inovações;
- a distância entre a cultura tribal e a nacional.

A intervenção protecionista oficial das décadas de 1960 e 1970, com a criação de condições artificiais de interação e garantia da posse de territórios a alguns grupos indígenas, como o Parque do Xingu, é apontada como um dos fatores que asseguraram a alguns povos indígenas mais tempo e maior liberdade de resistência às diversas compulsões a que foram submetidos:

“O que vai definir o futuro das sociedades indígenas é o ritmo, a direção e a força propulsora destas transformações. Essa **dominação será mais rápida ou mais lenta** segundo a maior ou menor receptividade dos grupos indígenas à adoção de inovações, segundo o caráter dos agentes de contato que atuam como intermediários neste processo e segundo a face da sociedade nacional que é apresentada aos índios” (RIBEIRO, 1997 apud MENDONÇA, 2005).

A partir da década de 1970, com teóricos como Fredrik Barth, a visão antropológica sobre mudança cultural concebe a idéia de dinâmica cultural. Esse enfoque não deve ser considerado apenas fruto de uma interpretação teórica, mas conseqüência do fato dos povos indígenas - a despeito das mudanças impactantes em seus modos de vida - continuarem a manifestar com densidade seus processos culturais. O próprio debate sobre a coexistência entre medicina tradicional e medicina ocidental exemplificam essa vitalidade cultural.

Na produção antropológica brasileira, a percepção de que as culturas indígenas não se perdem e que as sociedades indígenas atuam na reconstituição de uma identidade diferenciada, parece ter sido enfatizada por mudanças históricas recentes, especialmente pelo estabelecimento de novos direitos pela Constituição de 1988 – entre eles, o direito à terra e à manifestação da diferença cultural. O crescimento demográfico dos povos indígenas e fortalecimento de movimentos indígenas, propiciaram um espaço mais amplo na sociedade nacional e a criação de uma identidade comum, de

“índios” nas reivindicações dos diversos grupos etnicamente diferenciados (COHN, 2001).

A interculturalidade pode ser vista como uma característica presente nas relações entre as diversas sociedades, permeando a vida de qualquer grupo indígena na situação pré e pós contato (COHN, 2001).

O receio de que as comunidades indígenas “percam” sua cultura quando incorporam conhecimentos e habilidades do sistema de saúde ocidental, é uma preocupação nebulosa e concreta dos profissionais de saúde que começam a trabalhar em áreas indígenas, em sua maioria jovens e sem experiência anterior com esses povos. Encaram o dilema de trazer novos conhecimentos para a proteção dessas comunidades e sentir-se “responsável” pela alteração de características culturais daqueles povos.

Para LANGDON (2006), em geral, não é claro para os profissionais de saúde os limites e conseqüências de suas intervenções.

Como se configura a supervisão de AIS nos serviços oficiais de saúde indígena, nesse encontro de saberes tão diversos, pautados na saúde pública brasileira e nas práticas tradicionais do universo cultural? Nesse encontro com a medicina ocidental, o conhecimento de saúde tradicional seria “corrompido” ? Como ficam os AIS nesse contexto de transformação ?

A seguir, buscamos aprofundar a compreensão sobre as discussões atuais do processo de trabalho em saúde, com destaque para a supervisão em serviços de saúde pública.

## 2.2 SUPERVISÃO NO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

A categoria analítica “trabalho” vem sendo incorporada ao campo da saúde desde a década de 60 na América Latina, com Juan César Garcia, e na década de 1970 no Brasil, principalmente por Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, Lílian Blima Schraiber, Emerson E. Merhy, seguindo-se Gastão Wagner Campos e, na área de Enfermagem, Maria Cecília Puntel de Almeida, Marina Peduzzi, entre outros.

A supervisão em saúde, articulada aos princípios do SUS, fundamenta-se teoricamente no referencial de processo de trabalho em saúde e organização tecnológica do trabalho. Este referencial considera “a tecnologia do trabalho em saúde como um conjunto de saberes e instrumentos, que expressa, nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais, em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social” (MISHIMA e cols, 1997, p.271)

As relações que se estabelecem entre objeto, instrumentos e produto, são dirigidas pela intencionalidade do trabalho frente a um certo saber operatório que encaminha os agentes para o cumprimento de um certo projeto de vida em sociedade. Assim, as finalidades do processo de trabalho em saúde são direcionadas pelas necessidades colocadas em seu contexto sócio-político (MENDES -GONÇALVES, 1992; MISHIMA e cols, 1997)

Uma explanação das origens e conceitos da atividade de supervisão será apresentado a seguir, visando fornecer elementos para a discussão sobre a supervisão de AIS do Médio e Baixo Xingu.

A atividade de supervisão, embora presente em toda a produção de serviços de saúde, tem sido mais discutida em estudos sobre o trabalho em enfermagem, sendo escassa a produção deste tema por outras áreas do conhecimento em saúde (NUNES,1986a, 1986b; ALMEIDA, ROCHA 1997; SILVA, 1991).

Segundo SILVA (1991), apesar de serem diversos os trabalhos publicados pela enfermagem sobre o tema supervisão, estes apresentam

pouco aprofundamento, conseqüente da ênfase de temáticas relativas ao cuidado, em detrimento daquelas pertinentes à organização do trabalho, e da visão dicotomizada entre “assistência” e “administração” na enfermagem.

Embora aspectos do cuidado em saúde e da organização do trabalho encontrem-se presentes nas atividades de supervisão, esta tem sido abordada como parte dos estudos de administração de recursos humanos de uma maneira fragmentada (SCHRAIBER E PEDUZZI, 1993).

Ainda na década de 1980 alguns estudos apontavam para a necessidade de articulação entre o que se considera como atividade de cuidado com as atividades de organização do trabalho: “A supervisão não pode ser entendida como uma atividade isolada, que apareceria lado a lado com outras ações. Ao contrário, trata-se de um agente catalisador de inúmeras funções exercidas pelos vários setores da estrutura operacional com vistas à expansão e melhoria dos serviços” (MS, 1980, p.17).

Considera-se que a supervisão, por ser um processo historicamente estruturado e socialmente articulado, pode demonstrar a quais finalidades ela se presta em função da necessidade de seu contexto histórico-social mais amplo e da saúde pública (MENDES GONÇALVES, 1992, 1994; SILVA, 1991, 1997; PEDUZZI, 2000).

As origens e conceitos da supervisão como atividade do processo de trabalho surgem na Idade Moderna, pós revolução industrial, uma vez que na sociedade medieval ocidental, o trabalho era definido pelas habilidades especiais, hierarquicamente transmitidas aos membros das corporações de ofício:

parece-nos que as raízes da supervisão podem ser cavadas mais profundamente, quando resgatamos a separação entre teoria e prática ocorrida na educação, e a separação entre planejamento e execução do trabalho, no bojo das profundas transformações ocorridas na Idade Moderna. Consideramos que a supervisão passou a ser socialmente necessária a partir do momento em que os espaços do trabalho e da educação separaram-se da vida cotidiana e familiar. Justamente pelo processo de divisão social e técnica do trabalho, é que a atividade de supervisão fez-se necessária (SILVA, 1997, p. 8).



No início do século XX, o Movimento da Administração Científica, concebido por Henry Fayol e Frederick W. Taylor, considerou o conceito de especialização e de eliminação de todos os elementos estranhos à tarefa principal como fundamentais a fim de se alcançar a concentração, atenção e a máxima eficiência (CHIAVENATTO, 1983; KURCGANT, 1991) .

Às cinco funções administrativas clássicas definidas por Fayol: prever, organizar, comandar, coordenar e controlar, foi necessário agregar a supervisão pela evolução do conceito moderno de administração (CHIAVENATTO, 1983). A supervisão é considerada um prolongamento da autoridade no nível da execução, projetando a gerência aos diversos níveis que não pode cobrir diretamente, em razão da magnitude, condições geográficas e especializações funcionais (MS, 1980; CUNHA, 1991).

O papel do supervisor tradicional, que assume um posto administrativo de poder e autoridade, era de assegurar que se cumprissem as ordens e regulamentos, bem como detectar falhas e aplicar sanções. A supervisão era uma atividade de inspeção, um policiamento imposto com fins corretivos e sem nenhum outro papel (MS 1980, SILVA, 1997).

Os serviços de saúde incorporaram os pressupostos e a linguagem da administração científica, em que o supervisor caracteriza-se como um prolongamento da gerência, tendo como sua principal atribuição o controle da adequada produção, no caso da saúde, da produção de serviços de saúde (MENDES-GONÇALVES, 1992; ALMEIDA, ROCHA, 1997).

As contribuições das teorias administrativas podem ser reconhecidas nos estudos sobre as funções da enfermagem, que tiveram início no Brasil por volta de 1940. Na saúde pública brasileira, essas características de controle da supervisão são predominantes no período dos programas verticais centralizados, no final do século 19 à década de 1960 do século 20 (SILVA, 1991). As diretrizes desses programas eram normatizadas pelo nível central, cabendo a execução aos estados, e as ações de saúde pública eram voltadas ao combate de endemias que tivessem repercussão econômica e social (MEHRY, 1985; SILVA, 1997).

A partir do final do século 20 inicia-se a organização das escolas para formação dos profissionais de saúde. Durante o período médico-sanitário, de 1925 ao final da década de 1960, os agentes principais eram os médicos sanitaristas e educadores sanitários, e em alguns serviços, os auxiliares de enfermagem, enfermeiras, atendentes, visitantes e vacinadores. A supervisão deste pessoal era atribuição do médico e em algumas exceções da enfermeira e educadora sanitária (MEHRY, 1985; SILVA, 1997).

As características da supervisão em saúde pública e em enfermagem apontadas por SILVA (1991) e PERES (1986) neste período são:

- supervisão no sentido exclusivo de garantir o cumprimento das metas e normas; a enfermeira supervisora se distancia da execução;
- publicações de supervisão em enfermagem relacionadas ao acompanhamento das alunas de enfermagem no espaço hospitalar;
- o pessoal de nível operativo perde de vista o processo do trabalho em sua totalidade, por não participar de sua concepção e pela alta especialização e fragmentação do trabalho em tarefas menores.

Diversas publicações que analisaram as representações dos enfermeiros com relação à atividade de supervisão, apontam a tendência de o aspecto de controle da supervisão ser visto como pejorativo, decorrente do contexto histórico da saúde pública e da enfermagem. (NUNES, 1986; COSTA, 1994; LEITE, 1997; ALMEIDA e cols, 1997).

A partir da década de 1970, com a departamentalização das indústrias, o desenvolvimento de novos campos especializados de trabalho e o surgimento de sindicatos e associações de classe, o conceito de supervisão começa a mudar, considerando-se mais o seu caráter educativo do que sua tarefa de inspeção. Ao supervisor foi delegada então a responsabilidade de treinar, orientar e promover o desenvolvimento do pessoal (FONSECA, 1976; PERES, 1986; ALMEIDA, ROCHA, 1989; CUNHA, 1991).

No Brasil, o modelo de Programação em Saúde é caracterizado pela busca da modernização administrativa. A promulgação do Sistema Nacional de Saúde em 1975, o PIASS e a Programação em Saúde ressaltam que o

chefe da unidade local deve ser necessariamente um supervisor (PERES, 1986).

As publicações sobre supervisão nesta fase destacam o processo de ensino e administração de recursos humanos. Apontam a necessidade de preparo do enfermeiro para exercer as funções de supervisor, que deve adquirir um amplo leque de conhecimentos sobre as necessidades e motivações da natureza humana; sobre princípios, fatores e metodologias que condicionam a aprendizagem e sobre os princípios das relações humanas, comunicação e liderança (SILVA, 1997).

Para SILVA (1991), o enfoque nas qualidades pessoais necessárias à supervisora, parece considerar a supervisão como uma atividade para ser desenvolvida por pessoas com características muito especiais, cujas habilidades podem não ser passível de aquisição através da educação e das experiências profissionais e pessoais, assemelhando-se mais a poderes e saberes inatos.

Esta mitificação das qualidades pessoais do supervisor pode ser percebido em manuais publicados pelo Ministério da Saúde na década de 1980. Neles, são consideradas características “necessárias” ao supervisor:

ser hábil em estabelecer relações pessoais, sendo gentil, amável e cordial; ser exemplo para a equipe: pontual, eficiente, constante, cordial, solícito, discreto e equilibrado; nutrir bons sentimentos para com os demais; considerar que as pessoas têm suas próprias necessidades, desejos, instinto gregário, resistência à mudanças, características envolvendo ambição do ego, problemas de personalidade, além de necessitarem de segurança, proteção, companhia, conforto, respeito, valorização e aceitação; ser um líder, ter atitudes democráticas, saber conduzir os supervisionados de modo a ser aceito por sua conduta e não pela sua autoridade. (MS, 1980, p.20)

A característica de controle da supervisão nessa fase, mostra-se através da racionalização de tarefas, fundamentado nas teorias da Administração Científica. Assim, produz-se a sistematização de modelos e planos de supervisão no âmbito assistencial, abordando-se a seleção do pessoal, escalas de trabalho e distribuição racional de tarefas (CHIAVENATTO, 1983; KURCGANT, 1991).

Assim, o processo de supervisão move-se entre dois objetivos: o objetivo de tornar-se mais “participativa”, e a exigência de reter uma eficácia técnica, tendo em vista, elevar a própria qualidade da assistência. Para tanto, preconizou-se que a supervisão esteja dotada de uma orientação educativa (SILVA, 1997).

Outro aspecto relevante desta fase é a consideração de que o eixo metodológico da integração ensino-serviço postula a presença de supervisores na formação de categorias de nível médio que podem e devem ser formados pela própria instituição de serviço, de preferência em articulação com o sistema educacional, com vistas à concessão de títulos aos trabalhadores (SILVA, 1991).

Com a reformulação das práticas de saúde em âmbito nacional, a partir das contribuições do Movimento pela Reforma Sanitária e implantação do SUS, aponta-se para a necessidade de uma articulação mais estreita do processo de supervisão com a reorganização dos serviços de saúde, visando a descentralização e fortalecimento da atenção primária (DONNANGELO, 1979; MERHY, 1985; SILVA, 1991).

Artigos específicos sobre supervisão em saúde foram publicados em menor número na década de 1980, caracterizando-se em sua maioria, por tratar-se de experiências em realidades concretas de trabalho na área de saúde pública. O controle foi claramente assumido, passando pela necessidade de auto responsabilização dos atores e pela atenção aos resultados do trabalho, aos fins sociais planejados, mais do que pela fiscalização das tarefas e dos trabalhadores (SILVA, 1991).

Na década de 90, um dos fenômenos administrativos mais significativos é o desenvolvimento de formas participativas do trabalho nas organizações, que colocam em pauta a negociação, o debate, a busca pelo consenso e novas formas de gestão do trabalho. (MERHY, 1994; CAMPOS 1997)

A atividade de supervisão é contextualizada aos projetos de descentralização política e administrativa do Ministério da Saúde. A educação contínua dos trabalhadores de saúde é vista como um subproduto essencial

da supervisão, que passa a ser assumida pelas instâncias mais próximas, entre gerentes e funcionários das unidades locais, dentro da realidade da prestação de serviços (SILVA, 1997).

Recomenda-se que as técnicas e instrumentos de acompanhamento da rede de serviços descentralizada busque conduzir à construção de um sistema democrático, eficiente e comprometido com os interesses da população (MEHRY, 1994, 1997).

Em publicações sobre supervisão no PACS e PSF (COSTA, 1994; LEITE, 1997; SILVA, 1997), aponta-se que, em geral, a ênfase da supervisão feita pelas enfermeiras ocorre sobre aspectos técnicos dos auxiliares de enfermagem e escriturários, ou seja, dos procedimentos auxiliares da consulta médica. É comum a enfermeira assumir uma relação de fiscal com o pessoal de enfermagem, e para amenizar esta relação social de dominação, a maneira identificada pelas mesmas é fazer a supervisão **'trabalhando junto'** (grifo da autora) com os funcionários (ALMEIDA, 1991).

Na supervisão de ACS realizada por enfermeiras, estudos apontam diversos limites e desafios como: falta de preparo e capacitação formal para a função de supervisão, baixa frequência do supervisor em campo; supervisão sem sistematização; ausência de estratégias de supervisão que levem em conta a especificidade do papel sui generis do ACS; serviço cuja orientação não valoriza o desenvolvimento pessoal e interpessoal da equipe; administração centralizadora e trefista; questões operacionais; inadequação de recursos humanos e da estrutura técnico-administrativa (ALMEIDA, 1991; COSTA, 1994; LEITE, 1997; MINAYO, 1990; SILVA, 2002)

Neste contexto de reorganização das práticas de saúde, SILVA (1991, 1997) considera como aspecto fundamental da supervisão, o caráter de articulação política, permeando as formas de se fazer controle e educação, na tentativa de evidenciar a posição intermediária e intermediadora da supervisão:

no concreto do trabalho, tanto os aspectos de ensino quanto de controle condicionam-se por posicionamentos políticos. As opções de educar para a participação e autonomia ou para a submissão e dependência, são políticas. As opções (polares, novamente), de controle dos trabalhadores de saúde

visando apenas a execução de normas e procedimentos, ou de controle dos resultados, que reflitam o controle de agravos e índices adequados de melhoria de qualidade de vida, também são políticas. E é na possibilidade de clareamento destas opções onde situo o caráter político desta atividade, na possibilidade de interlocução entre os níveis centrais e locais, entre grupo de executores e planejadores e entre os clientes e mentores do serviço (SILVA, 1991 p. 75).

Na atividade de supervisão, educação e controle devem caminhar juntas, pela reciprocidade presente em ambas de viabilizar a realização adequada do processo de trabalho:

“a educação dos trabalhadores é necessária para que saibam realizar suas atividades a contento, bem como o controle é necessário para que se acompanhe e avalie os desempenhos desses trabalhadores. Do controle desdobram-se novas demandas por educação. Da educação derivam controles inovadores. Ambos se retroalimentando indefinidamente, ou até que novas formas de organização do trabalho venham a prescindir da educação ou do controle” (SILVA, 1997, p..15).

Para SILVA (1991), as características de controle estão presentes na supervisão enquanto limites e potencialidades. A noção de “controle” parece estar relacionada a um conteúdo negativo em nossa cultura, muito ligado a questão do poder, dominação, opressão e autoritarismo.

Considerando-se os pressupostos atuais da Saúde Coletiva, é possível reconhecer o aspecto de controle da supervisão sem vincular a ele uma conotação e uma prática pejorativa:

O trabalho que se organiza em bases coletivas carece de integração, de atividades que lhe confira unidade, que reconhecendo suas finalidades preocupem-se em atingi-las. Quando é negado o controle, limita-se o espaço de questionamento e reconhecimento acerca desta possibilidade integradora e direcionadora do trabalho coletivo, e conseqüentemente há um distanciamento das preocupações com os resultados e produtos dos serviços prestados, se estes tem respondido às necessidades sociais, se cumprem suas finalidades (SILVA, 1991, p. 102).

Considera-se que, exatamente por sua característica de trabalho coletivo, as ações de saúde demandam, por motivos técnicos e sociais, um tipo especial de atividade que coordena a realização **integrada e articulada** (*grifo nosso*) dos trabalhos e dos trabalhadores da saúde. (SILVA, 1991; MENDES-GONÇALVES, 1994; MERHY e cols, 1997).

Outro aspecto levantado refere-se à posição hierárquica e ao papel de comunicação entre níveis, que pode ser assumida como neutra (retratando uma posição política alienada, ingênua ou conformista), autoritária, ou democrática (SILVA, 1997).

Recomenda-se que a supervisão busque superar o controle restrito de tarefas e procedimentos, com ampliação do poder local e do controle social. O controle, necessário para a organização dos serviços, pode colaborar para ir desenvolvendo a “responsabilização” dos agentes do e no trabalho (SILVA, 1997).

A supervisão, no desenvolvimento de suas ações de ensino, de controle e articulação política, pode ser um espaço de reflexão e compreensão acerca dos determinantes e condicionamentos das práticas sanitárias, nos quais as discussões ético-políticas do trabalho em saúde constroem-se (SILVA, 1991, 1997).

Através da educação e da articulação política, a supervisão pode permitir o alcance de um trabalho com maior efetividade no atendimento às necessidades de saúde de coletivos e menor alienação, bem como a ampliação de espaços de trabalho com maior vínculo, compromisso, responsabilidade e prazer por parte dos agentes nele envolvidos (SILVA, 1997).

A ação pedagógica da supervisão como ferramenta da educação continuada e permanente não deve acontecer por intermédio da supervisão pedagógica tradicional, reprodutora de conteúdos e conceitos prontos, mas uma supervisão problematizadora que atue como instrumento de reflexão, mudanças e transformações, que se constitua no instrumento catalisador destas transformações, realizando-se a prática da ação-reflexão-ação (REIS e HORTALE, 2004)

Dessa forma, a supervisão em saúde pública atualmente é considerada uma atividade cujas características centrais são: o controle do processo de trabalho, visando o direcionamento dos resultados aos fins sociais planejados; o caráter de ensino, fortemente influenciado pelas teorias da educação crítica e problematizadora, e o caráter de articulação política,

permeando o controle e a educação, imprescindível na interlocução e integração dos níveis de planejamento e execução do trabalho (ALMEIDA; SILVA, 1997; MENDES-GONÇALVES, 1994).

Neste panorama, as questões que nos propomos refletir são: na supervisão de AIS no Parque do Xingu, como se manifesta os componentes de controle, educação e articulação política, inerentes à prática de supervisão na produção de serviços de saúde? Como estes componentes aparecem nas políticas institucionais, na execução da supervisão e na visão dos atores sociais inseridos neste contexto? Quais as especificidades encontradas na supervisão de agentes indígenas de saúde?



### **3. OBJETIVOS**

Objetivo geral: analisar os componentes do processo de supervisão na formação profissional de agentes indígenas de saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena Xingu.

Objetivos específicos:

- 1) Analisar o perfil dos trabalhadores de saúde e aspectos das relações interculturais no processo de trabalho em saúde indígena.
- 2) Analisar as práticas da supervisão de agentes indígenas de saúde em suas características de controle, educação e articulação política.
- 3) Analisar as concepções e práticas da supervisão em um contexto intercultural, através das representações de agentes indígenas de saúde, lideranças indígenas e profissionais de saúde não-índios.



## 4. PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

O desenvolvimento da pesquisa buscou uma abordagem metodológica que possibilitasse a caracterização da supervisão de AIS em relação aos seus processos e concepções sociais.

Optamos assim por uma abordagem predominantemente qualitativa, que segundo MYNAIO (1996, 1999), permite o aprofundamento do mundo dos significados das ações e relações humanas, a compreensão dos valores culturais e das representações de determinados grupos sobre temas específicos.

O percurso metodológico possui características de um estudo de caso, circunscrito a poucas unidades de análise, de forma que a riqueza está na profundidade, e pressupõe uma lista relevante de variáveis com as quais se descrevem as unidades de análise (TRIVINÕS, 1987).

### 4.2 FONTE DE DADOS E INSTRUMENTOS DE COLETA

Para a aproximação ao objeto de estudo, procedemos ao levantamento de dados secundários e primários, de natureza qualitativa e quantitativa.

A coleta de dados secundários deu-se a partir de documentos que demonstram conceitos, descrições e avaliações da formação e supervisão de AIS no Xingu. Foram pesquisados relatórios de avaliação dos serviços de saúde concebidos pela coordenação do Projeto Xingu/UNIFESP, relatórios de oficinas pedagógicas e reuniões técnicas, atas de reuniões de Conselho Local e Distrital de Saúde, entre outros (ANEXO I).

A proposta curricular da UNIFESP para a formação técnica dos AIS e as fichas de avaliação de desempenho, utilizadas pela EMSI para a supervisão, foram utilizadas como fonte essencial de análise e serão detalhadas adiante, na discussão dos resultados.

A coleta de dados primários realizou-se a partir de entrevistas gravadas em áudio, com atores sociais que desempenharam no passado ou no momento da pesquisa, participação em termos de elaboração, atuação ou avaliação de atividades de supervisão de AIS.

A entrevista oral é considerada um instrumento privilegiado de coleta de informações, possibilitando que a fala seja reveladora de sistemas de valores, normas e símbolos, e de transmitir, através de um porta-voz, as representações de um grupo em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (MINAYO, 1996).

Para a apreensão da narrativa indígena, pareceu-nos adequada as características da entrevista semi-estruturada, com a utilização de questionamentos básicos e o informante seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo pesquisador (TRIVINOS, 1987). Em cada questão levantada procurou-se delinear o objeto e fazer emergir a visão e os juízos a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto, do ponto de vista dos interlocutores (MINAYO, 1999).

A técnica de entrevista oral do método etnográfico visa descobrir aspectos do passado e da memória coletiva, adotando a forma de uma conversa informal. A qualidade da informação depende da comodidade do informante, do bom conhecimento que tenha-se do informante e do grau de confiança estabelecido. Deve-se usar vários tipos de informantes como forma de contrastar e verificar a informação recolhida, a fim de obter diferentes pontos de vista que podem ou não ser coincidentes (VELASCO E DÍAZ DE RADA, 1997).

O método etnográfico leva em conta três aspectos: o que as pessoas dizem, o que as pessoas fazem, o que as pessoas pensam que se deveria fazer.

Por isso, a entrevista oral, considerado uma técnica para obter informação através do diálogo intersubjectivo, pode ser complementada por outras, como o estudo de documentos, pois as pessoas dizem coisas, ocultam dados, e também fazem coisas (VELASCO E DÍAZ DE RADA, 1997).

Através das entrevistas, buscamos a caracterização das concepções que vários atores sociais envolvidos possuíam acerca da supervisão de AIS. As entrevistas foram realizadas com base em roteiros (ANEXO II), divididos em blocos temáticos, a saber: identificação do entrevistado; concepções sobre supervisão; prática (contato com o modelo de supervisão, atividades no cotidiano, organização do trabalho, conflitos); sugestões e expectativas.

#### 4.3 SOBRE O LOCAL E SUJEITOS DO ESTUDO

O Parque Indígena do Xingu (PIX) foi criado por ato do governo federal em 1961. Está localizado ao norte do estado do Mato Grosso, na porção sul da Amazônia brasileira. Possui uma extensão de 2,8 milhões de hectares e um perímetro de 920 km. Localizado em uma área de transição ecológica, formada por florestas tropicais ao norte e cerrado ao sul, a região apresenta grande complexidade no que diz respeito à situação ecológica, social e cultural. É habitada por catorze etnias – Kuikuro, Kalapalo, Matipu, Nahukuá, Mehinaku, Waurá, Aweti, Kamaiurá, Trumai, Yawalapiti, Suiá, Kaiabi, Ikpeng e Yudjá - que falam línguas diferentes, distribuídas em 49 aldeias e postos, com uma população de cerca de 4.700 pessoas (BARUZZI, 1978; ISA, 2008).

O território do Parque é dividido em três grandes regiões: Alto, Médio e Baixo Xingu, de acordo com características sócio-culturais, geográficas e administrativas (BARUZZI, 2005).

O processo de ocupação econômica da região na qual o Parque está inserido, ocorreu a partir da década de 1970, com a chegada de projetos agropecuários privados e governamentais, como parte das políticas oficiais

para a ocupação e “integração” da Amazônia e Centro-Oeste pelas populações dos estados do Sul do país.

Desde a criação do Parque até meados da década de 1980, seus habitantes viviam numa situação de “isolamento” geográfico e contavam com uma presença forte e protecionista do Estado brasileiro. A partir de então, os índios do PIX começaram a se dar conta da situação de vulnerabilidade de seus limites territoriais e da sustentabilidade dos seus recursos naturais. Tornaram-se testemunhas do alastramento das queimadas originadas nas fazendas que foram se instalando no seu entorno, das invasões intermitentes de caçadores e pescadores, do assoreamento dos seus rios decorrente do crescente desmatamento, do risco da contaminação das águas pelo uso de defensivos químicos nas atividades agrícolas e da intensa exploração ilegal dos recursos madeireiros (ISA, 2008).

Figura 2 – Mapa do Parque Indígena do Xingu, Mato Grosso, 2002



Fonte: ISA, 2002

A Escola Paulista de Medicina, atual UNIFESP, iniciou suas atividades no PIX no ano de 1965, sob a perspectiva de efetivar um programa sistemático de atenção à saúde aos povos indígenas ali residentes. Após a criação da FUNAI, em 1968, a UNIFESP/EPM celebrou com esse órgão um convênio de colaboração que consistia no cadastramento da população, atendimento das ocorrências clínicas, implantação de um programa de vacinação e realização de pesquisas de interesse médico-científico. O Hospital São Paulo (HSP) oferecia a retaguarda hospitalar, viável pela existência de vôos periódicos de São Paulo para o PIX pela Força Aérea

Brasileira. Equipes compostas por docentes, médicos residentes, enfermeiros e alunos realizavam, em média, quatro viagens ao ano, nas quais eram realizadas as ações previstas do convênio (BARUZZI, 1978).

A UNIFESP colaborava com a formação de recursos humanos da FUNAI que atuavam no PIX, especialmente na área de enfermagem. No começo da década de 1980, o trabalho se volta para a formação de agentes indígenas de saúde, que se estrutura e amplia durante os anos de 1990.

A partir de 1997, o processo de formação de recursos humanos se estendeu à formação em serviço de 16 auxiliares de enfermagem indígenas, que atuavam anteriormente como AIS. Eles obtiveram a certificação do curso de auxiliares de enfermagem no ano de 2001, uma experiência pioneira oferecida pela UNIFESP em parceria com a ETSUS e SEDUC/MT (UNIFESP, 2007).

Com a implantação dos DSEI em 1999, a UNIFESP, indicada pelas lideranças indígenas xinguanas, assume a gerência do convênio com a FUNASA, executando os serviços de atenção primária e dando continuidade à formação de recursos humanos (UNIFESP, 2004). O processo de trabalho possui como eixo organizador a assistência e vigilância à saúde, nas suas dimensões técnica, políticas, educativas, administrativas e sócio-culturais (OLIVEIRA, 2002).

Ao longo dos anos, a instituição aprofundou seu trabalho na formação de pessoas das próprias comunidades para o trabalho de atenção primária e gestão dos serviços de saúde, visando a partir da reivindicação destes povos, uma maior participação no processo de decisão da atual política de atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil (BARUZZI, 2005; RODRIGUES, 2005).

Em 2003 iniciou-se um processo pioneiro de formação de 16 gestores indígenas, que já atuam na prática da gestão e organização dos serviços do DSEI Xingu. Formar profissionais indígenas para o gerenciamento e a gestão em saúde, colaborando para a estruturação do sub-sistema de atenção à saúde indígena e para a efetivação do protagonismo dos próprios índios, coloca-se como prioridade no trabalho atual de formação da UNIFESP no Xingu (UNIFESP, 2005, 2007).



A UNIFESP, em parceria com a FUNASA, ETSUS de Mato Grosso e Secretaria Estadual de Educação, realiza a formação profissional de 59 agentes indígenas de saúde, contabilizados em novembro de 2007.

Atualmente a UNIFESP executa as ações de saúde do serviço de atenção primária do Médio e Baixo Xingu através de convênio com a FUNASA. Essa região abriga sete etnias: Ikpeng, Kaiabi, Kamayura, Suiá, Trumai, Waura, Yudja. Possui uma população total de 2458 pessoas, residentes em 39 localidades (UNIFESP, 2007).

A distribuição da população do Médio e Baixo Xingu demonstra-se na tabela abaixo:

**Tabela 1** - Número e distribuição da população por aldeias e etnias, Médio e Baixo Xingu, novembro 2007:

Etnia	Aldeias	Habitantes	Distribuição por etnia
	N	N	%
Ikpeng	3	393	16
Kaiabi	21	1094	45
Kamayura	1	89	4
Kisedje/Suia	4	387	16
Waura	1	51	2
Trumai	3	75	3
Yudja/Juruna	4	324	13
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>2458</b>	<b>100</b>

Fonte: Relatório de imunização, Projeto Xingu/ UNIFESP

A equipe técnica atua em três pólos-base: Pavuru, Diauarum e Wawi e nas aldeias de sua área de abrangência. Os deslocamentos da equipe são feitos através de viagens fluviais e terrestres, com duração variável, de trinta minutos a 12 horas.

**Tabela 2** - Número e distribuição da população por pólo-base, Médio e Baixo Xingu, novembro 2007:

Pólo – Base	Aldeias	Habitantes	Distribuição por etnia
	N	N	%
Diauarum	20	1201	49
Pavuru	13	915	37
Wawi	4	342	14
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>2458</b>	<b>100</b>

Fonte: Relatório de imunização, novembro de 2007, Projeto Xingu/ UNIFESP

### Sujeitos do estudo

Segundo MYNAIO (1999), numa busca qualitativa, o critério de amostragem não é numérico, mas deve ser capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões. Para a escolha dos sujeitos de estudo propusemos a definição dos grupos sociais relevantes para as entrevistas, prevendo um processo de inclusão progressiva encaminhada pelas descobertas de campo e seu confronto com a teoria. Como consequência, a amostragem qualitativa privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer (MINAYO, 1999).

Assim, procedemos à constituição de uma amostra intencional, com informantes-chave dos grupos sociais, a partir da vivência e conhecimento da pesquisadora sobre o local de estudo.

A identificação dos três grupos na discussão dos resultados possui a seguinte denominação: profissionais, lideranças e AIS. Os profissionais de saúde e AIS receberam uma numeração de 1 a 7, e as lideranças de 1 a 5.

A numeração que os entrevistados recebem na discussão dos

resultados não corresponde à ordem da descrição que faremos seguir, com o objetivo de manter a confidencialidade descrita no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO III).

### **1. Profissionais de nível universitário**

Definimos inicialmente cinco indivíduos para realizar as entrevistas, mas tivemos a oportunidade de acrescentar dois que ofereceram importantes colaborações para o estudo. Buscamos abranger diferenças como pouca ou muita experiência em comunidades indígenas, pouca ou muita experiência em modelos de atenção primária a saúde.

Os profissionais entrevistadas foram: dois odontólogos, três enfermeiras, um educador etnomatemático e um nutricionista.

O primeiro odontólogo trabalha no PIX há 28 anos. Vivenciou a fase de atenção à saúde executada pela FUNAI, antes da implantação do subsistema de atenção à saúde indígena. Participou da concepção, feita na prática, do que hoje denomina-se de formação de agente indígena de saúde e saúde bucal. Atua nos cursos de formação de AIS e na atenção primária à saúde, não só no Médio e Baixo Xingu, como na região do DSEI Kaiapó e Bahia.

O segundo odontólogo atua na EMSI do Médio e Baixo Xingu há 4 anos. Conheceu a área indígena como aluno de um projeto de extensão universitária da Faculdade de Odontologia da USP Ribeirão Preto. Foi admitido recém-formado, realiza as ações de saúde nos pólos-base e aldeias, atua intensamente como supervisor de AIS, nos períodos de concentração e dispersão.

O etnomatemático é formado em matemática com pós graduação em educação. Atua no PIX há 12 anos na formação de professores indígenas, auxiliares de enfermagem indígenas e agentes indígenas de saúde. Além de atuar nos períodos de concentração do curso de AIS, acompanha diversos momentos de supervisão em aldeias com as equipes de saúde. Participa da formação de professores e AIS em outras áreas indígenas, o que lhe possibilita um olhar ampliado.

A primeira enfermeira trabalha na atenção primária do Médio e Baixo Xingu há 3 anos. É formada em Enfermagem com especialização em saúde da família e saúde mental. Trabalhou anteriormente no PSF e na formação de ACS durante 4 anos e meio. Realiza as ações de saúde nos pólos-base e aldeias e atua intensamente na organização dos serviços e supervisão de AIS nos períodos de concentração e dispersão.

A segunda enfermeira trabalhou no PIX no período de 1990 a 1996, que corresponde à uma fase de ampliação do trabalho da UNIFESP, com a presença mais constante de profissionais de nível universitário vivendo no Xingu. Recebeu um treinamento de 2 meses e ingressou no trabalho de campo recém-formada. Destacou-se como uma profissional comprometida e habilidosa na formação em serviço dos AIS. Posteriormente fez parte da coordenação da Saúde Sem Limites, organização não-governamental de atuação importante no DSEI Rio Negro.

A terceira enfermeira atua no PIX há 28 anos. Trabalhou inicialmente como enfermeira assistencial na fase de atenção à saúde executada pela Funai. Foi para o Xingu recém formada. Vivenciou o início da formação dos denominados monitores de saúde. Presenciou a motivação inicial de índios e não índios para a concepção de um modelo de atuação de jovens no serviço de saúde de suas aldeias. Atualmente é assessora na formação de professores indígenas em diversas regiões e coordena o núcleo de Educação Escolar do Curso de Formação de AIS da UNIFESP.

O nutricionista formou-se em 2002, trabalhando durante 8 meses em um assentamento rural, em um projeto de alfabetização e educação alimentar. Começou a trabalhar no PIX em 2005, compondo a EMSI e realizando atividades na CASAI, pólo-base e aldeias. Realiza viagens para as aldeias com enfermeiros e odontólogos, com enfoque na vigilância alimentar e nutricional. Acompanha a formação dos AIS nos períodos de cursos e supervisão em serviço.

## **2. Agentes indígenas de saúde**

Foram escolhidos inicialmente cinco indivíduos de etnias diferentes, sendo três AIS com mais de cinco anos de experiência profissional e dois com menos de cinco anos de experiência profissional. Dois AIS foram convidados a fazer a entrevista pelo interesse que demonstraram e pelas observações que na opinião da entrevistadora mereceram destaque. Todos os AIS entrevistados participavam do Curso de Formação.

O primeiro AIS é da etnia Ikpeng, trabalha há 9 anos em um pólo base, em contato muito intenso com equipe de saúde. Praticamente “toca” o serviço nessa UBS e recebe muitos AIS estagiários de outras aldeias para treinamento.

O segundo AIS, etnia Suia, começou a trabalhar com 33 anos, pela necessidade de alguém assumir esse trabalho em sua aldeia. Mora em uma aldeia pequena, longe do pólo base.

O terceiro AIS, da etnia Kaiabi, começou a trabalhar como aos 17 anos. Atua há 6 anos e também é professora de sua pequena aldeia. É neta de um casal muito respeitado pelo povo Kaiabi. Acompanha a atuação de sua avó na transmissão de costumes e cuidados tradicionais. Sua aldeia é bastante longe do pólo base.

A quarto AIS, da etnia Ikpeng, trabalha como agente indígenas de saúde bucal (AISB) há 11 anos. Mora em um pólo-base, acompanha intensamente o trabalho dos odontólogos, tanto na UBS quanto nas viagens às aldeias. Desenvolveu habilidades técnicas e grande autonomia.

O quinto AIS é da etnia Waura. Começou a atuar na saúde com 17 anos, por influência de seu tio, que hoje é auxiliar de enfermagem. Mora com sua família em uma pequena aldeia longe do pólo base. Tem como conselheiros seu pai e dois tios, sendo um deles pajé, que o aconselham constantemente sobre seu papel e postura.

O sexto AIS trabalha há 9 anos em um pólo base, próximo da equipe, aprendeu o serviço prático com um auxiliar de enfermagem indígena. Possui excelentes habilidades técnicas pelo contato constante com profissionais de saúde, incorporando também um olhar bastante tecnicista de seu papel.

O sétimo AIS, da etnia Kaiabi, atua como AISB há 14 anos. Acompanhou o trabalho de inúmeros profissionais de saúde, mora em aldeia grande, relativamente longe do pólo-base. Sua família tem uma participação importante na conservação das práticas tradicionais de cuidado.

### **3. Lideranças e representantes da comunidades**

Entrevistamos cinco sujeitos, também pelo critério de diversidade étnica e de papéis que desempenham.

A primeira liderança é um homem da etnia Ikpeng, professor e conselheiro de saúde. Possui uma longa trajetória na educação e já atuou como monitor de saúde. Sua mãe era uma parteira experiente e o inspirou a ajudar as mulheres nessa fase, considera-se um parteiro. Atualmente é diretor da primeira escola estadual indígena no Xingu, conselheiro de saúde e aluno do Curso de Gestão em Saúde Indígena.

A segunda liderança é um homem da etnia Kaiabi. É uma figura social importante não só para os Kaiabi, mas é considerado um conselheiro de índios e não-índios. Esteve muito próximo dos irmãos Villas Boas, que viram nele a promessa de uma grande liderança, capaz de fazer a ponte entre índios e não índios, assegurando que as necessidades daqueles povos fossem garantidas. Trabalhou como chefe de posto, chefe da FUNAI e na associação ATIX, entre outras coisas. Atualmente é um dos professores do Curso de Gestão em Saúde Indígena.

A terceira liderança é uma mulher da etnia Kaiabi. É avó de uma agente de saúde, conhecedora dos costumes, doenças e cuidados tradicionais da cultura Kaiabi. Viúva recentemente, seu marido tinha grande relevância na sociedade Kaiabi pelos conhecimentos que dominava. Mora em uma aldeia pequena, com filhos e netos, distante do pólo-base. Sua neta, além de AIS é professora e trabalha em sua aldeia.

A quarta liderança é uma mulher Kaiabi, mãe de um AIS, conselheira de saúde. Conhecedora das práticas tradicionais de cuidados. Seu marido é o cacique da aldeia e pajé. É filha de uma grande liderança Kaiabi. Tem

participado de maneira muito importante na discussão de cuidados tradicionais com as crianças, alimentação e nutrição entre os Kaiabi.

A quinta liderança é um homem Waura, conselheiro de saúde. É cacique de uma aldeia pequena, relativamente longe do pólo-base, de um povo originário da região do Alto Xingu. É pajé e tio de um agente de saúde.

#### 4.4 TRABALHO DE CAMPO

As entrevistas e análise de documentos foram realizadas durante uma etapa do Curso de Formação dos AIS no Parque do Xingu, em novembro de 2007. Neste período, tanto os AIS quanto boa parte da equipe técnica encontravam-se reunidos. O Pólo-Base Wawi e o povo Kisedje recebeu com extrema eficiência mais de 60 alunos, além de um número considerável de profissionais da EMSI e membros da coordenação do Projeto Xingu.

Foi uma experiência nova para a pesquisadora realizar entrevistas com um olhar metodológico, considerando o convívio intenso com praticamente todos os entrevistados ao longo dos anos como enfermeira. Podemos descrever algumas especificidades do trabalho de campo e das entrevistas.

Os espaços das entrevistas foram bem diversos: o alojamento dos agentes de saúde, a casa da equipe técnica, a UBS, o local onde aconteciam as aulas.

A maioria preferiu conversar em lugares que circulavam um bocado de gente. Em algumas situações aproximava-se alguém interessado na conversa, e era comum a entrevista ter trechos em que tornava-se um rico debate, em grupo de 2 ou 3 pessoas, principalmente entre os AIS.

Conversar com os índios, dentro ou fora de uma entrevista, sempre é uma experiência desafiadora e muito rica. É preciso ficar muito atento à expressão de detalhes, à linha de raciocínio e ao uso de metáforas que não estamos habituados. Possuem uma percepção bastante aguçada e integrada de tudo o que os diz respeito e suas falas expressam isso.

A retórica dos índios em geral é longa e ritualizada. Reafirmam as opiniões durante vários momentos da oratória. Descrevem fatos com detalhes riquíssimos. Quando falam do tempo cronológico ou querem enfatizar algo, repetem a mesma palavra.

Para o ouvido do não-índio menos paciente, pode ser cansativo. Essa é outra lição que aprendemos com o tempo: ouvir com atenção, se esforçar em captar a riqueza que existe nas mensagens. É preciso ter cuidado em não interromper ou influenciar, e principalmente, não ter ouvido seletivo, ouvindo só o que quer.

Apesar de ricas, suprimimos algumas características lingüísticas dessa forma de se expressar na transcrição das entrevistas, por não influenciarem nos objetivos do estudo, pela necessidade de síntese e para facilitar a compreensão dos não-índios. Não fizemos “correções” nas falas, pois a transcrição deve respeitar a língua do informante e os seus dialectalismos.

Dois entrevistados falaram em sua língua e escolheram um tradutor. Ambos escolheram um AIS, parentes próximos: neta e sobrinho. Acredito que facilitou a tradução o fato de serem AIS, que junto com os professores indígenas possuem maior domínio do português. Por outro lado, busquei ficar atenta para momentos em que aparentemente o tradutor fazia uma síntese da fala, prática bem comum nas reuniões de saúde, em que necessita-se de tradução. A fala que mais chamou a atenção nesse sentido, teve uma duração aproximada de 10 minutos e foi traduzida por uma de 2 minutos. Nessas situações, eu procurava confirmar se a “condensação” era causada somente pela repetição de palavras e frase, ou se o tradutor tinha suprimido a tradução de algum trecho.

Um cuidado era pedir para o entrevistado e tradutor combinarem os períodos de falas e de pausas que eles achassem necessário para que a tradução pudesse acontecer da maneira mais íntegra possível. Percebi um momento em que uma tradutora omitiu um trecho da fala da entrevistada. A fala era acalorada e pude entender algumas palavras na língua Kaiabi. Depois neta e avó discutiram um pouco e retomaram a conversa, sem traduzir aquele trecho.



Mesmo com alguns cuidados para buscar integridade nas falas, são inerentes algumas limitações do método de entrevista oral utilizando tradutor, com a possibilidade de condensações, reinterpretações e ocultamento (VELASCO, DÍAZ de RADA, 1997).

Não obstante as entrevistas serem realizadas em períodos fora dos horários do curso ou de atendimento na UBS, foram diversos os momentos de interrupção. Tanto os profissionais de saúde quanto alguns AIS saíam constantemente para atender um doente, levar um medicamento ou atender a solicitação de um colega de trabalho, pessoalmente ou via rádio multifrequência. Ao mesmo tempo em que participam do curso como professores e alunos, os profissionais e os AIS prosseguem suas atividades no serviço de atenção primária.

Esta é uma característica muito própria do processo de trabalho no Xingu: a intensidade dos acontecimentos e a integração ensino-serviço, que naquele espaço de trabalho não é apenas um conceito teórico a se perseguir, faz-se presente de uma maneira muito intrínseca e especial.

Escolhíamos geralmente o período da noite para as entrevistas. Diversas vezes adiávamos para o dia seguinte, pois era necessária alguma reunião de avaliação e planejamento do curso para a próxima manhã. Os AIS, por sua vez, estavam muito envolvidos com exercícios de matemática que receberam, além de fazer algum atendimento domiciliar à noite.

A alegria e descontração é outra marca que sempre nos inspira: para evitar atrapalhar os agentes de saúde nos seus estudos à noite, tentei combinar com um deles outro horário. Todos paravam pra almoçar ao meio-dia e recomeçavam a aula no início da tarde, então tínhamos um horinha pra conversar... Quando fui ao encontro do agente, ele me disse: “É melhor deixar pra outra hora, combinamos ensaiar uma dança com todos os agentes no centro da aldeia, por quê você não vem junto”? Então passei aquela hora inesquecível, aprendendo a dançar, e matando as saudades dos meus queridos parceiros de trabalho...

#### 4. 5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Procedemos a exploração do material empírico tendo em vista a identificação das características da supervisão de AIS na dimensão do controle, educação e articulação política, e as especificidades interculturais presentes nessa atividade do trabalho em saúde.

A análise documental forneceu elementos que permitiram construir o quadro de referência para a caracterização do modelo institucional de formação e supervisão de agentes indígenas de saúde.

O tratamento dos dados primários e secundários aconteceu através da análise de conteúdo, definida por BARDIN (1979) como um conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando obter por descrição do conteúdo das mensagens e indicadores, quantitativos ou qualitativos, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens.

Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado que ultrapassa os significados manifestos. Para isso, relaciona estruturas semânticas (significantes), com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados, por meio da categorização de temas, ou unidades de significação que se libertam naturalmente de um texto analisado, segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura (BARDIN, 1979; MYNAIO, 1999).

#### 4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Adotamos as recomendações da Resolução nº196/1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, e que está apoiada nos princípios da

beneficência, a garantia da não maleficência, relevância social da pesquisa, e a obtenção dos consentimentos livres e esclarecidos dos indivíduos entrevistados (BRASIL, 1996).

Conforme a Resolução CNS nº304/2000, que diz respeito à área temática especial “populações indígenas”, a pesquisa levou em consideração o respeito devido aos direitos destes povos no que se refere ao desenvolvimento teórico e prático de pesquisas que envolvam a vida, os territórios, as culturas e os recursos naturais dos povos indígenas do Brasil, reconhecendo o direito de participação dos índios nas decisões que os afetem (BRASIL, 2000).

Os aspectos éticos peculiares desta resolução apontam que as pesquisas devem atender às necessidades de indivíduos ou grupos-alvo do estudo, ou das sociedades afins; devem respeitar a visão de mundo, costumes, crenças religiosas, organização social, diferenças lingüísticas e estrutura política; devem ter a concordância da comunidade, que pode ser obtida por intermédio de organizações indígenas ou conselhos de saúde local e distrital, sem prejuízo do consentimento individual (BRASIL, 2000).

O projeto de pesquisa foi apresentado em Reunião do Conselho Distrital de Saúde no Xingu, em 21 de agosto de 2006. Após a apresentação de um documento de esclarecimento do projeto de pesquisa e de explanação sobre seus objetivos, métodos e potenciais contribuições ao trabalho de saúde local, houve a aprovação do Conselho e assinatura de um termo de anuência pelo presidente distrital e presidentes locais.

O Departamento de Medicina Preventiva da UNIFESP, onde está inserido o Projeto Xingu, aprovou a realização da pesquisa de campo para a coleta de dados primários, bem como a utilização de documentos institucionais para a coleta de dados secundários.

Quanto ao consentimento para a realização das entrevistas, foi apresentada a cada sujeito uma carta de esclarecimento sobre o trabalho a ser desenvolvido e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO III). Para as pessoas que não falavam a língua portuguesa, houve a intermediação de um intérprete escolhido pelo entrevistado.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, sendo enviado para o Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) em abril de 2007 e aprovado para a coleta de dados primários em julho de 2007.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE NO MÉDIO E BAIXO XINGU

Ficou evidente nos documentos analisados que a formação de trabalhadores indígenas e não indígenas da saúde é considerada um dos pilares fundamentais do trabalho de atenção primária no Médio e Baixo Xingu:

A formação de AIS atual é fruto de um período de 43 anos de trabalho da UNIFESP junto aos povos indígenas do Xingu. Essa proposta amadureceu durante mais de 20 anos de atuação na formação e ou capacitação de indígenas para o trabalho em saúde. No decorrer destes anos foram experimentados vários processos de ensino-aprendizagem possibilitando sucessivas aproximações ao eixo pedagógico a ser constituído. Foi um período de mudanças processadas na relação intercultural, com impacto importante nas dimensões técnicas, políticas, administrativas e pedagógicas do trabalho em saúde no Xingu. A experiência de formação de agentes de saúde e auxiliares de enfermagem indígenas trouxe para a UNIFESP um acúmulo inédito de desenvolvimento de um processo de educação profissional para índios na área da saúde (UNIFESP, 2007).

Em 2007 a UNIFESP apresentou a Proposta Curricular de Formação Técnica de Agentes Indígenas de Saúde à Escola de Saúde Pública da SES/MT, ao Conselho Estadual de Educação do Estado de Mato Grosso (CEE-MT) e à Secretaria de Estado de Educação de Mato Grosso (SEDUC-MT) por meio do Setor de Educação Escolar Indígena. A proposta curricular visa a profissionalização e escolaridade referente ao ensino fundamental, para a formação dos AIS da região do Médio e Baixo Xingu, área que corresponde ao Convênio UNIFESP/FUNASA (UNIFESP, maio 2007).

A carga horária prevista para o ensino fundamental é de 1270 horas, sendo 990 horas de concentração e 280 horas de dispersão, ministradas pelos professores indígenas e EMSI nas escolas indígenas (UNIFESP, 2007).

Tanto a Matriz Curricular do Curso quanto as fichas de desempenho (ANEXO IV a VIII), possuem como referência o Programa de Formação de AIS da Funasa, com adaptações às especificidades locais.

A carga horária do curso profissionalizante prevê um total de 1444 horas, sendo 884 horas de concentração e 560 horas de dispersão. O curso é composto por 11 módulos de concentração distribuídos em 4 grandes áreas curriculares (UNIFESP, 2007):

Área Curricular I: Conhecendo a família indígena / Promovendo a troca de experiências.

- Módulo introdutório
- Módulo saúde da criança e da mulher
- Módulo de saúde bucal e vigilância nutricional

Área Curricular II: Rompendo a cadeia de transmissão das doenças / Prevenindo o risco na relação intercultural:

- Módulo doenças da infância I
- Módulo doenças da infância II
- Módulo doenças de pele e parasitoses intestinais
- Módulo doenças endêmicas
- Módulo DST/AIDS

Área Curricular III: Participando do processo de recuperação da saúde / Identificando mudanças provenientes da relação intercultural.

- Módulo saúde do adulto
- Módulo urgências e emergências

Área Curricular IV: Organizando e desenvolvendo o processo de trabalho

- Módulo de organização do trabalho do DSEI .

A proposta pedagógica do curso está ancorada teoricamente na pedagogia histórico-crítica, tendo suas bases práticas na “metodologia problematizadora”, que permite trabalhar o processo ensino-aprendizagem a partir da própria realidade vivenciada pelos alunos e trabalhadores indígenas

na área da saúde, aproximando-se da forma tradicional de aprendizado destes povos em que a teoria não se descola da prática, em que o concreto, o trabalho, rege o processo do aprender e ensinar (UNIFESP, 2007, p.12 ).

Considerando os pressupostos da “metodologia” problematizadora, cada módulo do curso busca a construção do conhecimento fundada na realidade do educando, utilizando os seguintes eixos temáticos, ou idéias-força:

- Percebendo nossa realidade
- Entendendo o processo saúde- doença
- Promovendo a saúde e intervindo no processo saúde-doença
- Conhecendo e organizando os serviços de saúde

Os períodos de concentração de cada módulo têm em média 80 horas e os períodos de dispersão uma carga horária média de 60 horas. Atualmente os AIS encontram-se no 6º módulo do curso. (UNIFESP, 2007).

Duas características da formação de AIS no Xingu destacam-se por não se constituírem uma regra da formação de AIS no país:

- os períodos de concentração realizam-se em área indígena, prática defendida tanto pela coordenação do Projeto Xingu, como pelas lideranças indígenas. Segundo OLIVEIRA (2005c), esta operacionalização propicia uma maior interação étnica, administrativa, técnica e política no campo da saúde.
- os AISAN participam de todos os módulos de concentração e dispersão do curso de AIS, pela solicitação dos alunos e lideranças. São considerados agentes de saúde com a especificidade de conhecimentos sobre saneamento. A formação específica dos AISAN deu-se por meio de módulos de concentração oferecidos pela FUNASA em cidades próximas ao Xingu. A supervisão de suas atividades de saneamento é atribuição dos instrutores do Departamento de Engenharia de Saúde Pública da FUNASA, que no concreto do trabalho, não tem acontecido, segundo demonstra documentos analisados pela pesquisadora, como as atas de reunião de conselho local e distrital de saúde (ANEXO I).

Portanto, deste ponto em diante do estudo, passaremos a usar o termo “agente indígena de saúde” para designar todos os trabalhadores que

participam do curso de formação de AIS, e que atuam nas áreas de saúde, saúde bucal e saneamento.

Tanto os períodos de concentração quanto de dispersão buscam o estabelecimento de um diálogo intercultural, expresso pela construção de um conhecimento ampliado do processo saúde-doença. Os AIS são estimulados a discutirem e sistematizarem as práticas tradicionais de seus povos, pesquisarem com os mais velhos o contexto histórico das relações interétnicas e atuarem no cotidiano de forma articulada com os representantes da medicina tradicional e com as mulheres, consideradas detentoras de um amplo conhecimento relacionado aos cuidados com a família.

A dispersão, ou supervisão, caracteriza-se como o período entre os módulos, em que os alunos vivenciam a prática real de trabalho nas aldeias ou no pólo-base, com o acompanhamento da EMSI.

A supervisão nas aldeias é realizado em todas as oportunidades de trabalho, considerando a integração ensino-serviço como um dos eixos da formação profissional. Dessa forma, diversas atividades são estabelecidas nas viagens para as aldeias: atendimento aos problemas de saúde, ações programáticas, vigilância à saúde, organização do serviço, imunização, educação em saúde.

Nesse contexto acontece a supervisão do AIS em sua comunidade. Ele é inserido em todas as atividades, sendo estimulado a refletir sobre a prática, retomando e aplicando os conhecimentos discutidos no período de concentração.

Outro espaço de trabalho e ensino para os AIS são as UBS, localizadas nos pólos-base da área de abrangência. A UBS do Pólo-Base é considerada a primeira referência para os agravos de saúde não resolvidos na aldeia. No Xingu, o pólo-base localiza-se em área indígena, como demonstrado no mapa (Figura 2), onde atuam AIS que moram no pólo, auxiliares de enfermagem indígenas, enfermeiros, médicos e dentistas.

Além do atendimento aos casos clínicos que necessitam de monitoramento rigoroso e o suporte inicial às urgências e emergências, as



UBS dos Pólos-Base recebem praticamente toda a demanda espontânea dos moradores do pólo.

Os AIS realizam estágios nas UBS com duração média de 20 dias, acompanhando os atendimentos clínicos, as ações programáticas voltadas para a atenção à saúde da criança, da mulher, idosos, doenças endêmicas e tratamentos prolongados.

A avaliação dos alunos ocorre de forma contínua durante todo o processo de ensino-aprendizagem, considerando as atividades realizadas durante os períodos de concentração e dispersão, com a produção de textos, dramatizações, desenhos e outras atividades. Foram elaborados instrumentos para a avaliação de desempenhos relacionados aos temas trabalhados durante o curso, questionários para auto-avaliação, relatórios, pesquisas e entrevistas, organogramas e textos (UNIFESP, 2007).

Os conhecimentos e habilidades são registrados em 25 fichas de desempenho específicas para cada módulo (exemplo no ANEXO IV). Cada desempenho é avaliado pelo profissional de saúde, que registra o grau de habilidade do educando naquele procedimento com as siglas S (sim, realiza); P (pouco ou realiza pouco); N (não realiza).

Ao final de cada módulo são utilizadas fichas de desempenho final (ANEXO V) , definindo se o aluno está apto a seguir o próximo módulo de concentração.

A Avaliação do Período de Dispersão (ANEXO VI), Ficha de Avaliação Individual de Desempenho (ANEXO VII) e Ficha de Registro de Fatos (ANEXO VIII) são instrumentos descritivos que registram uma avaliação conjunta do aluno e instrutor. Permitem o apontamento e sistematização do processo pedagógico, bem como as relações entre o educando e supervisor, e entre o AIS e sua comunidade.

O Quadro a seguir descreve a totalidade das fichas de desempenho utilizadas pela EMSI para o acompanhamento prático do trabalho do AIS.

**Quadro 1:** Número de fichas de avaliação de desempenho pra a supervisão de AIS, Médio e Baixo Xingu, 2007

Tipo de Instrumento	N
Fichas de desempenhos	25
Fichas de desempenho específicas para o AISB	8
Avaliação de desempenho final do módulo	5
Auto-avaliação de dispersão e estágio na UBS	1
Exercícios de fixação de aprendizagem	5
Ficha de avaliação individual de desempenho comentado pelo supervisor e aluno	1
Ficha de registro de fatos	1

Fonte: UNIFESP, 2007

## 5.2 TRABALHADORES DA SAÚDE INDÍGENA: ESTRANHAMENTOS E APROXIMAÇÕES...

A supervisão, como qualquer atividade do processo de trabalho em saúde, é concebida, executada e avaliada por pessoas, consideradas agentes do trabalho em saúde (MENDES-GONÇALVES, 1992, 1994).

No trabalho em saúde no Xingu, esses agentes formam um grupo diversificado, provenientes de universos culturais bastante distintos, onde a interculturalidade permeia não só a relação entre índios e não índios, como também a relação entre índios de etnias diferentes.

O quadro e tabela a seguir demonstra o conjunto de recursos humanos do convênio UNIFESP/FUNASA em novembro de 2007, quando realizou-se o trabalho de campo. Além da equipe técnica, composta por profissionais de nível universitário, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, completam o quadro a equipe administrativa, incluindo gestores indígenas, pessoal de apoio e assessores:

**Quadro 2** – Número de trabalhadores que atuam no território indígena do Médio e Baixo Xingu e na sede administrativa do Projeto Xingu/UNIFESP, novembro 2007

Indígenas	N	Não- Indígenas	N
AIS *	59	Auxiliar de serviços gerais	1
Auxiliar de enfermagem	9	Enfermeiro	7
Auxiliar administrativo	9	Médico	2
Auxiliar de serviços gerais	13	Motorista	3
Coordenador de pólo-base	2	Nutricionista	1
Cozinheiro/pescador	5	Odontólogo	2
Instrutor	1		
Piloto de barco	11		

\* AIS contratados e voluntários

Fonte: UNIFESP, 2007

**Tabela 3** - Distribuição dos trabalhadores do Médio e Baixo Xingu, novembro 2007, pela variável “indígena” e “não indígena”

Trabalhadores	N	%
Indígenas	112	88
Não indígenas	16	13
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>100</b>

Fonte: UNIFESP, 2007

O predomínio de trabalhadores indígenas, representa um dos eixos norteadores do trabalho em saúde da UNIFESP:

faz parte do desenho político do Projeto a prioridade de contratação de indígenas e a formação profissional nos moldes da educação permanente. A instituição tem buscado construir uma política de gestão de pessoas, para tanto têm enfrentado diversas dificuldades, já que trata-se de uma proposta contra hegemônica, no sentido de fixar profissionais, estabelecer carreiras e promover a cidadania indígena pela via profissional. (UNIFESP, 2005)

As comunidades são representadas por diversas figuras que acompanham o serviço de saúde do DSEI Xingu: caciques, professores indígenas, conselheiros de saúde, algumas mulheres e representantes das práticas tradicionais de saúde. Trata-se de uma aproximação que vêm sendo construída ao longo dos anos em que a UNIFESP atua na execução do serviço de atenção à saúde.

A política de recursos humanos do Projeto também está voltada para a composição e fortalecimento de equipes multiprofissionais e capacitação dos profissionais de nível universitário (UNIFESP, 2005). Diversas estratégias buscam viabilizar a inserção e formação em serviço dos “não-indígenas”: processo seletivo com os gestores índios e não índios, treinamento em serviço com a EMSI que já atua em campo, reuniões técnicas, capacitações de conteúdo técnico, pedagógico e antropológico, participação nos cursos de formação de AIS, nos encontros de mulheres e nas reuniões de conselho.

### 5.2.1 Perfil Geral dos Agentes Indígenas de Saúde

Os AIS que participavam do Curso de Formação em novembro de 2007 perfaziam um total de 59 alunos, sendo 49 alunos do sexo masculino (83 %) e 10 do sexo feminino (17%). A idade mediana dos alunos é de 25 anos e o tempo de atuação como agente de saúde varia de 2 a 20 anos (UNIFESP, 2007).

As tabelas seguintes demonstram dados do perfil dos AIS com relação a população total do Médio e Baixo Xingu. Observa-se na tabela uma proporção de AIS compatível com a proporção da população por etnia

**Tabela 4** - Número e proporção de AIS pela população geral e por etnia, Médio e Baixo Xingu, novembro 2007.

Etnia	Proporção de AIS por etnia		Proporção da população geral por etnia	
	N	%	N	%
Ikpeng	7	12	393	16
Kaiabi	25	42	1094	45
Kamayura	1	2	89	4
Kisedje/Suia	13	22	387	16
Waura	2	3	51	2
Trumai	5	8	75	3
Yudja/Juruna	6	10	324	13
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100</b>	<b>2458</b>	<b>100</b>

Fonte: 59 prontuários de AIS, UNIFESP/Projeto Xingu, 2007

A tabela 5 demonstra o predomínio de AIS do sexo masculino, casados e com filhos. Observa-se que a maioria das mulheres possuem filhos, porém dessas, nem todas são casadas. Das 10 mulheres AIS, 8 têm filhos, sendo 4 separadas e 4 casadas. As mulheres apontam como uma das causas da separação a dificuldade que o marido tem em aceitar o trabalho na área da saúde.

**Tabela 5** - Número e proporção de AIS por sexo, união estável e filhos, Médio e Baixo Xingu, novembro 2007.

	Sexo		União estável		Filhos	
			casado	solteiro	com filho	sem filho
	N	%	%	%	%	%
Masculino	49	83	63	37	69	31
Feminino	10	17	40	60	80	20
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100</b>	<b>59</b>	<b>41</b>	<b>71</b>	<b>29</b>

Fonte: 59 prontuários de AIS, UNIFESP/Projeto Xingu, 2007

A participação feminina no modelo de saúde do Xingu vêm crescendo ao longo do anos, expresso na inserção de mulheres no trabalho de AIS, no conselho de saúde e em reuniões específicas, como o Encontro de Mulheres.

Esses espaços têm promovido a expressão e valorização do corpo de conhecimentos relacionados aos cuidados femininos das diversas etnias do PIX, bem como a participação das mulheres nos espaços de decisão política.

Quanto à inserção das mulheres como AIS, como aponta OLIVEIRA (2007), algumas peculiaridades podem ser mais aprofundadas em outros estudos: como trabalha uma mulher que é AIS? Como concilia seus saberes e práticas? Quais regras de etiquetas devem estabelecer-se na relação com a equipe de saúde e entre homens e mulheres que trabalham e estudam juntos?

A tabela 6 mostra o predomínio de AIS na faixa etária de 20 a 29 anos, sendo a mediana de 25 anos. A maioria começou a trabalhar na saúde com 15 a 19 anos, com uma mediana 18 anos.

**Tabela 6** - Proporção de AIS por idade atual e idade de início de trabalho, Médio e Baixo Xingu, novembro 2007.

	Idade atual	Idade de início do trabalho
	%	%
Menos de 15	0	14
15 a 19	10	54
20 a 29	73	27
30 a 39	14	3
40 ou mais	3	2
Total	100	100

Fonte: 59 prontuários de AIS, UNIFESP/Projeto Xingu, 2007

A tabela 7 demonstra a distribuição por tempo de trabalho em anos dos AIS que freqüentam o curso de formação, sendo a mediana de 5 anos.

As tabelas 8, 9 e 10 demonstram os AIS por “categoria” de ações principais (saúde, saúde bucal e saneamento), vínculo trabalhista, nível de escolaridade e outras funções/atividades que desempenha.



**Tabela 7** – Número e distribuição dos AIS por tempo de trabalho em anos

Número de anos	N	%
Menos de 5	19	32
5 a 9	29	49
10 a 14	6	10
15 a 19	2	3
20 ou mais	3	5
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

Fonte: 59 prontuários de AIS, UNIFESP/Projeto Xingu, 2007

**Tabela 8** – Número e distribuição dos AIS por “categoria” de ações de saúde e vínculo de trabalho

	“Categoria”		Contratado		Voluntário	
	N	%	N	%	N	%
AIS	41	70	20	49	21	51
AISB	12	20	8	67	4	33
AISAN	6	10	6	100	0	0
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100</b>	<b>34</b>	<b>58</b>	<b>25</b>	<b>42</b>

Fonte: 59 prontuários de AIS, UNIFESP/Projeto Xingu, 2007

**Tabela 9** - Distribuição dos AIS por nível de escolaridade

Etapa da Escolaridade	%
1ª fase do ensino fundamental incompleto (1ª a 4ª)	19
1ª fase do ensino fundamental completo (1ª a 4ª)	81
2ª fase do ensino fundamental incompleto (5ª a 8ª)	96
2ª fase do ensino fundamental completo (5ª a 8ª)	2
Ensino médio incompleto	0
Ensino médio completo	2

Fonte: 59 prontuários de AIS, UNIFESP/Projeto Xingu, 2007

**Tabela 10** – Número e distribuição de AIS de acordo com outros papéis que desempenha.

Papéis	N	%
Membro de associação indígena	15	25
Conselheiro de saúde	11	19
Pajé	1	2
Professor	1	2
Cacique	0	0

Fonte: 59 prontuários de AIS, UNIFESP/Projeto Xingu, 2007

Passado, presente e futuro....

Nos trechos seguintes, evidencia-se o longo processo de conformação da identidade do AIS, de seu papel perante as comunidades e da necessidade de incorporação de conhecimentos e práticas externas à dinâmica cultural:

*Tinha meninos em algumas aldeias que acabavam cuidando dos doentes, em aldeias distantes... na época, a FUNAI tinha um número muito reduzido de profissionais de saúde. Tinha muitas epidemias, os brancos não davam conta de atender tudo. Quando a gente começou a montar o material pra treinar os agentes de uma forma mais sistemática, em 1983, eles não conseguiam ter muito acesso à comunidade, não existia muita confiança... Mairawê [liderança Kaiabi] sempre falava: “o trabalho que vocês estão começando vai ser pra sua vida inteira, porque vocês não vão fazer ele em 10 anos, nem em 20, vai ser sua vida inteira esse trabalho.... vocês estão começando agora, até a comunidade confiar vai demorar muito”... isso ele avisou quando eu fui a primeira vez falar com ele pra fazer um curso lá...(profissional 3)*

*o trabalho do agente de saúde na aldeia é uma coisa que virou, vamo dizer assim... no início, ninguém acreditava no trabalho deles... o pessoal achava que tinha que ser um branco pra fazer o trabalho nas aldeias... mas criaram uma confiança com o trabalho dele e viram que o agente de saúde não saiu da aldeia, ficou uma coisa sempre ali, né?... ele mora na aldeia, a família dele é da aldeia e... há uma diferença que ele também entendeu... que ele não tá pra atender só família, ele tá ali pra atender todos... então é uma coisa que branco trouxe, essa visão, né? De... tem que cuidar de tudo... tem que passar pra todos o que sabe, tem que mostrar pros outros que você trabalha, que você entende... então isso tá sendo bom... e provoca uma grande pergunta entre nós: “o que nós vamo fazer daqui pra frente?”... nós como índio... entre nossos parentes... “será que todos vão ficar igual ao agente? ou só alguns têm que seguir esse trabalho?”... no que eu vejo, tem que ser alguns... não todos ... pra tá recebendo o trabalho de agente de saúde, professor, essas coisas de fora ... (liderança 3)*

Essa última reflexão da liderança entrevistada, demonstra a preocupação com as mudanças da dinâmica interna e externa dos povos do PIX. Reflete também o cuidado que a UNIFESP tem em inserir as lideranças

em todo o processo decisório do modelo de atenção à saúde e do modelo de formação de trabalhadores indígenas da saúde:

Na profissionalização dos agentes indígenas de saúde deve-se considerar a existência e vitalidade de um sistema de cura estruturado, composto por outros agentes de cura que fazem parte do itinerário terapêutico destes povos onde o agente de saúde, assim como outros profissionais da equipe multiprofissional (UNIFESP, 2007)

### 5.2.2 Perfil dos Profissionais Não-Índios: os “Branquígenas”

*vocês equipe... eu sei porque chamam vocês de branquígenas ... vocês que já trabalham mais tempo com nós, com o povo indígena, vocês já sabem que a vida da gente é diferente de que vocês vivem... alguns de vocês já tá pegando o conhecimento da gente, jeito de viver junto com nós, devagar vocês pega ... isso é bom ... a gente observa cada um de vocês assim ... (AIS 4)*

Como aponta OLIVEIRA (2002), inserir a temática de gestão de pessoas no contexto indígena não é usual, mas estando a saúde indígena organizada enquanto um sub-sistema de saúde no âmbito do SUS, entende-se necessária essa aproximação.

As tabelas seguintes apresentam algumas características gerais do perfil dos profissionais de saúde, em novembro de 2007:

**Tabela 11** – Número e distribuição dos profissionais da EMSI por categoria profissional

Categoria	N	%
Enfermeiro	7	58
Médico	2	17
Odontólogo	2	17
Nutricionista	1	8
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

Fonte: Quadro de recursos humanos, Projeto Xingu/UNIFESP, novembro de 2007

**Quadro 3** – Distribuição dos profissionais da EMSI por sexo, idade e experiência profissional anterior

Sexo		Idade		Experiência Anterior
M	F	20 a 30	30 a 40	
%	%	%	%	%
25	75	67	33	50

Fonte: Quadro de recursos humanos, Projeto Xingu/UNIFESP, novembro de 2007

**Tabela 12** - Número de distribuição dos profissionais da EMSI por tempo de trabalho no DSEI Xingu

Período	N	%
6 meses	1	8
1 ano	3	25
2 anos	6	50
3 anos	1	8
4 anos	1	8
Total	12	100

Fonte: Quadro de recursos humanos, Projeto Xingu/UNIFESP, novembro de 2007

A partir das entrevistas, pôde-se captar algumas características gerais dos profissionais universitários durante a graduação e em experiências anteriores de trabalho:

- ✓ percepção que a graduação ofereceu um conteúdo escasso sobre conhecimentos de saúde externos ao modelo biomédico ocidental, expresso na iniciativa de alguns professores em discutir sobre a importância dos saberes “populares” em saúde;

- ✓ desejo de trabalhar na área de saúde pública, ter contato mais “direto” com a comunidade, curiosidade sobre as práticas populares de saúde;
- ✓ busca de um sentido maior para a profissão, valorização da discussão do “papel do profissional na sociedade”, que identificaram em períodos fora da grade curricular: centros acadêmicos, movimentos estudantis e projetos voluntários;
- ✓ vontade de atuar em populações econômica e socialmente “excluídas”;
- ✓ desconhecimento quase que total sobre os povos indígenas do Brasil;
- ✓ constatação em trabalhos anteriores da dificuldade em aplicar na prática os conhecimentos da graduação e a ausência de um processo de capacitação contínua para o exercício de suas atividades;

Dos sete profissionais entrevistados, quatro começaram a trabalhar no Xingu recém-formados e 3 possuíam menos de 5 anos de experiência em trabalhos anteriores.

*na faculdade de enfermagem eu tinha um professor que dava toques de valorizar o conhecimento da pessoa que vem da comunidade, entender que ela é prioridade, mas no trabalho eu nunca tive uma experiência como essa... trabalhei em um PSF quatro anos e meio... no SUS a gente é colocado pra trabalhar, não tem um preparo pra atuar naquela realidade... a gente não via essa preocupação do ensino e aprendizado em serviço.... (profissional 5)*

*assim que eu me formei, fui trabalhar num assentamento rural do movimento sem terra, a gente trabalhava alfabetização de adultos com conteúdo voltado pra saúde e nutrição, utilizava o método do Paulo Freire... durante a graduação eu fui do movimento estudantil, queria atuar na área de saúde e educação, como um fator agregante à cidadania... foi ali que tive contato com algumas pessoas que trabalhavam na saúde indígena, aí que fui saber o que era índio, que existia um trabalho de saúde com índio, porque até então na graduação, não se toca nesse assunto (profissional 4)*

*Comecei a trabalhar no Xingu em 1990, recém formada, e um pouco na idéia de ver como que era, um pouco imatura ainda, aquela possibilidade de trabalhar no mato... recebemos treinamento, discussões de antropologia de um modo geral e treinamentos práticos, porque não teríamos uma retaguarda médica o tempo todo... foi um preparo extremamente importante que nos permitiu enfrentar a situação toda depois... (profissional 7)*

O início do trabalho em área indígena é permeado por diversas sensações, percepções e práticas:

- ✓ curiosidade e encantamento com o patrimônio cultural dos índios
- ✓ insegurança na questão assistencial e clínica, identificada mais pelas enfermeiras;
- ✓ percepção que a graduação contribuiu pouco para a atuação na formação em serviço de trabalhadores;
- ✓ identificação da importância de capacitações pedagógicas e antropológicas;
- ✓ percepção de também estarem inseridos em um processo de formação contínua, aprendendo com as comunidades indígenas e com os profissionais de saúde que trabalham há mais tempo; sensação de segurança em ser “supervisionado” pelos coordenadores do Projeto;
- ✓ identificação da importância de desenvolver-se habilidades nas relações humanas: ouvir, observar o contexto, aprender com a convivência;
- ✓ percepção da necessidade e do desafio de construir-se uma articulação entre os conhecimentos da biomedicina e os conhecimentos específicos de cada povo indígena.

*no começo, eu ensinava os agentes de saúde como eu tinha aprendido, vem cá, faz aqui, deixa eu ver, você faz, depois eu faço, tinha algumas inseguranças... a responsabilidade: "será que eu tô ensinando correto isso"... eu tinha sempre livros pra poder ter segurança, porque tinha algumas coisas que eu não tinha habilidade, eu tinha que dominar pra poder ensinar pra eles... (profissional 7)*

*A formação dos agentes eu acho que é um pouco difícil porque... você tem que ter uma sacação, tem que ter um ouvido e um olhar bem afinado, que você vai adquirindo com o tempo... eu já participei de 4 módulos do curso deles, já tô entendendo um pouco, mas mesmo assim eu tenho dificuldade ainda...(profissional 4)*

*Como recém formada, eu sentia bastante insegurança em termos de tudo aquilo que tava acontecendo, eu tentava entender o contexto e sentia uma baita responsabilidade na questão assistencial, que era uma coisa muito concreta, tudo era possível, epidemias, urgências... isso causava uma certa apreensão... então nos primeiros tempos a minha atenção ficou mais em termos de como atender as pessoas, resolver os problemas... alguns AIS moravam no posto, e os da aldeia*

freqüentavam também, eram essas pessoas que me ajudavam...  
(profissional 7)

*O preparo inicial que acho importante, passa mais por uma sensibilização mesmo, pra você não transgredir muito as regras, e entender a importância dessa vivência no plano social, conversar com as pessoas, saber ouvir... porque a gente está muito impregnado com essa coisa não-social da cidade... mas é a prática mesmo que vai sedimentar nosso aprendizado pra atuar aqui... eu acho importante uma preparação pra pessoa não achar que ela tá vindo aqui salvar o mundo, porque todo o conhecimento que ele tem é de uma área, vem de UMA vivência social, e como que essas outras pessoas lidam com esse conhecimento que ele tá trazendo? As pessoas vão incorporar, modificar, manipular esse conhecimento de uma outra forma...  
(profissional 1)*

Como aponta OLIVEIRA (2002), as solicitações dos profissionais de campo para assessoria nas áreas de educação e antropologia são freqüentes, para minimizar as lacunas de formação.

O trecho seguinte demonstra o estranhamento inicial que os profissionais de saúde normalmente expressam acerca do enfoque antropológico para a compreensão dos contextos culturais. Além das características próprias da visão biomédica ocidental, fica evidente que o desgaste que o trabalho de campo proporciona e a longa permanência em área também são fatores que resultam num olhar menos “sensível” ao contexto cultural:

*não vejo a antropologia como um toque mágico, mas que dá uma luz pra gente entender algumas coisas ... tem outras horas que a gente vê algumas pessoas que viajam demais na questão antropológica, então tem essas duas vertentes... tem alguns que te mostram coisas que você não viu, porque às vezes, no dia a dia, você pode ser um pouco resistente, você tá desgastado e pensa: “tudo é cultura também? Ah... cultura na hora disso, mas em outra situação eles não respeitam a cultura?” ... mas aí depois você pára pra pensar: “é, realmente tem esse fundamento, eu comi essa bola, eu tenho que considerar isso” não é que você vai achar que tudo é certo, mas você tem que considerar, e isso a gente aprende ... (profissional 5)*

No serviço de atenção primária do DSEI Xingu, um dos principais objetos de trabalho dos profissionais de nível universitário é o processo educativo, por isso os movimentos de ensino-aprendizagem colocam-



*se de imediato na sua inserção e vinculação, sendo uma característica necessária do perfil profissional (UNIFESP, 2005).*

assim que entrei no trabalho [do Xingu], entendi que na hora de fazer, que não era eu fazer sozinha, como a gente faz lá fora, no posto de saúde, que algumas coisas você faz e outras você delega ... eu sabia que era bem ensino mesmo, educação em serviço... e que era muito disso de fazer junto com os AIS... (profissional 5)

### 5.2.3 Vivências Interculturais no Cotidiano

A questão da interculturalidade permeia todos os núcleos temáticos desta investigação, na tentativa de descrever como ela se manifesta na relação entre os atores sociais na supervisão de AIS. Contudo, consideramos pertinente ressaltá-la nesse tópico, por sua relevância no modo de organização do trabalho em saúde no Xingu.

A relação entre culturas diferentes é considerada pelos profissionais de saúde um dos maiores **desafios**, ainda que **apaixonante**, na atuação em aldeias e pólos-base. Os relatos dos profissionais de saúde entrevistados corrobora a colocação de OLIVEIRA (2002): “a maioria dos profissionais que interagem no processo de trabalho também se colocam como aprendizes de novas realidades e em constante descoberta”.

*a vivência com os índios acho que muda a vida da gente... nossos valores sobre a vida, sobre família, as relações com as pessoas ... no trabalho também, o tempo todo a gente aprende... depois de um tempo começa a enxergar como nosso conhecimento é limitado, ele é útil em várias situações, mas é bem limitado... (profissional 4)*

Desfazer-se do **etnocentrismo** parece ser uma necessidade, que demanda tempo e bastante reflexão:

*eu acho que os desafios maiores são culturais mesmo, eu acredito que a gente tem um certo vício de querer enxergar da nossa forma... quando a gente vê que tem que se despir de qualquer conceito que você tem pra construir um conceito novo, isso é muito complicado... (profissional 6)*

Como aponta MINDLIN (2004), abrir-se para a visão do outro, exige desprendimento de nossos conceitos para tentar compreender as várias facetas de uma outra cultura.

Nas relações interculturais há o encontro e conflito de diferentes. Alguns estudo antropológicos apontam que no relacionamento dos profissionais não-índios com as comunidades é comum a falta de paciência necessária para explicar um ponto de vista e ouvir o ponto de vista do outro, julgando-se que o outro não vai entender (JUNQUEIRA, 2004).

*uma coisa que eles tinham muita dificuldade era com a questão de registro, não se dá valor à informação, em colocar as coisas no papel, não sabem mexer com o livro de atendimento, tem que ensinar a mexer várias vezes... não mexiam com o caderno de criança e gestante direito... então vamos trabalhar informação pra eles, porque eles tem que entender, tem que valorizar o registro, perceber que isso daqui é importante... geralmente são os casos dos AIS mais desatentos, que a gente sabe que pisam na bola mesmo... não sei se isso é cultural, esse falta de valorização dos registros...*  
(profissional 5)

Aponta-se que uma maior consciência dos próprios pensamentos, a disponibilidade de ouvir e compreender o outro, aumentando o tempo entre **impulso e ação**, é uma estratégia que ajuda a trazer resultados mais positivos nas relações (JUNQUEIRA, 2004).

No trecho desse profissional, observamos a identificação desse cuidado, adquirido ao longo do tempo de convivência:

*no começo, é claro que incomoda a gente ouvir alguém falando em outra língua, você não entendendo nada, fica meio ansioso ... pra toda ação a gente costuma ter uma reação espontânea, mas em alguns casos essa reação precisa ser analisada no âmbito cultural, você tem que ter aquela sensibilidade de entender o que tá acontecendo através do não verbal, ver o contexto para esboçar a sua reação... todo o leque de conhecimento agregado durante a vida, para você fazer uma interpretação rápida e esboçar a sua reação, nas comunidades indígenas você tem que parar, pensar: "eu não tenho vivência nessa área, eu não tenho conhecimento aqui, qual seria a reação dos outros"... observar o que vai acontecer pra depois pensar se precisa ter uma intervenção mesmo ou não... (profissional 1)*

A **intensidade do convívio** entre profissionais de saúde e comunidades é uma característica marcante do trabalho em saúde no Xingu. Essa proximidade reflete-se de várias maneiras na formação e supervisão dos AIS.

*Viver com eles é compartilhar mesmo tudo, o dia a dia, as alegrias, as tristezas... quando morria criança, algum doente que não dava tempo de tirar, era muito duro também pra gente, tinha um laço muito forte... aqueles dois meses que a gente passava trabalhando em área era sempre muito intenso... quando chegava na época de sair da área, parecia que tudo complicava, também porque a gente já tava cansado...outra questão é a exposição do profissional em área indígena, que é muito alta, todo mundo sabe onde você foi, o que você fez, não deixa de gerar tensão e desgaste com o tempo... (profissional 7)*

Para uma boa convivência é importante estabelecer e respeitar os limites que se apresentam. O profissional de saúde deve lembrar que está em um **ambiente de trabalho**. É difícil saber o ponto ideal, mas a ética deve orientar a relação intercultural, para que diferenças de hábitos e costumes não se transformem em barreiras ao trabalho da saúde. Devem-se buscar pactos de convivência e construir uma **etiqueta local** (OLIVEIRA, 2005c).

*numa comunidade, é legal as pessoas saberem sua história, de onde você vem, quantos filhos você tem, o que você gosta, o que você come, o que você não come... é legal comer as coisas deles, mas não de uma maneira falsa ... você tem que se sentir bem, e as pessoas percebem isso... como uma professora que veio fazer acompanhamento nas aldeias ... sempre que perguntavam pra ela se ela tava gostando de ficar lá, dizia que tava ótimo: “olha que beleza, olha que céu, olha que flor” ... o mosquito picava, mas tá ótimo, o passarinho cagava na cabeça, olha que maravilha [risos]... isso é um sintoma que nada tá bem, então precisa ser sincero consigo mesmo e com o outro...(profissional 1)*

JUNQUEIRA (2004) chama a atenção sobre a inadequação do estabelecimento de uma **relação demasiadamente “familiar”** por parte dos não índios:

“quando não-índios chegam pela primeira vez a uma comunidade indígena, os primeiros dias são os mais fecundos para captar as diferenças, as similaridades, o que nos aproxima e nos afasta de determinado povo. A familiaridade com o meio indígena, em vez de facilitar o contato, torna-o mais difícil, pois à medida que recebe-se a camaradagem de um povo com o qual se trabalha, assimila-se à outra cultura, perdendo o devido distanciamento cultural. Nesse caso, familiaridade atua contra a objetividade, porque impede de constatar as diferenças, levando profissionais de saúde a terem certa liberdade de criticar condutas, ou adotar comportamentos que podem ser ofensivos para aqueles povos” (JUNQUEIRA, 2005).

*a experiência sua com os filho... acompanhar os pais... se é mulher acompanha a mãe, se é homem acompanha o pai... então a partir daí que ele vai vendo e fazendo algumas coisa na prática ... então você pode ver que às vez acontece... criancinha de 3 ano, 4 ano já tá junto com o pai... faz até viagem pra pescar... aí tem enfermeira que fala assim: “não pode levar no sol, não pode pegar chuva, depois fica doente...” e não percebe essas coisa... a gente pensa assim: “vai pegar chuva ? não sei...” foi criança quem decidiu, não foi o pai só... e é bom pra ela se virar de pequeno... (liderança 3)*

A construção de relações interculturais, como afirma LANGDON (2005), requer que os profissionais de saúde desenvolvam uma postura reflexiva e antropológica nas suas intervenções em saúde, para que se mantenham abertos para ouvir e aprender através do que o outro está comunicando sobre sua experiência, relativizando seu conhecimento na tentativa de construir uma atenção diferenciada, respeitando os conhecimentos e práticas tradicionais. Tal postura de reflexão pode ser exemplificada no trecho a seguir:

*tem muitas questões culturais que se relacionam com o nosso trabalho em saúde, que precisamos prestar mais atenção. A simples atitude de pegar um bebê no colo, como manifestação de afeto infringe uma regra que determina que a criança não pode ser tirada do colo da mãe. Na cultura Suiá, fazer cócegas nas crianças pode causar emagrecimento, tanto da mãe quanto do filho. Para os Yudja, cantar para as crianças não faz bem, já que o bebê ainda não pode entender o que está sendo dito. Quantas vezes atuamos desconsiderando estas regras. No dia a dia, as famílias parecem ter certo receio em colocar aos profissionais da equipe certas restrições. Por desconhecimento, passamos por cima de questões em nome da prevenção, qualidade de assistência, identificação precoce de riscos.*

(trecho extraído de um relatório técnico Projeto Xingu/UNIFESP, 2007).

JUNQUEIRA (2004) recomenda que qualquer ação com povos indígenas, inclusive de saúde, deve buscar informações sobre os povos, demonstrando uma curiosidade genuína de saber qual é a etiqueta social, e os princípios de respeito a serem seguidos. Pode-se sistematizar o registro desses hábitos culturais de forma a difundir essas características entre os profissionais de saúde, e a melhor coisa a se fazer é perguntar, “perguntar

não ofende ninguém. O que você está sentindo? O que você gosta? O que você não gosta? O que você faria diferente? (JUNQUEIRA, 2004 p.93).

*acho que a maior dificuldade é que a gente não pensa dessa forma integrada, como os índios, porque a gente não aprendeu desse jeito, a fragmentação está em toda nossa sociedade e no ensino... quando você chega num trabalho desse tipo, tem que fazer várias ligações complexas, tem que lidar com os aspectos culturais, sair do urbano pra selva, tem que se adaptar a tudo... sair de uma formação onde aprendeu que terá uma equipe completa, um posto equipado, e vai pra um lugar totalmente diferente... e mesmo com formação, capacitação pedagógica, tem profissionais que não conseguem enxergar, tem perfis e perfis... também a gente tem que respeitar essas habilidades das pessoas, não dá pra pensar que todo enfermeiro vai ser um baita educador de índio, ou de qualquer outro tipo de profissional ... (profissional 7)*

Segundo ATHIAS e MACHADO (2001), existem em geral uma dificuldade dos profissionais de saúde em aceitar "**outros**" **modelos**, que fogem àqueles já preconizados de assistência à saúde, resultado de uma lacuna em seu processo de formação acadêmica, pela não inclusão de disciplinas relativas às Ciências Sociais e à Antropologia da Saúde nos currículos. A concepção de saúde e doença existente entre os povos indígenas interfere no modelo de assistência já preconizado, e os profissionais de saúde, pela falta de conhecimento mais aprofundado dessas concepções, encontram dificuldade em adaptar tais modelos, provocando assim dificuldades na organização dos serviços de saúde.

Diversos entrevistados manifestaram a **preocupação com as mudanças** nas dinâmicas culturais dos povos indígenas. Além das mudanças provocadas pelo contato cada vez mais intenso com o entorno do PIX, também expressaram uma inquietação sobre as repercussões do trabalho em saúde nas comunidades:

*qualquer ação que a gente tem no Xingu, a gente provoca uma desagregação cultural, seja o dinheiro, por coisas que a gente traz, outros valores, mesmo que você tenha a melhor das intenções, de trazer as melhores coisas da nossa sociedade, só pelo fato de você estar trazendo já muda... a grande vantagem desses povos é a cultura, essa riqueza que tá viva... eles [AIS, professores, lideranças] tão só brincando de branco, porque a essência é a mesma... mas tem que*

*ficar esperto, porque essa brincadeira uma hora pode trazer um resultado... (profissional 2)*

*tem um movimento forte deles quererem essa inclusão na nossa sociedade, e de quererem lucrar, isso tá começando... você começa a ver o capitalismo entrando muito forte, muito rápido... nesse três anos eu já consigo ver mudanças absurdas... vários capitalistas aqui dentro, você vê pela venda de madeira, você vê pelos projetos de pousadas, coisas que eles estão buscando, eles querem abrir uma super estrada pra cidade... eles querem fazer várias coisas que com certeza vai aproximar muito da cultura do branco... eu não sei se eles tão preparados pra essa cultura ainda... eu acho que vai ser um choque grande, mas eu sou otimista, eu acho que algumas comunidades enxergam a riqueza que eles têm porque...às vezes eles não entendem como eles são ricos, né? Começa a ver televisão do branco, eles se sentem pobres diz :“ah, mas eu não tenho nada disso, que que eu tenho?” Alguns já conseguem entender, você vê que as pessoas que mais entendem são as pessoas que já tiveram a experiência lá fora... viram que não era bem o que eles pensavam... você vê na fala de quem não vivenciou lá fora de querer ter essa experiência.. (profissional 6).*

*A gente pode durante o trabalho trazer alguma coisa da cultura deles, inventar uma forma de trabalhar isso com eles, no fim de tarde ir conversar com alguém mais velho, pensar em algumas perguntas pro AIS fazer, pedir pra contar alguma história, pra manter o contato com os velhos, reavivar na memória, pra que no meio daquele turbilhão de informações que os AIS recebem, trazer ele de volta pra cultura deles, isso acho que é o maior cuidado que a gente deve ter... no período do curso isso acontece, essa discussão de conteúdos tradicionais, todo dia depois da aula eles tão se reunindo, cada etnia traz sua dança, seu canto.. senão a gente vai tá auxiliando esses caras a se distanciar da cultura, dos valores...no futuro podem até ser excelentes dentistas, médico, enfermeiros formados, mas sem identidade ... tem agentes de saúde que sabem história lindas... a gente não tem isso, nossa cultura é toda voltada pro futuro... (profissional 2)*

Percebe-se claramente nas falas dos profissionais de saúde o reconhecimento acerca da importância de considerar-se os saberes tradicionais para a resolução de problemas de saúde de ordem física e psicossocial. Entretanto, são pouco citadas as estratégias concretas para uma articulação de saberes, e os limites de intervenção da biomedicina, confirmando-se as considerações de LANGDON (2005): “apesar de incorporarem a importância de um modelo de atenção à saúde que considere as especificidades culturais e as práticas tradicionais dos grupos indígenas,

em geral, não é claro para os profissionais de saúde o que a noção de construção sociocultural da doença e 'respeito às tradições' indígenas implica na forma de suas intervenções nas comunidades indígenas”.

Apesar da preocupação, a **confiança no protagonismo indígena sobre o processo decisório, é freqüente nos discursos:**

*a comunidade indígena têm o poder da mudança e eles conduzem esse processo também... os profissionais não índios que vêm pra cá, tem que estar conscientes que a gente não tem domínio sobre a transformação... e dialogar, mostrar as diversas possibilidades, as implicações que determinada mudança pode trazer, porque é dinâmico... eles é que tem o poder de acomodar isso, incorporar tudo isso junto com as tradições ... (profissional 1)*

*viver nesses dois mundos... acho que esse conflito é o que faz essas culturas sobreviverem, eles já passaram antes de nós, durante nós e vão fazer depois de nós também, eles vão achar as formas de acomodar os conflitos ... eu acho que eles fazem bem as escolhas, acho que eles ficam pensando: “como que eu vou lidar com um mundo que eu não conheço muito bem?” claro que no mundo ocidental tem muitas coisas interessantes, que facilitam a vida... acho que o grande drama é o que não vem de lá, os ocidentais não terem abertura para os conhecimentos que também ajudariam a melhorar nossa vida, facilitar nossas relações, ter outras interpretações também... (profissional 7)*

*se você aprendeu mais alguma coisa fora do seu costume, tá bom, mas sem deixar o que você é... você só tá enriquecendo a própria vida, a própria cultura... é uma oportunidade que abre de você conhecer um outro povo, que seja índio ou não-índio... você não pode pensar :“aquele lá é melhor, então vou ter que esquecer do meu”...cada povo tem um jeito de viver, um jeito de ver o mundo, um jeito de respeitar o espírito e o jeito de pajelança dele... enfim... tudo isso é uma coisa que tá reservado em cada povo...sem isso a gente não pode viver o corpo... e na parte geral da política ... o mundo do índio tá nesse movimento... e a preocupação maior minha é a gente que têm mais contato com o branco... no caso eu, liderança, professor, agente de saúde ... é uma coisa que tem que tomar muito cuidado, quando você traz o resultado pro seu povo, por exemplo, de uma viagem que você sai pra fora... parece que não vem nada, mas vem... só o jeito de você se apresentar diferente, de você falar com as pessoas já muda... o povo vê você e pensa: “ah, ele não é mais... não come mais farinha, agora ele só come pão, arroz” ... a gente que vai lá pra fora tem que pensar: “mais uma coisa pra mim aprender... mais uma coisa, não pode tirar aquele e botar no lugar o outro”... então nós estamos*

*passando agora pelo momento de rever isso... o que é bom? o que é ruim? como fazer pra bom chegar e como fazer pra ruim não chegar?... isso aí é uma coisa que depende da gente... (liderança 3)*

Para RIBEIRO (1996), as etnias são categorias relacionais entre agrupamentos humanos, compostas antes de representações recíprocas e de lealdades morais do que de especificidades culturais. A língua, os costumes, as crenças, são atributos externos à etnia, suscetíveis de profundas transformações, sem que esta sofra colapso ou mutação.

### **Casamentos e divórcios do pensamento ...**

A interpretação do processo saúde-doença difere entre as etnias do PIX, compondo-se um panorama riquíssimo de concepções. Em geral, a incorporação da visão ocidental entre os AIS e comunidades parece servir de complemento às representações do fenômeno saúde doença e as ações de saúde.

Para tanto, a maneira de conduzir a formação dos AIS no PIX, expressa no conteúdo dos módulos de concentração, nas atividades de supervisão e outras ações que estimulam a vitalidade do sistema tradicional de cura e a valorização da diversidade do itinerário terapêutico são fundamentais para não inibir ou sobrepor-se a esse sistema.

*essa maneira do índio ver como é que pega doença, e a maneira do branco ver como é que pega a doença... pra mim não é grande diferença... presta bem atenção... se vocês vê que a gripe pega no ar, nós também achamos que pega no ar... mas só que através do cheiro, entendeu?... então da onde que vem esse cheiro? a gente sabe que esse cheiro é carregado pelo vento...então eu sei como é que eu peguei essa gripe... e tem maneira de você se proteger: “olha, você quer visitar o doente que tá gripado... então não vai a favor do vento... vai por detrás do vento, senão você pega a gripe dele” ... a história da gripe não tem difícil pra entender, já tá mais ou menos claro... mas tem a doença que complica, segundo os antigos, através dessas doenças tem um espírito ruim, por exemplo, aí essa doença pode trazer muita complicação... porque ele abre a tua proteção, o seu corpo, pra que siga mais coisa ruim... mas tem umas regras de, por exemplo, você não pode andar... se você tá doente, não anda no escuro... não anda no frio... não vai no rio toda manhã... tudo isso faz você ficar fora de outras complicações ... então tem a regra né? eu procuro fazer o que*



*eu entendo... tanto do homem branco tanto no nosso mundo... dá pra entender como é que é o **casamento do pensamento**? (liderança 3)*

*isso de o AIS ficar com a cabeça confusa... pode acontecer com aqueles AIS que não tá preparado pra receber esse conhecimento de fora.. ou porque é muito novo, ou porque ele acredita mais na cultura dele, por isso tem que se preparar pra enfrentar essa parte... pra gente ter esse conhecimento de vocês, a gente tem que ter uma... vamo dizer assim... partir no meio cabeça, viu? pra mim não tá atrapalhando minha cabeça...eu ando no pensamento dos dois, pra mim não mistura... (AIS 5)*

*os agentes de saúde sofre com esses dois tipos de pensamento, ele sabe que tem que seguir nossas regras... mas ele acha que a força maior é a maneira que o branco vê... então ele acha que ele pode tirar a criança no escuro, pode tirar a criança no vento, pode viajar qualquer hora que precisa... então ele fica meio perdido,né ?mas se ele tem esse conhecimento nosso, ele vai pensar... se família chama pra ver doente na casa à noite... por que precisa sair com a criança pra ir na UBS? eu penso em muita coisa... tá escuro, tá frio... alguns brancos acha que é preguiça... não é bem isso... (liderança 3)*

A necessidade reconhecida dos serviços da biomedicina por parte dos índios, não implica que sua percepção sobre saúde/doença se altere, nem que incorporem uma visão biológica da doença que fundamenta nossa ciência médica (LANGDON, 2005).

Para BARTH (2000), as pessoas participam de universos de discursos múltiplos, mais ou menos discrepantes e aparentemente contraditórios; constroem concepções diferentes, parciais e simultâneas, nos quais se movimentam; a construção cultural que as pessoas fazem da realidade não surge de uma única fonte e não é monolítica.

*se o doente tiver com diarreia, eu preciso de ajuda de pessoa mais velha, que sabe a raiz pra dor de barriga... ou se tiver pajé perto tem que pedir ajuda...já aconteceu isso várias vezes e... aquela diarreia que espalha na aldeia inteira, eles fala que é a doença de vocês, que o pajé não trata, mas aí a gente tem raiz pra ajudar no tratamento, junto com o remédio de vocês... e alguns tipo de reza que a vó faz pra criança também... mas aquela diarreia em criança pequena que nunca melhora, pode ser por causa de regra dos pais... aí melhora com a pajelança... tem também alguns tipos de doença que pega na aldeia inteira, que o pajé fala que pode ser feiticeiro de outro povo... minha vó me contou história disso... (AIS 1)*

*quando tem uma doença mais complicada, primeiro tem que ver com o pajé, depois com vocês... se o pajé falar que tá acontecendo alguma coisa que ele tá vendo, aí a gente entrega pro pajé... nosso pajé fala: “os não-pessoa está fazendo mal pra ele”, aí não tem como mandar mais pro médico... se você leva pro médico, ele fala que não vai ter nada, a pressão vai estar normal, pulmão vai estar normal, ele pode até fazer aquele check-up, vai estar tudo normal, é por isso que a gente acreditamo muito no pajé nessa parte... só que hoje em dia o pajé está entendendo o trabalho do médico, o espírito que anda com ele conta pra ele quando é doença de vocês, por isso tá acabando aquela **confusão que tinha** assim: “ah, porque esse aqui tá com feitiço” ... aí médico chega e fala: “não, esse tá com tuberculose”.... quando está com a doença da cidade, o pajé olha e fala que não vai curar, porque está com doença de fora... aí a gente entrega pro médico... doença como gripe, pneumonia, diarreia, antigamente falavam que era feitiço, hoje em dia o pajé não fica mais falando que é feitiço... (AIS 2)*

Se de um lado a medicina ocidental propicia uma complementaridade e ampliação das possibilidades de intervenção sobre o processo saúde-doença, por outro lado, até que ponto pode colaborar ao longo do tempo, para reduzir o leque de possibilidades de intervenção da medicina tradicional?

Outro trecho interessante descreve a interpretação de um AIS sobre as limitações dos recursos da medicina ocidental, em comparação à amplitude da atuação do pajé de sua aldeia. Demonstra-se a vitalidade do sistema tradicional de saúde e a metodologia da formação dos AIS, que são estimulados a terem um olhar “relativizado” da biomedicina, tanto nos períodos de concentração quanto de supervisão prática:

*eu fiquei acompanhando o tratamento do meu pai em São Paulo, a gente ficou muito tempo, fazendo vários exame, raio-X e tomografia ... só que aí meu pai começou a ficar muito bravo, querendo voltar pra aldeia, porque tava demorando muito na cidade... pra nós quando fica muito tempo fora, pode até o espírito ficar fraco e pegar outros tipo de doença... o que tava deixando meu pai mais bravo era porquê com todo aqueles tipo de máquina, certo o que precisa fazer pra tirar”... aí eu expliquei pra ele: “ a medicina do branco não é tão rápida e tão certa que nem a nossa, o médico não sabe olhar dentro e ver o que está causando a doença... ele não consegue fazer o que o pajé faz ... então precisa de máquina para olhar dentro, mas ela não olha que nem pajé, só olha um pouquinho... por isso o médico não tem certeza se o*

*remédio vai dar certo, por isso ele tem que esperar até acabar todo o tratamento, aí quando repete o exame que olha por dentro, o médico vai ter certeza se curou"... aí meu pai entendeu, senão ele ia perder paciência de ficar na cidade esperando... pra mim, a tomografia de vocês é os médicos não descobria a doença dele, e tinha que ficar esperando um mês pro remédio fazer efeito... ele falou: "meu filho, eu não entendo, eles usa máquina pra olhar lá dentro, mas mesmo assim não tem certeza da doença e não sabe direito qual remédio pra curar aquilo, tem que ficar esperando o remédio trabalhar... com nossos pajé não é assim...o pajé olha o tipo de feitiço, enxerga o que tá causando aquele problema, então ele sabe que nem o pajé, que enxerga o feitiço, só que não olha tudo... (AIS 5)*

Para MENDONÇA (1996), o AIS goza de um poder diferenciado, já pelo fato de atuar no campo da produção e reprodução do cuidado ao corpo humano. Mesmo sem pretender, ou mesmo que sua formação seja externa a seu contexto cosmológico, ele está em contato direto com o sagrado, pois tem que lidar com a vida e com a morte. Ao lidar com o sagrado, naturalmente se reporta à sua bagagem cultural tradicional, às representações e práticas de sua origem cultural. Daí o desconforto, a fragmentação e, por vezes, a desestruturação da personalidade a que estão expostos. O seu conhecimento da medicina ocidental é parcial e a princípio, não tem ligação com a concepção do mundo que lhe é familiar. Assim, a busca em conciliar e compartilhar suas ações de saúde com os especialistas locais tem gerado maior segurança entre eles.

**Poucas trocas...**

*a gente fala muito de nós, daquilo que a gente sabe, daquilo que a gente aprendeu, a gente tem pouca troca... o que eles sabem, como eles vêem o mundo mesmo, como que é o processo de adoecer, como é a saúde... tem uma coisa entre os Kaiabi que sempre me chamou a atenção, é o problema que eles têm com estômago... quando tinha alguém com dor de estômago, eu achava exagerado, mas vendo hoje, o que que é o estômago pra esses kaiabi?... eu não sei o que é o estômago pra eles, como é essa interpretação, como eles vieram pro mundo... acho importante nos trabalhos de formação conhecer o que esses especialistas falam, os pajés... no Rio Negro, nos cursos introdutórios pra profissionais, vinham os pajés dar aula, eles falavam o que dava na telha [risos], muita gente saía sem entender, mas é assim mesmo... a gente descobriu que eles tinham uma grande restrição com mulheres... se você tá doente e uma mulher vai te levar, uma enfermeira, você corre muito risco de vida, porque quem criou o mundo lá foi uma mulher, a avó do mundo, as mulheres tem um poder muito grande no geral, poder de vida, de morte... ser levado por uma enfermeira até a cidade era um terror, se a mulher tá grávida ainda por cima, é um drama... então às vezes você via uma resistência grande em ir pra cidade fazer algum tratamento...tem detalhes importante pra realmente fazer com que o sistema tradicional de saúde seja válido, articulado com o sistema oficial de saúde, que senão fica ainda essa relação assimétrica mesmo, esse conhecimento que a gente acrescenta, sem dúvida é importante pra eles, agora o que eles tem que a gente não percebe?... a gente ta perdendo riqueza, eu acho que o mundo perde riqueza, quando não pára pra escutar essas teorias dos índios (profissional 7)*

## 5.2 SUPERVISÃO NO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

### 5.2.1 Aspectos do Controle na Supervisão de AIS

#### Concepções e práticas de controle

O controle no processo de trabalho em saúde pode ser percebido de diversas formas: sobre os materiais, fármacos e procedimentos realizados; sobre os agentes do trabalho, com destaque à disciplina, escalas e horários; sobre as divisões de tarefas e atividades; sobre os pacientes ou usuários; e finalmente, sobre os resultados e dinâmica do trabalho como um todo no cumprimento de um projeto de saúde pública (SILVA, 1997)

Para todos os AIS entrevistados, uma das intenções principais da supervisão é a verificação de habilidades técnicas e de conhecimentos teóricos da medicina ocidental. Destacaram a verificação de procedimentos como: administração de medicamentos, exame clínico, diagnóstico de doenças e o cumprimento de regras e condutas do trabalho em saúde. Chama a atenção em todos os discursos, a relação que os AIS fazem entre a aquisição de conhecimento com a aplicação prática. Para eles, o conhecimento só é incorporado quando efetivamente utilizado em seu trabalho.

*Supervisão é pra equipe acompanhar a gente, se nós estão trabalhando bem, se nós estão cumprindo horário, fazendo medicação... pra ver se nós tá respondendo de verdade... é pra ver se estamos aplicando o que a gente aprendemo e adquirimo no curso... se a gente deixamo pra trás alguma coisa... objetivo de supervisão pra mim é isso... (AIS 7)*

O caráter de **verificação e “controle” voltado ao aprendizado**, em detrimento de um caráter de fiscalização, aparece na fala de AIS, lideranças e profissionais de saúde:

*eu acho que precisa no acompanhamento sempre tá cobrando, porque a gente nunca guarda todas as coisa que a gente aprende, então tem*

*que ter alguém pra tá cobrando o que lembra, o que aprendeu, o que já fez... (liderança 2)*

*o trabalho do supervisor é de ver se realmente o agente de saúde tá usando aquele conhecimento do curso ... porque assim... aprendendo na supervisão, o AIS tem facilidade de... tá passando o conhecimento pra frente... porque se o supervisor não tá vendo como o trabalho tá caminhando, então como que vai seguir pra frente? Se vocês não acompanham, a gente [comunidade] não sabe se realmente ele tá fazendo o trabalho bem... (liderança 4)*

Os AIS sentem-se observados enquanto trabalham junto com os profissionais de saúde. Diferentemente dos resultados apontados em estudos sobre supervisão na atenção primária do SUS (vide capítulo 2.2), parece que essa observação não tem uma conotação de fiscalização, nem gera grande apreensão, sentem como algo natural na relação entre professor e aluno.

*as enfermeiras pede pra gente fazer na frente delas pra ver se a gente dá conta mesmo de fazer...ela fica olhando, observando... quando a gente faz as coisas que é errado, aí ela fala: “não é bem assim que tem que fazer”... então isso com certeza é supervisão ... no dia-a-dia na UBS, no pólo-base, as enfermeiras tão vendo aonde tem dificuldade e orienta... pra mim é bom, fazendo na frente das enfermeiras é supervisão... (AIS 2 )*

Apesar de não se configurar como uma relação desconfortável, lideranças entrevistadas fizeram considerações interessantes sobre alguns cuidados na relação aluno-professor a fim de evitar constrangimentos:

*eu acho que é importante ter uma apresentação na aldeia... uma conversa, que nem tem no posto quando um agente de saúde índio vai trabalhar com a enfermeira... na aldeia podia fazer apresentação, que tem um branco junto com o agente, fazendo o trabalho... isso é importante, porque às vez ou ele fica com vergonha ou ele acha que aquele trabalho que ele tá fazendo pode tá errado...ou que você vai encontrar defeito ali... ou que alguém vai falar pra você o defeito... então aquele momento é muito pra eles, é um choque né? (Liderança 3)*

Percebe-se o esforço constante dos profissionais em adaptar os conhecimentos “ocidentais” para uma outra realidade:

*não vejo tanto como corrigir, mas tentar entender qual o processo que tá levando ele fazer de certa forma tal coisa... você tem um*

*procedimento pra chegar a tal lugar mas, vamos tentar entender porque não tá chegando... é caminhar junto, eu acho que essa correção é entender o processo junto com ele...(profissional 1)*

Entretanto, coexistem práticas diversas, como a tendência inicial em **detectar falhas e a impaciência** com o “ritmo” de aprendizado. No concreto do trabalho, apesar do preparo dos profissionais que atuam em área, “a atitude primeira dos supervisores é a de fiscalizar a execução e destacar falhas individuais, reproduzindo a prática de supervisão realizada no contexto hospitalar. Com o decorrer do tempo, o envolvimento afetivo entre profissionais e AIS se manifesta na compreensão do papel educativo (OLIVEIRA, 2002, p.89).

*eles esperam que a gente ensine eles, só que às vezes a gente tem uma dificuldade, porque eles não colocam de uma forma muito clara o que querem conhecer, aí a gente fica no que a gente consegue perceber no dia-a-dia pelos erros deles...(profissional 5)*

*o estágio no pólo é o espaço do dia-a-dia, o tempo inteiro ... no estágio do pólo a gente tem que estar mais perto, mostrar pra eles que durante o trabalho eles são avaliados e acompanhados...tem alguns que trabalham como se tivesse brincando... não de fazer terrorismo, mas de ele saber que tá sendo observado, tá sendo identificado...(profissional 5).*

É inevitável os profissionais não-índios terem mais **familiaridade com modelos de avaliação tradicionais**, característicos da formação e de experiências profissionais:

*a supervisão onde eu trabalhava antes, era ver se eu chego no horário, se eu cumpro horário, se o médico tá indo nas horas combinadas, supervisão de ver se eu tô trabalhando ou não, entendeu? Isso pra mim não é supervisão, isso é fiscalização ... a forma de cobrar aqui é muito diferente do jeito lá de fora... a gente cresceu, foi pra escola, aprendeu com a questão da prova...do exercício que vale ponto, que vai ser cobrado... você tem que mostrar que você entendeu aquilo ali... tem mais formalidade na hora de avaliar... nesse dia-a-dia da educação em serviço, acho que fica mais diluído essa coisa da avaliação... (profissional 5)*

No trecho seguinte percebe-se a importância que a supervisão representa para o AIS, o anseio em sentir-se acompanhado, em receber um **“feedback”** genuíno, que declare seus pontos fortes e deficiências:

*a enfermeira passa nas aldeias, a equipe de vacina... isso eu gosto muito, porque eu sozinho não tô vendo se eu tô fazendo o serviço certo, eu procura a pessoa não-indígena quando termina o trabalho, eu falo “e aí, que você olhou de mim?” eu procuro saber se eu já tô aprendendo alguma coisa ou não, mas só que maioria deles fala assim: “tá bom, tá bom”, mas eu preciso que eles me falasse certo, porque se acha que não tô aprendendo, me fala logo, assim: “oh, com isso você tá devagar” pra mim entender, pra mim reforçar, pra mim ficar mais ligado... se falar: “bom, bom, bom”, eu não vou entender, eu sei que eu me sinto que eu não sou muito bom... é por isso que eu procuro ajuda, entendeu? Se eles fala: “não, aqui você tá devagar, aqui precisa melhorar” ... então eu quero aprender... eu faço isso com a equipe que passa nas aldeias... (AIS 4)*

O trabalho dos AIS caracteriza-se por ser um trabalho intenso, muitas vezes um isolado e solitário, repleto de desafios, reflexões e muita vontade de aprender. (OLIVEIRA, 2002)

Outra característica apreendida foi a valorização de **instrumentos formais de avaliação**:

*eu acho que...ia dar certo viu? lá na aldeia, eles [profissionais] podiam fazer atividade pra nós, quem nem no posto... a gente faz estágio no posto e no final faz alguma avaliação... é isso que eu queria na aldeia, uma avaliação, pra ver se tamo respondendo bem mesmo... (AIS 5)*

O trecho seguinte faz refletir sobre a importância de um **olhar ampliado** no concreto do trabalho, que concorda com o enfoque político da supervisão e da importância da articulação entre universos diferentes, requerendo maior atenção ao observar, opinar e intervir:

*eu trocaria essa palavra supervisão... parece que eu tenho uma SUPER VISÃO além dos outros, eu chego em um determinado lugar e tenho que ter essa super visão... eu acho que teria que ter uma super audição, pra você chegar e ouvir as pessoas... parece que essa visão é do nada, você chega, vê e fala: “eu vi isso, eu acho aquilo”... você não vê, tem que observar, ouvir as pessoas, entrar nas casas. E aí você fica sabendo as coisas que acontecem na aldeia, as coisas sociais que vão implicar no seu trabalho...você tem uma visão até aonde você alcança, né? E com audição você consegue compreender além do que você tá vendo... aliás, você vê melhor pelo fato de ouvir, então acaba sendo uma SUPER AUDIÇÃO... (profissional 1)*



A supervisão ainda carrega uma conotação pejorativa, fruto de suas características históricas. Na saúde pública, sua concepção, metodologia e prática mudaram ao longo do tempo. Não deve ser considerada uma prática de alguém com uma visão privilegiada e que detém um saber “desejado”, mas como uma co-visão, um olhar atento, que assinala os caminhos trilhados pelo grupo supervisionado, de maneira a favorecer que este perceba seu modo de sentir, pensar e agir (REIS, HORTALE, 2004)

### **Estratégias sociais de controle**

*Falta estudos antropológicos, de antropologia da saúde, pra entender... talvez fique mais claro como se ensina, como se supervisiona, como os índios mantêm um determinado controle dos processos, como é um bom desempenho do índio lá...como medem esse bom desempenho do AIS [risos]... acho importante essa conversa um pouco mais profunda, em termos do que pensa em relação à saúde, à vida... (profissional 7).*

*esse estilo nosso de reunião de trabalho, essa amarração de objetivos e funções que a gente exige no nosso meio, não sei se aplica ao processo com eles... nas reuniões com eles, as pessoas se unem, conversam, você coloca seu ponto de vista, fala, fala, aí eu venho, falo, falo ... você entendeu o recado que eu quis te dizer, o outro entendeu também, e todo o movimento acontece... pra gente [não índios], parece que faltou algo nessa reunião, uma amarração final, mas não faltou...entre eles está toda uma hierarquia de poderes que a gente não está ligado, tem toda uma conjuntura que leva-os à decisões e eles tem claro onde querem chegar (profissional 1).*

Os AIS e lideranças indígenas entrevistados expressaram um leque amplo de **estratégias** em suas comunidades para o acompanhamento, e porquê não dizer, para o **controle** dos trabalhadores da saúde, indígenas e não indígenas. Tal controle parece manifestar-se de diversas formas: controle do comportamento dos AIS e de sua atuação no trabalho, estabelecimento de critérios próprios de indicação e contratação dos AIS e de critérios de avaliação da equipe técnica não-indígena.

*os [AIS] têm que passar pra nós o conhecimento que eles tão pegando com vocês, e vocês precisa falar pra nós o que ele aprendeu, isso que a gente espera... (liderança 4)*

*eu vejo que o acompanhamento dos agentes pelos profissionais de saúde... tem acontecido de uma forma separada, a enfermeira vem pra aldeia, pega o agente de saúde, trabalha com ele ali concentrado...e não tem uma conversa para a comunidade também ficar acompanhando a formação desse agente, acho que isso tem que integrar... (liderança 2)*

*antes de vir pra cá [estágio no pólo], uma semana antes de sair, meu pai começa a falar monte de coisa: “você tá indo pra aprender, você não tá indo pra brincar, essas pessoa [equipe] que tão ensinando, tem que escutar elas”...vocês [profissionais de saúde] que tão aqui com a gente, vocês faz parte assim...como se fosse a mãe, entendeu? do mesmo jeito o pai falando na rede e você ouvindo...eu acho que é assim... (AIS 2)*

A mãe de um AIS descreve como é para os Kaiabi acompanhar e corrigir a conduta dos filhos e os critérios para uma pessoa ser respeitada.

*quando a gente vê que nosso filho tá no caminho errado, a gente chama pra conversar, explica porque a gente tá achando que esse caminho é ruim pra ele, e se continuar desse jeito, nunca vai ser a pessoa que tem mais respeito...isso a gente já explica pra nossos filhos e se a pessoa for bom de cabeça ele segue o que o pai e a mãe orienta pra ele, mas se ele for ruim de cabeça, ele nunca vai dar ouvido pros pais ... tem gente que ouve o conselho do pai e da mãe, essa pessoa é sempre bem famosa, tem respeito dos outros, sabe das coisa, sabe falar bem com as pessoa ... (liderança 5)*

Ela descreve também as várias estratégias de controle sobre a conduta do AIS, no âmbito familiar, comunitário e no conselho de saúde:

*quando é um agente de saúde ou professor que tá dando problema, não trabalha bem, é preguiçoso, ou fala de qualquer jeito com as pessoa, a gente junta comunidade pra falar com eles, mas tem conversa que é só o pai e mãe...mas com respeito que a gente conversa, porque se conversar com grosseria, eles também vão achar ruim...vocês também tem que ajudar nós orientar bem eles, onde vocês vê que ele está errado, conversa com eles, se ele não tá ouvindo, então passa pra nós... isso que a gente espera que vocês faça... aí a gente tenta orienta eles, se não resolver a gente vê aonde leva esse problema deles... a gente leva pro conselho de saúde e vê o que eles acha (liderança 5)*

### **Etiquetas específicas, ética, papel de conselheiro**

*quando a gente tá fazendo coisa errada, a enfermeira fala: “não é assim... faz aquilo” ou mesmo depois desse procedimento ela pode*

*conversar individual, explicar só pra aquele AIS... agora, a falha grande de todos os AIS, eu acho que isso tem que ser com todo mundo... e alguns tipos de procedimento, tem que explicar junto com toda a equipe de AIS ... (AIS 2)*

*chamar a atenção de jeito ruim, é falar assim: “eu falei pra você ir fazer isso, mesmo assim você fez aquilo” ou falar assim: “eu vou te mostrar uma vez e depois faz lá”, ou quando uma pessoa tá ensinando e depois fica bravo com você e fala: “eu já tô repetindo várias vezes e você não aprende, quando que você vai aprender?”... nosso conhecimento é assim, não ficar brigando...(AIS 5)*

*recebemo chamada dura da nossa família, sim... a maneira que o mais velho faz é sentar pra conversar... não é com outras pessoa escutando, não...meu pai me chama atenção, que é claro, eles têm razão, né? aí ele me chamava: “depois eu quero falar com você no fim do dia”...aí já machucava meu coração, já ficava com vergonha ... aí à noite a gente ficava no cantinho [da casa], a gente conversava, só de olhar você percebe, ele pergunta: “por que você tava fazendo isso, sabendo que é ruim”... aí a gente tem que justificar... assim eu aprendi, por isso eu nunca pensei em mentir... (AIS 5)*

*muitas vezes as enfermeiras falam na frente do paciente ou da família...isso é vergonha que eu já recebi muitas vezes...as pessoas não confia mais naquele AIS e começa a virar fofoca... lá na aldeia aconteceu assim...o agente de saúde fez uma coisa e a enfermeira falou na frente do paciente: “não!! tem que fazer isso!! não é assim !!”... não fica bem pra essa pessoa que tá fazendo coisa errada... aí a pessoa chega na aldeia, fala pra qualquer um: “ele deu o remédio errado” ... quem fica com vergonha é o agente de saúde, porque fez na frente do paciente ... maioria das vezes é uma coisa que não é grave, mas o jeito que a enfermeira fala, fica feio pra gente... (AIS 2)*

*a gente não saca de cara, a gente traz o nossos modelos de controles e de cobrança, aquela coisa direta, por exemplo, falar na frente de todo mundo, contar um erro, chamar a atenção... dependendo da situação, isso aí é uma falta de etiqueta desnecessária, a impressão que a gente tem é que eles tã o tempo inteiro evitando o desgaste entre eles, então a forma de se relacionar é com essa sutileza ao se comunicar... (profissional 1)*

Os profissionais de saúde em geral carregam uma representação de “neutralidade” dos espaço de trabalho (UBS, postinhos de saúde).

A teia de relações sociais que envolve o AIS nem sempre é facilmente perceptível nesses espaços. É comum qualquer tipo de acontecimento nos espaços de trabalho da EMSI ser amplamente comentado na comunidade.

Em geral, nos momentos de atendimento, subestima-se a observação e interpretação que o doente e família fazem do contexto. A dinâmica do trabalho da equipe de saúde costuma ser minuciosamente captada pelo usuário.

### **De supervisor a conselheiro...**

*a enfermeira tem que acompanhar o agente de saúde, não pode deixar solto... a gente tem que ficar olhando... às vezes algumas enfermeiras têm vergonha de corrigir, sabe? Não precisa ter vergonha... se é com você que eles tão pegando a confiança, então não pode ter... o índio vai aceitar você como conselheiro, como professor .... o que não pode é brigar, o que não pode é gritar... aí você piora... (liderança 3)*

*acho que uma forma que a gente influencia, e nem percebe, é pela nossa atitude ... aí, se precisar falar um pouco mais duro, você fala... quando você cria esse vínculo, facilita algumas coisas... também o jeito de falar, a gente vai aprendendo... eu brinco muito com eles, e nessa brincadeira eu falo um pouco sério... a gente fica com vergonha de falar certas coisas, mas acho que no geral eles gostam, porque a gente acaba tendo um papel de conselheiro em algumas coisas, não é só ensino técnico ... (profissional 4)*

### **Critérios de indicação de AIS**

*quando eu vi aquele menino tão pequenininho fui lá na aldeia, falei: “ele é muito criança, esse trabalho é sério, esse menino é muito pequenininho, não pode”... eles falaram assim: “pequeno que é bom porque a cabeça tá aberta, vai entrar tudo na cabeça, pode ensinar que ele vai aprender” ... eu pensei, deixa o menino então... o menino com olho vivo... foi incrível, porque em um mês a comunidade só procurava ele... era uma pessoa bem presente em todos os momentos, não tinha preguiça de atender fosse a hora que fosse... foi assim que o Aiguré começou seu trabalho... (profissional 3)*

A indicação de AIS jovens, além da facilidade na aquisição de conhecimentos, também parece estar relacionada à manutenção da estrutura de poder local. Os jovens indicados geralmente pertencem a uma família de status, quase sempre do cacique.

*você já viu um processo de escolha do agente de saúde? eu nunca vi... o dia que a comunidade resolve que esse aqui vai ser o agente de saúde... .pouquíssimos acho que vão de livre e espontânea vontade... aí acho que essas questões antropológicas ajudariam muito, essa*

*idade que eles começam como agente, é a idade de qual aprendizado... porque os agentes de saúde no Xingu são jovens e porque no Rio Negro são mais velhos?... cada povo vai ter uma forma de escolher... uma coisa interessante seria entender como é essa pré-escolha, que critérios eles usam... (profissional 7)*

Apesar de pouco estudados, certamente são critérios diferentes do “nosso”, muitas vezes de difícil compreensão pelos profissionais:

*aí você pensa naquela pessoa da comunidade que é mais ativa... a gente tem idéia assim “o fulano seria um bom AIS” mas a gente entende a questão das famílias, da liderança escolher... assim como lá fora tem quem indique... aquele que é parente de secretário de saúde, parente de vereador, né? (profissional 5)*

### **Disputas internas de poder e dinheiro:**

*o fato de eles serem assalariados pode despertar o ciúme de alguma família ou de um cara que tá querendo aquele lugar ... às vezes as críticas da comunidade sobre alguns agentes de saúde tem essa história, aí a gente tem que ter atenção pra ver se ele tá mesmo aprontando ou se é interesse de outros... se eu não consigo discernir direito, conversando com ele, eu vou pra uma figura maior, uma liderança que tem uma visão superior, porque se você pergunta pra qualquer um ou pra comunidade, de repente tem um jogo político lá dentro ... não se deve sair tomando partido... (profissional 2)*

*quando os brancos vão acompanhar nosso trabalho é bom ouvir da gente também, porque se eles ficam só escutando o que a comunidade pensa, não vai saber direito... às vezes alguém reclama do AIS porque tá bravo com ele ou com a família dele.. aí a gente não pode falar muita coisa, porque a gente tem que seguir a palavra da comunidade... (AIS 3)*

As disputas pelo poder e postos de maior prestígio que se desenvolvem no âmbito interno da comunidade são dissimuladas por uma etiqueta que interpõe um afastamento protetor entre rivais e alimentam um fluxo constante de intrigas. A maior parte dos planos e debates políticos se faz nos bastidores, longe dos adversários, mesmo porque os que postulam posição de maior prestígio precisam preservar a imagem de apaziguadores e generosos (JUNQUEIRA, 2005).

*Essa formação também é fonte de poder, de liderança, talvez não com a mesma conotação de lá fora, mas dá aquele reconhecimento,*

*prestígio... também tem a questão financeira que muda, ele acaba tendo o poder de se destacar na comunidade através de bens materiais, é aquele cara que tem poder de ajudar as pessoas...há vários relatos que antes as mulheres procuravam casar com os lutadores ou o grande caçador que ia prover a família, e agora o enfoque muda, a questão financeira interfere na escolha de um marido...(profissional 1)*

### **Controle sobre os “branquígenas”:**

*quando tem supervisão na aldeia, a gente observa vocês da equipe... os profissionais não índio mais velho já têm conhecimento da nossa cultura, como que é o jeito de trabalhar com nós... a gente olha quem já pega mais rápido o jeito da gente...como que cada um ensina nós... equipe nova, que vem de fora, chega aqui e fica assim, olhando a gente...a gente percebe direitinho, entendeu? O pessoal da aldeia que percebe só de olhar... (AIS 4)*

É comum os profissionais de saúde ressentirem-se em determinados momentos da relação intercultural: a sensação de “ser de fora”, de sentir-se avaliado pela comunidade, além da responsabilidade sobre a execução de procedimentos pelos AIS:

*isso é uma coisa bem complicada [corrigir, chamar atenção] e precisa ter um jeito muito diferente pra falar com os agentes...eu acho que alguns deles tem uma coisa de não querer ser mandado, não sei se é uma coisa cultural, já ouvi umas falas dessas: “você é um visitante, a gente sabe o que é melhor pra gente”...então a gente se retrai e não coloca algumas coisas...acho que é uma coisa cultural, a gente normalmente pensa: “eu quero que ele faça isso, mas ele está num contexto tão diferente, vamos com calma,vamos devagar... (profissional 6)*

*o controle é uma parte complicada, dúvida... tem todo um controle que a gente tem que ter [sobre o agente de saúde], porque a gente também tá sendo controlado, tá sendo olhado [pela comunidade]... essa coisa de controle do trabalho sempre foi um fator de desgaste pra equipe... como eles [AIS] estão em processo de formação, o jeito de controlar a qualidade do trabalho é diferente...o responsável técnico sempre somos nós...(profissional 6)*

### **Controle Social Oficial**

Assim como todas as atividades do trabalho em saúde no Xingu, a formação profissional e supervisão dos AIS no cotidiano é acompanhada

pelos conselheiros de saúde. O quadro 4 descreve os principais problemas e deliberações sobre o assunto, levantados em atas de reuniões de Conselho de Saúde Indígena do DSEI Xingu, no nível local e distrital, nos anos de 2005 e 2007:

**Quadro 4 – Problemas levantados e deliberações do Conselho Indígena de Saúde sobre a supervisão de AIS**

<b>Problemas</b>	<b>Deliberações</b>
Indicação do AISAN pela FUNASA, sem passar pelo conhecimento da comunidade e conselho de saúde	Discutir com os responsáveis pela formação e supervisão dos AISAN a fim de tomar providências
Falta de acompanhamento do supervisor responsável pelos AISAN.	
Equipe de saúde demora na realização de supervisão de AIS nas aldeias	Ter pessoal suficiente para fazer o trabalhos de assistência, educação em saúde e prevenção das doenças.
	Garantir recursos financeiros, medicamentos, insumos, transporte para a EMSI percorrer as aldeias.
AIS ficam atrapalhados no acompanhamento das equipe de vacinação e vigilância que passam muito rápido pela aldeia, e acabam não aprendendo.	Avaliar o perfil dos profissionais não-índios na formação antropológica, conhecimento em saúde pública e saúde indígena
Falta de acompanhamento e avaliação dos AIS “ajudantes” (que não participam do curso de	Priorizar a capacitação dos indígenas para o trabalho da saúde.

formação)	
Falta de coragem de AIS se expressarem na comunidade em reuniões sobre saúde	Discutir com as lideranças o papel do AIS e apoio em seu trabalho
Falta de apoio do cacique da aldeia na palestra de AIS dentro da comunidade.	

Fonte: Atas de reuniões do Conselho de Saúde Indígena Local e Distrital do DSEI Xingu (UNIFESP, 2005, 2007)

O controle social quando estimulado faz com que o usuário amplie a observação e compreensão do contexto, contribuindo muito para o direcionamento do trabalho em saúde, alimentando, questionando e reformando a prática dos serviços de saúde. O critério de indicação de AIS pela comunidade é fundamental, podendo ser articulados a outros critérios que garantam a equidade.

#### **Controle e auto-responsabilização dos atores:**

*quem tá criticando nossos trabalho? somos nós mesmo pra poder melhorar... só assim que a gente consegue crescer na vida... quando estou acompanhando os agentes de saúde no ensino fundamental, vejo que os profissionais de saúde ficam preocupados assim: “não, porque o aluno tá errando muito o texto”... falei: “deixa ele escrever, corrige algumas coisas, deixa assim, depois próprios eles vão ter crítica do trabalho deles e melhoram...” (liderança 2)*

A discussão coletiva das finalidades do controle do processo de trabalho e a avaliação da resolutividade do modelo de atenção são fundamentais na organização tecnológica do trabalho fundada na “responsabilização” dos agentes. Neste sentido, a supervisão deve ir além do controle de tarefas e procedimentos (SILVA, 1997).

*Talvez o caminho seja criar dinâmicas de cobrança dentro da própria comunidade, porque isso é do ser humano, ele vai ter que ser cobrado, ver o produto final do trabalho dele, se sentir observado e valorizado ... conforme a estrutura estiver colocada, gera um estímulo, eu acho que esse estímulo não tá só na mão do profissional...na maioria dos casos,*



*a maturidade deles vem naturalmente quando percebem a responsabilidade que eles têm perante a comunidade deles...*  
(profissional 1)

No modelo de atenção à saúde do Xingu, o estímulo para que os executores índios e não índios participem da concepção e avaliação das ações é constante, privilegiando a responsabilização dos atores.

Instrumentos formais de controle do trabalho e do processo educativo

No período de coleta de dados analisou-se todas as 246 fichas de desempenhos disponíveis nos prontuários de todos os alunos, correspondentes ao acompanhamento de 59 AIS (incluindo AISB e AISAN) do período de agosto de 2005 a outubro de 2007. O mês de agosto de 2005 corresponde ao primeiro período de dispersão utilizando as fichas de desempenho atuais.

Do total de alunos, 40 moram em aldeias e 19 moram em pólos-base

**Tabela 12** – Número médio de vezes que o aluno recebeu supervisão - período de agosto de 2005 a outubro de 2007.

Pólo-Base	Estágio no Pólo	Supervisão na aldeia	Total
	N	N	N
Diauarum	2,2	1,6	3,7
Pavuru	2,2	1,9	4,1
Wawi	3,1	1,8	4,9
<b>Média Geral</b>	<b>2,5</b>	<b>1,7</b>	<b>4,2</b>

Fonte: 246 Fichas de avaliação de desempenho de AIS, Projeto Xingu/UNIFESP, 2007

**Tabela 13** – Número médio de carga horária por aluno - período de agosto de 2005 a outubro de 2007

	Estágio no Pólo	Supervisão na aldeia	Total
	N	N	N
Diauarum	162	28	<b>190</b>
Pavuru	789	12	<b>801</b>
Wawi	248	49	<b>297</b>
<b>Média Geral</b>	<b>400</b>	<b>29</b>	<b>429</b>

Fonte: 246 Fichas de avaliação de desempenho de AIS, Projeto Xingu/UNIFESP, 2007

**Tabela 14** – Número médio de vezes que o aluno recebeu supervisão, por local onde mora o aluno - período de agosto de 2005 a outubro de 2007

Pólo – Base	Procedência do aluno	Estágio no pólo	Supervisão na aldeia	Número médio de supervisão
		N	N	N
Diauarum	ALDEIA	1,3	1,9	3,2
	PÓLO	3,0	1,3	4,3
Pavuru	ALDEIA	1,7	3,3	5,0
	PÓLO	2,7	0,5	3,2
Wawi	ALDEIA	1,5	3,0	4,5
	PÓLO	4,8	0,6	5,3
<b>MÉDIA GERAL</b>	<b>ALDEIA</b>	<b>1,5</b>	<b>2,6</b>	<b>4,1</b>
	<b>PÓLO</b>	<b>3,7</b>	<b>0,7</b>	<b>4,4</b>

Fonte: 246 Fichas de avaliação de desempenho de AIS, Projeto Xingu/UNIFESP, 2007

Tabela 15 – Número médio de carga horária por local onde mora o aluno - período de agosto de 2005 a outubro de 2007

Pólo- Base	Procedência do aluno	Estágio no pólo	Supervisão na aldeia	<b>Total</b>
		N	N	<b>N</b>
Diauarum	ALDEIA	162	34	<b>196</b>
	PÓLO	156	22	<b>177</b>
Pavuru	ALDEIA	247	21	<b>268</b>
	PÓLO	1328	3	<b>1331</b>
Wawi	ALDEIA	177	70	<b>247</b>
	PÓLO	319	28	<b>346</b>
<b>MÉDIA GERAL</b>	<b>ALDEIA</b>	<b>201</b>	<b>30</b>	<b>231</b>
	<b>PÓLO</b>	<b>603</b>	<b>19</b>	<b>622</b>

Fonte: 246 Fichas de avaliação de desempenho de AIS, Projeto Xingu/UNIFESP, 2007

**Tabela 16** – Número médio de vezes que o aluno recebeu supervisão por etnia, período de agosto de 2005 a outubro de 2007

	<b>Estágio no pólo</b>	<b>Supervisão na aldeia</b>	<b>Total</b>
	N	N	N
Ikpeng	2,7	0,7	3,4
Kaiabi	1,4	2,6	4,0
Kamayura	2,0	2,0	4,0
Suia	4,2	1,1	5,2
Trumai	1,8	3,0	4,8
Waura	2,0	2,5	4,5
Yudja	1,2	1,2	2,4

Fonte: 246 Fichas de avaliação de desempenho de AIS, Projeto Xingu/UNIFESP, 2007

**Tabela 17** - Número médio de carga horária por etnia, período de agosto de 2005 a outubro de 2007

	<b>Estágio no pólo</b>	<b>Supervisão na aldeia</b>	<b>Total</b>
Ikpeng	1177	6	1182
Kaiabi	170	29	199
Kamayura	376	13	389
Suia	276	34	311
Trumai	288	23	311
Waura	276	17	293
Yudja	182	29	211

Fonte: 246 Fichas de avaliação de desempenho de AIS, Projeto Xingu/UNIFESP, 2007

**Tabela 18** - Média de vezes e carga horária de supervisão por “categoria” : AIS, AISB e AISAN

	Número médio de supervisão	Média de carga horária		
		Estágio no pólo	Supervisão na aldeia	total CH
AIS	5,9	464	37	501
AISB	3,8	152	25	177
AISAN	2,4	72	12	84

Fonte: 246 Fichas de avaliação de desempenho de AIS, Projeto Xingu/UNIFESP, 2007

**Tabela 19** – Número e porcentagem das fichas de desempenho preenchidas para a supervisão das “categorias” de AIS, AISB e AISAN

	N	%
AIS	188	76
AISB	46	19
AISAN	12	5
TOTAL	246	100

Fonte: 246 Fichas de avaliação de desempenho de AIS, Projeto Xingu/UNIFESP, 2007

**Tabela 20** - Distribuição das fichas de supervisão por profissional responsável pelo preenchimento

	Nº	%
Enfermeiro	227	92
Odontólogo	19	8
Nutricionista	16	7
Médico	9	4
Total	246	100

Fonte: 246 Fichas de avaliação de desempenho de AIS, Projeto Xingu/UNIFESP, 2007

### Considerações principais:

- ✓ a supervisão dos AIS é uma atividade integrada ao processo de trabalho. Os momentos de supervisão registrados demonstram uma média de carga horária por aluno bastante alta (429 horas). Na metade do curso de formação, a média de carga horária quase alcança o total estabelecido de 560 horas.
- ✓ o total de carga horária por aluno variou de 2029 horas (AIS do pólo Pavuru) a zero (um AISAN que não estava nos momentos em que a equipe foi para sua aldeia);
- ✓ os AISAN acompanhados pelas enfermeiras não receberam nenhuma supervisão específica de saneamento pela Funasa nesse período.
- ✓ a predominância de enfermeiros e odontólogos registrando a supervisão
- ✓ sub-registro do acompanhamento de AIS que os médicos efetivamente executam, principalmente no cotidiano das UBS dos pólos-base. Outras fontes de dados podem conter informações sobre a formação em serviço dos AIS, como os relatórios técnicos que os profissionais de nível universitário fazem a cada entrada;
- ✓ a carga horária alterou-se de acordo com as seguintes variáveis: pólo-base responsável pela organização do serviço, etnia do aluno, local onde mora o aluno e ocupação principal do aluno (saúde, saúde bucal ou saneamento);
- ✓ os momentos e carga horária de supervisão são heterogêneos, com a predominância de estágio no pólo em detrimento da supervisão na aldeia.
- ✓ os AIS que moram no pólo, apesar de terem uma carga horária de supervisão maior que os que moram em aldeia, possuem menos oportunidade de acompanhar os viagens na aldeia, pois normalmente fazem a cobertura do pólo enquanto a equipe viaja;
- ✓ as características geográficas da área de abrangência do pólo-base parecem interferir na carga horária de supervisão na aldeia: as áreas com um número maior de aldeias e mais dispersas (Diauarum e Pavuru) possuem

uma média de carga horária menor que na área com menos aldeias e mais agrupadas (Wawi).

✓ a características do apoio logístico às viagens parece interferir na supervisão em aldeia. Nos pólos considerados pelos entrevistados como mais organizados, a carga horária de supervisão em aldeia demonstrou-se maior.

“A concepção deste curso é quase artesanal, os alunos tem trajetórias muito particulares e o processo de aprendizado se dá no dia-a-dia. O curso tem como princípio a formação no trabalho, daí a dificuldade em montar uma matriz curricular clássica definida no tempo e espaço. Alguns alunos têm acesso intensivo aos períodos de estágio nas Unidades Básicas de Saúde dos Pólos Base porque moram nos pólos, enquanto outros dependem das escalas e da supervisão nas aldeias. Neste sentido a carga horária de supervisão de alguns alunos é muito superior à de outros” (UNIFESP 2007).

De acordo com SILVA (2001), o termo desempenho indica a caracterização do conjunto de ações e interações do trabalho, envolvendo tanto as ações no campo da saúde como as interações entre os sujeitos.

*eu sei que as enfermeiras anotam como a gente tá trabalhando, mas não sei bem como isso funciona, se a outra que vem no lugar continua da onde parou, como elas usam essas coisas que escrevem no papel... (AIS 2)*

*eu não sei se eles conhecem bem a ficha de desempenho, de entender como ela funciona... eu explico pra eles “vocês tem uma avaliação, a gente vai vendo onde vocês têm mais dificuldade, na próxima vez a gente vê o que tem que trabalhar ou não”... e quando eu dou as atividades eu falo: “oh, vamos fazer caprichado, fazer bonito, isso vai pra pasta de vocês”, eles sabem que existe...(profissional 5)*

*a ficha de desempenho sobre saúde bucal tá sendo interessante com a parte pessoal, porque antes se avaliava muito o curativo e pouco o preventivo... esses relatórios que eles mandam, contando como foi o mês de trabalho, tá sendo um instrumento interessante... esse relatório de desempenho que a gente escreve toda a vez que supervisiona, tá muito mecânico... são 8 páginas só de procedimento e uma página que é a parte preventiva, então eu acho que a gente precisa pensar o desempenho mais em questões: “como tá sendo sua conversa com a comunidade”? (profissional 6)*



Alguns instrumentos permitem um diagnóstico conjunto do processo de formação envolvendo o aluno e o instrutor na avaliação. A partir da análise dos prontuários dos AIS, constatou-se uma sub-utilização desses instrumentos de auto avaliação e de caráter mais descritivo:

- Avaliação do Período de Dispersão (ANEXO VII)
- Ficha de Avaliação Individual de Desempenho (ANEXO VIII)
- Ficha de Registro de Fatos (ANEXO IX)

Entretanto, os prontuários dos alunos possuem diversas atividades descritivas e exercícios, realizados principalmente durante o estágio no pólo: exercícios de matemática, cálculo de idade, estudos de caso, relatos de situações vividas. Os relatórios pessoais da EMSI também contêm descrições minuciosas do trabalho e formação dos AIS.

### 5.2.2 Aspectos da Educação na Supervisão de AIS

De acordo com OLIVEIRA (2002), são muitas as singularidades do trabalho dos AIS com um enfoque educativo, relacionadas à articulação do saber, à produção de serviços de saúde, à promoção da saúde e valorização da cultura local.

A incorporação da supervisão como ação educativa e os princípios pedagógicos da formação no Xingu ficaram evidentes na maior parte dos discursos.

*supervisão já é aula pra nós... supervisão que eu sei é a equipe trabalhar com a gente, é ver o que a gente aprendeu, que que eles precisam ensinar pra gente, qual é nossa dificuldade no trabalho... pra mim a supervisão é isso, ensinar ... (AIS 4 )*

Para OLIVEIRA (2002), a percepção sobre a necessidade de ensinar e aprender no Xingu, nem sempre é imediata para os profissionais universitários, e traz alguns desafios, pois as percepções sobre o que é ensinar e aprender são múltiplas, e refletem as concepções de mundo e experiências educativas dos profissionais de saúde” (OLIVEIRA, 2002).

Os princípios que constituem a proposta pedagógica crítica e problematizadora emergiram em seus amplos aspectos nas falas da maioria dos entrevistados. Essa linha pedagógica está centrada na metodologia ensino-trabalho e destina-se a melhorar a capacidade de resposta às questões que o serviço de saúde coloca, estimulando de forma permanente, reflexiva e autônoma o pensamento e a criatividade na ação dos trabalhadores (DAVINI, 1989 apud OLIVEIRA, 1996)

#### **O trabalho como princípio pedagógico**

O saber é produzido no interior das relações sociais, como uma produção coletiva dos homens em sua atividade real, enquanto produzem as condições necessárias à sua existência a partir das relações com a natureza, com os outros homens e consigo mesmo (KUENZER, 1989 apud OLIVEIRA, 1996).

O esperado dessa prática pedagógica é que o educando seja o protagonista da construção do saber, cômico do seu papel na transformação de uma realidade, sujeito histórico e crítico que avalia seu desenvolvimento através de dois movimentos: do processo do conhecimento e do produto do trabalho (OLIVEIRA, 1996)

*eu sabia que o trabalho aqui era bem de ensino em serviço mesmo ... e que era muito de fazer junto com eles [AIS]... a didática é totalmente diferente... e querendo ou não, esse espaço aqui pra eles é legitimado como espaço de aprendizado...o profissional que tá lá fora não... se o serviço dá oportunidade pra ele aprender, é uma exceção... lá fora isso não é colocado pra gente “quando você tiver trabalhando é o seu lugar de aprendizado eterno”... (profissional 5)*

*o que vai consolidar esse aprendizado é aqui, no dia a dia... no rádio, por exemplo, o cara chega pra mim e fala: “a criança tá com febre, tem uma outra paciente que tá grávida”.... aí eu falo: “pera aí, vamos começar tudo de novo, qual o nome da paciente? a idade? qual o estado nutricional? “, aí ele fala: “ah! pera aí, que eu vou olhar”, “pode olhar, vai lá tranqüilo, que eu vou ficar na escuta”... sabe, é o tempo inteiro, é no rádio, é no bilhete que vai com um barqueiro... (profissional 5)*

*vez por outra não tinha combustível pra ir pras aldeias, então fazia muita supervisão via rádio também, a gente montou um horário de rádio, que todo mundo entrava e ficava escutando, e quem tivesse dúvida ia falando, passando caso... enquanto um falava os outros ficavam ligados, aprendendo também, então a gente tinha que criar umas estratégias, o recurso era limitado... (profissional 7)*

Entre os povos indígenas o processo de aprendizado sempre se dá na observação e na prática. Nunca houve, como na nossa sociedade, uma separação dos espaços de trabalho/prática e de ensino/teoria. Nessas comunidades em geral, as crianças e jovens aprendem a trabalhar observando e fazendo junto com os mais velhos (MENDONÇA, 2005).

*o jeito de ensinar da gente é... eu vou dar exemplo de fazer o cesto, né? eu aprendi assim... o meu tio falou pra mim “vamo fazer um cesto? eu vou te ensinar, você não aprendeu ainda, quem sabe quando você casar, você não vai fazer pra sua mulher”... aí meu tio combinou comigo, noutro dia a gente saiu no mato e cortamo taquarinha, aí ele explicou pra mim: “assim que a gente faz, você nunca deve fazer no tempo de chuva, porque senão a taquarinha vai ficar preta, vai ficar feia” ... aí ele vai mostrando até terminar, a gente foi tomar banho,*

*voltamo até à tarde, a gente termina, a gente brincou de bola, voltamo mexer com a taquarinha, no outro dia conversamo, ele continuou mostrando, até 5 dias eu aprendi, depois que eu aprendi ele deixou pra mim, aí ele foi pescar e no outro dia ele voltou, eu já tinha feito 6 cesto que faltava terminar, ele explicou pra mim que tem que cortar um outro tipo de cipó para amarrar a beirada do cesto e tem que cortar uma varinha pra colocar dentro do cesto pra não ficar amassado... e tem jeito certo de amarrar essa varinha ... não pode amarrar de qualquer jeito, ele mostra pra mim... “agora você tá liberado, pode lá sozinho pra ver se você consegue” eu fui lá sozinho, cortei, fiz, até errei no desenho, aí ele fica rindo e falou: “você vai aprender, não esquentar com isso não, assim que a gente aprende... porque você nunca vai ver uma pessoa que nasceu e já tá sabendo de tudo” ele falava pra mim... com o tempo aprendi com ele mostrando... (AIS 5)*

*os mais velhos conversa quando está trabalhando, vou dá um exemplo, quando minha vó faz uma panela, ela me chama, a minha tia, todas meninas pra poder estar do lado dela e mostrar como que prepara e como que mistura o barro...tem que misturar direito, aí eu tenho que estar assim, no lado dela, no dia-a-dia, na hora que ela for fazer, e ela tem que chamar, aí ela vai explicando, quando que a panela pode ser queimada e o que que a pessoa não pode fazer, o que pode acontecer, então ela passa assim o conhecimento...o conhecimento com a história... e vai mostrando...(AIS 1)*

*a gente aprende assim, vai olhando o jeito do pai trabalhar, pescar... aí a gente vai encarando também, vai pegando coragem, vai aprendendo e trabalhando com nosso pai... (AIS 4)*

Considerar o trabalho como princípio educativo, passa por valorizar a formação em campo, passa por construir coletivamente as propostas curriculares, com todos os atores envolvidos no viver cotidiano, no território do ser e fazer. A realidade das áreas indígenas e suas aldeias deve ser o espaço privilegiado do ensinar e aprender (MENDONÇA, 2005).

*Eu sempre converso entre nós mulherada, eu explico pra elas as coisas que eu vejo na reunião de mulheres, ou as coisas que a minha neta (AIS) conta, a mulherada que participa mais dessa conversa... homem não fica escutando... se as equipes explica as coisas pra mim, eu vou passar pra minhas filhas, minhas netas e sobrinha... porque a gente conversa muito aqui, eu explico as coisas que eu sei pra elas todas... (liderança 1)*

Justamente por ser uma formação voltada para o trabalho, a expectativa inicial dos AIS mais jovens é de adquirir conhecimentos para a

intervenção e assistência à saúde, pois vivenciam situações concretas de adoecimento em suas comunidades:

*a médica mostrava como é que identifica as doenças ... aí teve um acidente, trauma... ela me ensinou fazer sutura... toda vez que o paciente novo chegava, ela me chamava pra ver se eu consigo identificar essas doenças... ela explicava pra mim como é a doença, como é que causa... (AIS 7)*

*uma das coisas que eu trabalho muito com eles no estágio, nessa questão de supervisão, é abordagem ao paciente... o que é geral pra todos eu já coloquei nas fichas de desempenho, que a maioria deles ainda atêm a sua investigação à queixa colocada pelo paciente (profissional 5)*

*é difícil colocar na prática essa parte mais especifica da odonto, com enfoque na prevenção... é uma ansiedade dos AISB de querer saber mais de outras coisas, querem tirar dente, fazer canal... (profissional 6)*

Em geral, os AIS que trabalham há mais tempo, demonstram mais interesse em desenvolver habilidades para intervenções educativas e de promoção da saúde.

*função do AIS eu acho que... é saber orientar as mãe, saber conversar com a comunidade, saber dialogar com as mães, os paciente, saber ter diálogo junto a sua comunidade, né? pra que ele tenha a confiança da sua comunidade, melhorar nesse aprendizado, ter mais conhecimento sobre esses... esses trabalho do branco né? eu acho que é isso pra mim... (AIS 3).*

### **Aprender a fazer, fazendo**

*isso eu achei muito interessante, porque ela [enfermeira] mostra no papel e depois ela mostra na prática, né? se fosse eu, ia fazer desse jeito, assim é o jeito nosso aprender com os nossos pais... porque o jeito de aprender com meu povo é ir mostrando... primeiro ir contando como se fosse uma aula, né? ir contando, via oral mesmo: “acontece isso quando você faz isso, acontece aquilo quando você faz isso, fica bom quando você faz isso” ... as equipe, quando aparecer alguns desses paciente [caso novo], eles tem que levar você pra fazer na frente dele, pra ver se você tá aprendendo... assim a gente aprende, por isso que eu tô falando, se fosse eu um dia supervisor, ia ser assim... (AIS 5)*

*o jeito de aprender o conhecimento do branco... primeiro eu achava que não tava aprendendo, que eu que tava burro, mas aí eu vi que cada pessoa da equipe tem jeito diferente de ensinar, porque se a*

*peessoa só fica contando, contando, contando, nunca você vai aprender... pode contar um pouco e ir mostrando um pouco, e até mesmo tocando no aluno, pra ele fazer junto com você, aí você pode falar: “você tá vendo essa ferida aqui? eu faço assim... eu pego a gaze, eu limpo assim, depois passo esse remédio”, depois você deixa pro agente de saúde fazer... (AIS 5)*

*eles são muito observadores, eles ficavam olhando e depois fazem exatamente igual... fui vendo que era a forma do aprendizado deles, no cotidiano, eu não precisava falar muito, até porque poucos falavam português ... quando eu pedia pra repetir o que foi feito todo mundo sabia, agora cada um tem o seu jeito, são indivíduos diferentes ... (profissional 3)*

Os ‘esquemas de assimilação’ são entendidos como formas progressivas de ação mental que um sujeito desenvolve para conhecer: observação, imitação, diálogo e interpretação. Define a ação como princípio básico de transformação, invenção e re-invenção no ato humano de aprendizagem, aproximando-o da pedagogia crítica (Piaget, 1988 citado por OLIVEIRA, 1996 p. 26).

### **Aprendizado do que é concreto:**

A observação caracteriza-se como premissa fundamental no aprendizado dos AIS, principalmente para o desenvolvimento de habilidades técnicas e manuais:

*eles pedem muito pra ver vídeo: “a gente precisa ver como fica a pessoa que bebe muito, a gente precisa ver como é o pulmão, como a tuberculose trabalha no pulmão”... principalmente uma coisa que não é palpável... (profissional 5)*

*se os agentes de saúde não entender o que vocês tão passando, tem que fazer um jeito de entender, exemplo de doutor na reunião do encontro de mulher, ele deu pros pessoal entender mais fácil, ele só desenhou, aí ele explicou em cima do desenho, aí todo mundo entendeu rápido porque tava bem claro, isso que eu queria que todos vocês fizesse com os AIS, pra que eles não desanime e segue pra frente...eu acho que o jeito de ensinar é isso, faz alguma coisa aí, desenha ou fala o nome da doença, se ele não entender, desenha doença e mostra como é que pega até que ele vai entender... (liderança 4)*

A pedagogia condicionadora visa a eficiência pela internalização de operações que são sucessivas vezes desenvolvidas com um instrutor, sendo utilizada na área de formação em saúde em atividades que envolvem o desenvolvimento de habilidades motoras (OLIVEIRA, 1996).

Apesar de considerada uma estratégia de ensino com princípios pedagógicos não compatíveis com a perspectiva de formação crítica e transformadora, no concreto do trabalho, são eficazes para a incorporação de habilidades técnica e parece aproximar-se dos princípios de aprendizagem dos trabalhos manuais das comunidades, sendo utilizada para o ensino de procedimentos, principalmente com os AIS que dominam pouco a língua portuguesa:

*Quando eu comecei a ensinar saúde bucal eram duas meninas, não falavam português... eu explicava pra elas ficarem atentas, que era igual um artesanato o trabalho de dentista, se você olhar bem, aprende... é um trabalho técnico, você seguindo aquelas técnicas o melhor possível, você tem o resultado o melhor possível... vou explicando o porquê da técnica, não é uma coisa abstrata, é uma coisa que tem razão de ser e eles entendem isso... você precisa ser objetivo, você mostra, você fala, eles entendem e fazem... pra mim não tinha nenhuma dificuldade cultural nesse aspecto, até porque eles são detalhistas, caprichosos, muito observadores, então são características que facilitam o trabalho técnico, seja ele qual for... (profissional 2)*

*às vezes uma coisa curiosa era um medicamento similar que vinha em outra embalagem, essa coisa da imagem, da cor da caixa, do frasco, eles pensavam: “esse que é o bom”, mas é o mesmo, venho numa caixa diferente... essa coisa do concreto no aprendizado a gente ia pegando na hora de ensinar... (profissional 7)*

### **Aproximações sucessivas ao objeto de conhecimento**

*Quando fiz estágio primeira vez, não entendia quando os tapuin [não-indios] falavam no curso de ‘frequência respiratória’... então aprendi contar respiração de uma criança, acho que de 8 anos... a enfermeira... acho que foi você que me acompanhou no primeiro estágio, né?... aí você falou pra eu contar quantas vezes ela puxava o ar até completar um minuto ... e foi ali que eu pensei: “então é isso que quer dizer frequência respiratória? é assim que conta a frequência respiratória?” fiquei um mês no posto ... acho que foi isso que eu aprendi nesse primeiro estágio, mas não sei se aprendi, assim, tudo de frequência respiratória... aí depois de 6 meses fui no segundo estágio, eu tirava*

*dúvida de coletar história do paciente... aí treinei mais ainda a frequência respiratória... depois fui entendendo outras coisas do exame do paciente ... (AIS 1)*

*a essa altura do campeonato onde já se falou de IRA [infecção respiratória aguda] mil vezes, eu achei muito interessante quando perguntaram o que eles querem aprender no próximo curso e o pessoal foi de novo em cima da IRA ... (profissional 5)*

Para DAVINI (1994) o sujeito aprende a partir de sucessivas aproximações à estrutura do objeto e estas aproximações são alcançadas pela aplicação ativa de esquemas de assimilação de que dispõe e a partir de sua percepção social inicial. A aprendizagem requer um tempo no qual o sujeito investigue ativamente, aplicando suas formas de conhecer, aproximando-se cada vez mais da matriz interna do assunto, em um processo de idas e vindas de reflexão e ação.

Um aspecto pouco abordado nos processos pedagógicos da formação em saúde dos indígenas, é que os “branquígenas”, ao esforçarem-se para compreender o universo indígena, também passam por sucessivas aproximações em seu aprendizado ...

*quando a gente ouve uma história indígena, que pra nós é bem comprida e cheia de detalhes, se a gente não pedir uma explicação a gente não entende nada ... passa um tempo e a mesma história é contada, aí você já começa a entender um pouco mais... eu acho que o processo deles é a mesma coisa, quando começam a estudar nossas coisas, eles devem viajar mesmo, como a gente viaja com as histórias deles... eu levei mais de um ano pelo menos pra começar a entender essa transformação de pajé em animal, animal em fruta, fruta em pedra, e não entendo profundamente isso... . (profissional 6)*

*às vezes você acha que foi claro e aí você tem uma mesma discussão uma semana depois e não foi nada do que foi conversado... a gente aprende a ver como esse trabalho é grande e precisa de tempo mesmo, as coisas não se resolvem rápido, os resultados a gente não consegue obter rápido ... (profissional 6)*

A tarefa de quem orienta a aprendizagem é quase artesanal, de criação e recriação de alternativas pedagógicas que encaminhem este processo. O próprio instrutor se vê envolvido em num processo de aprendizagem permanente (DAVINI, 1994 p. 33).



*quando a gente tá no processo de ser o professor, tem que se cuidar pra tentar chegar na dúvida mesmo do outro, esse é o maior desafio de quem tá ensinando, como é que eu chego no ponto, porque eu sei o conhecimento, mas transmitir que é... pensar na estratégia utilizada pra que ele compreenda, isso é fundamental ... (profissional 3)*

*com eles o processo é esse mesmo de falar de novo, falar de novo, falar de novo... o tempo deles é diferente do nosso... eles querem sentir muita, muita firmeza antes de fazer.... (profissional 5)*

*minha vó passa assim o conhecimento...ela vai me mostrando e fazendo na minha frente... só que quando a gente não consegue pegar aquela explicação, ela tem que voltar novamente e explicar de novo e no outro dia ela tem que pedir pra mim fazer uma panela, eu tenho que... lembrar tudo o que ela fez pra poder fazer... aí eu falei pra ela que eu ia observar mais uns dia ainda pra poder fazer...(AIS 1)*

O papel do instrutor / supervisor nesse processo é organizar uma série gradual e encadeada de situações para que este processo se produza. A partir da percepção e prática que o educando tem do assunto, o instrutor pode apresentar problemas a atividades-estímulo para desencadear a busca sistemática de resposta, que à medida que sejam alcançadas, sejam submetidas ao teste da prática, numa seqüência não interrompida de reflexão e ação de prática-teoria-prática. (DAVINI, 1994 p. 33)

### **Padrões culturais de aprendizagem**

Entre as categorias conceituais que sustentam a dinâmica pedagógica nos processos de formação no Xingu, estão os padrões culturais, ou seja:

*“a visão de mundo, tradições, estrutura familiar e trajetória profissional construídas pelos educandos através de sua história pessoal e da história do grupo social ao qual pertencem, configuram seus pensamentos e percepção da realidade. Esses referenciais formam o eixo de uma ‘pedagogia sócio cultural’, que define os conteúdos e atividades didáticas de acordo com a realidade sócio-cultural dos educandos”. (OLIVEIRA LSS, 1996, p26).*

*os Kaiabi já começa aprender desde pequeno... quando fica maior, já tá pronto pra enfrentar alguma coisa ... então é assim que já entra prática com criança... não porque a gente põe ele pra fazer, é vontade dele fazer algumas coisas também... ele fazendo, errado ou certo, vai fazendo... você só tem que acompanhar: “oh, faz assim, esse aqui tá*

*certo, melhora aqui"...a gente não tem aula pra ensinar, é a prática... conversar... é a maneira de mostrar ... porque aprendem como qualquer pessoa, fazendo... vai olhando, vai acertando e a (liderança 3)*

*os velhos também são livros, são os livros pra você perguntar...a gente recebe pesquisa no curso de AIS, a gente chega lá pergunta pra eles das coisas... eles falam, começam explicar direitinho os acontecimentos... é que falta o interesse das pessoas aprender...entre nós, o mais velho não vai pedir pra ensinar você, você é que tem que pedir, aí ele ensina... (AIS 2)*

*Eles sabem ensinar de uma forma integrada, mais dinâmica, eles não fragmentam o aprendizado, a criança tá crescendo e aprendendo a ser mulher, a ser homem, de uma maneira lúdica, o papel dela na sociedade, através das histórias...a forma como as crianças são tratadas, não tem aquela coisa da repressão, existem formas de se colocar limites nas crianças, mas elas aprendem muito a autonomia, aprendem que as conseqüências do que você faz, você mesmo vai ter que lidar com aquilo ... (profissional 7)*

Concordando com OLIVEIRA (2005 b) "Os modos indígenas de aprender e ensinar devem ser considerados. Nas sociedades amazônicas, pode-se relacionar a transmissão do conhecimento ao aprendizado cotidiano e iniciação xamânica. O aprender e o fazer são diários, os familiares ensinam, os principais mestres são os parentes, sendo valorizada a auto-iniciação e a auto-aprendizagem" (OLIVEIRA, 2005b, p.107).

*seria importante nas supervisões nas aldeias, trabalhar um pouco de conhecimentos gerais e de coisas da cultura dele mesmo, de a gente fazer mais atividades com eles de buscar informação na comunidade... o povo dele perceber que ele tá interessado no conhecimento do branco mas também tá interessado no conhecimento dele... aí você trabalha o conhecimento tradicional na prática mesmo, unir isso acho importante... (profissional 4)*

*sobre aprender as coisas do meu povo e aprender as coisas de vocês...eu acho que é a mesma coisa... o que é diferença mesmo é contato oral no nosso conhecimento... fica mais fácil pra mim entender... o jeito de passar oral é meio difícil pra vocês, não índios, porque vocês acostumaram com papel pra anotar... hoje em dia os mais novos estão trabalhando através de papel... tá facilitando bastante o conhecimento dos povos indígena ...a gente tá associando esse conhecimento, tá funcionando muito bem... por exemplo, eu*

*perguntei outro dia pro meu pai uma reza pra criança ficar saudável, pra sair da diarreia, pra não pegar qualquer coisa, aí eu perguntei uma vez pro meu pai e ele contou pra mim e eu anotei tudo e aí fiquei carregando aquilo ali até aprender... assim eu achei muito interessante, misturar os dois... (AIS 5)*

*Essa metodologia que eles usam ... eu vejo que é o que falta na nossa sociedade, integrar tudo, a interpretação do que é saúde, do que é doença, quando eles falam: “você não precisa atender esse doente aqui, que isso é roubo de alma, vai vir aqui um pajé que conhece bem isso, vai rezar e trazer a alma de volta” ... acho que eles nos ensinam também nossos limites como profissional na área da saúde, essa pedagogia indígena....(profissional 7)*

### **Educação como instrumento de transformação**

“Não há prática pedagógica que não parta do concreto cultural e histórico. Experiência e prática não se transplantam, se re-inventam, se re-criam” (FREIRE, 1982).

O método de ensino e aprendizado problematizador enfatiza a interação das experiências entre os sujeitos. A assimilação de novos conhecimentos devem partir das experiências concretas dos educandos. O docente é um dinamizador do diálogo, da investigação e reflexão. Estimula o grupo nas operações de: observar, comparar, distinguir, identificar princípios, causas e efeitos. ( OLIVEIRA, 1996)

*como educador você tem um papel fundamental em aguçar a curiosidade e de fazer esse aluno ser espontâneo, participar, se envolver... tem esse lado da postura do educador, se ele não tem uma maneira de lidar com situações, conflitos,, ele vai ser um trator, passando por cima dos conhecimentos que a outra comunidade trás... o educador ou o profissional de saúde, pode contribuir muito e pode atrapalhar em muito também o processo de aquisição de conhecimento... eu acho que o mais importante é fazer as pessoas se imbuírem dessa vontade de aprender, de fazer as coisas, isso que é o mais complicado, porque decorar e depois fazer prova e passar, isso é fácil... (profissional 1)*

*na hora de ensinar a gente tem muita tendência de falar, falar, falar e perguntar se entendeu... tem que perguntar que que você sabe disso, é diferente, porque aí a partir do que eles falam você complementa*

*mais um pouquinho, eu acredito assim, em todo processo educativo tá lá o conhecimento, cada boca vai morder o que consegue (profissional 3)*

*é importante esse olhar da educação como instrumento de transformação consciente do indígena, e ele ser condutor do seu destino... a gente vai só fornecendo instrumentos, visões críticas, no sentido de traçar paralelos, não de comparar com culturas diferentes... porque a comparação está inerente a um juízo de valor, de uma cultura superior e outra inferior ... (profissional 1)*

*cada dia mais estamos cercado, antigamente a cidade era longe do parque, então era difícil de entrar doença, mas hoje cada vez mais tá desmatamento próximo e muitas coisas tão mudando... precisa formar os próprios índios pra que possa ajudar a comunidade resolver problema de saúde no dia a dia, ajudar a comunidade entender problemas, não só de doenças... pra comunidade ter informação, pro próprio índio mesmo cuidar da saúde ... (AIS 1)*

### **Construção coletiva do conhecimento**

*por mais que você vá falar devagar e calmo, não pode só você falar... tem que trocar com eles, tem que dialogar com eles... construir junto... acreditar que o conhecimento não é seu, o conhecimento não é dele, é de todo mundo... essa coisa de dividir, não de ensinar mas de trocar... não adianta eu chegar aqui e achar que o conhecimento que eu tive é fechado, aplicar do jeito que eu vi na academia... essa sensibilidade de perceber que o conhecimento não é único, sabe? não é verdadeiro... tem que juntar as coisas, aí entra a questão do respeito... respeitar o que ele acredita, colocar como eu acredito e junto tentar chegar numa solução... não só respeitar, valorizar, mas acreditar que isso dá certo... eu acredito porque eles tavam aqui antes da gente, eles tão aqui no meio do mato, eles tiram do mato o que eles precisam pra curar a saúde deles, pra se alimentar, pra fazer festa, pra construir casa... eles tão aqui há muito tempo... (profissional 4)*

### **Representações diferentes sobre o mesmo objeto de ensino/aprendizado**

*hoje em dia no curso, reunião de mulher, mistura mais o pessoal de outras etnias, cada povo tem uma cultura diferente, então no encontro de mulheres fala assim: "oh, pra acabar desnutrição em todas etnias, vamo acabar essa falta de alimento, essa falta de não sei o quê" ... tá certo, mas na verdade, pro meu povo, da onde que vem essa desnutrição antigamente? por falta de respeitar a regra... (AIS 5)*

*quando eu tava primeira vez dentro da área, teve um momento que estava trabalhando com divisão, peguei como exemplo uma quantidade de peixes, para dividir com determinado número de pessoas, e a conta não era exata, tinha um resto que sobrava, e na explicação eu falei: “olha, isso é resto, sobrou, a gente joga fora”... mas foi espontâneo, e aí foi aquele alvoroço... todo mundo riu muito, passa mil coisas na sua cabeça: “nossa, que será que eu falei” ... aí tem que centrar, observar o movimento, o que tá acontecendo e esboçar a reação depois... esperei o pessoal digerir e trazer a informação ... daí falaram: “professor, aqui não se faz isso, não joga fora peixe” [risos]... aí você vai se apropriando, que o conhecimento precisa tá bem próximo da prática, bem concreto... precisa mediar esses conhecimentos, você precisa tá aberto ao que o outro traz, entender o modo de pensar do outro e você apresentar o seu também, sem juízo de valor. (profissional 1)*

### **Apoiadores para o aprendizado**

Diversos atores sociais formam uma rede de apoio ao aprendizado do AIS: o pai, a mãe e outros parentes; os representantes da medicina tradicional; os AIS mais experientes; os auxiliares de enfermagem; os professores indígenas; os conselheiros de saúde e gestores indígenas. As falas a seguir demonstram a riqueza dessas relações:

*... quando não tem ninguém da saúde pra pedir ajuda, eu procura o meu primo (professor da aldeia) ou meu tio ... meu tio não entende muito português, mas ele entende bem o que fazer naquela atividade, se eu tenho uma coisa pra responder que vocês dão no curso, é só chegar lá perguntar pra ele “o que é isso daí?” aí ele pergunta pra mim: “como é que tá escrito na pergunta?” aí eu leio pra ele, aí ele fica pensando, daqui a pouco ele me explica ... Não é só pra entender português, meu tio é que nem um conselheiro pra mim ... (AIS 5)*

*Se o doente tiver com diarreia, eu preciso de ajuda de pessoa mais velha, que sabe a raiz pra dor de barriga... ou se tiver pajé perto tem que pedir ajuda ...já aconteceu isso várias vezes e... quando uma pessoa tá passando muito mal e eu não consigo resolver com o mais velho, aí, eu mando pra aldeia mais próxima, que é Sobradinho... aí o Inata e Yuamin [AIS mais experientes] pode avaliar o paciente e sabe o que fazer... mas se eles não resolve já manda pro pólo... (AIS 1)*

*Uma vez fui dar dipirona pro meu sobrinho, mas minha vó me explicou que não era bom dar, porque ele ficava fraquinho, meio tonto. Mas eu não tinha paracetamol na aldeia, aí minha vó mandou eu dar banho e*

*ela fez um remédio do mato... meu sobrinho melhorou, eu gostei, eu ainda não conhecia aquela folha pra febre... (AIS 1)*

*Ele [AIS da mesma etnia] tá comigo desde 96 ... tamo juntos aqui, colega de trabalho, faz muito tempo... eu peço orientação pra ele, ele pede pra mim, a gente tem um trabalho pra mim que é muito bom... a gente troca experiência com os novatos... então isso ajuda tanto eles quanto nós...eu sinto seguro quando tá eu e ele lá no pólo... a gente quase não preocupa com nada ... (AIS 2)*

*Quando eu tô ensinando meu tio [agente de saúde mais novo da aldeia] antes de entregar papelada pra ele, eu tenho que contar, tenho que preencher papel na frente dele pra ele ver como é que funciona, aí ele faz um pouco na minha frente... quando eu vê que ele tá fazendo bem, eu deixo na mão dele pra ele fazer, eu vou pro outro lugar, quando eu volto pra ver se ele realmente tá fazendo, aí eu confere aquilo ali... assim vai diminuindo a dúvida dele... eu fala pra ele: “não... não é bem assim”, aí eu explico novamente “esse a gente faz assim”, vou mostrando pra ele de novo: “se você fazer isso, acontece isso, se você não fazer isso, acontece isso” ... agora ele já sabe preencher relatório... (AIS 5)*

A função educativa do AIS mais antigo para com os mais novos parece ser inerente ao trabalho, eles parecem conscientes do papel de abrir caminhos e demonstrar exemplos” (OLIVEIRA, 2002,).

*essas coisas sobre política, uma notícia que eu escutei e não entendi, algum documento que eu li e fiquei com dúvida, uma reunião de conselho, essas regras do branco, eu procuro sempre o meu tio, mesmo que ele não estuda, ele sabe da regra de vocês... qualquer coisa que eu preciso, ele que é meu professor ... a equipe [de saúde] nunca procurei, porque é muito difícil eles passarem... assim... um tempo grande lá na nossa aldeia... eles não vai ter tempo... se a gente fica perguntando essas coisas, vai atrasar o trabalho deles ... essas coisas de política fui aprendendo com a turma do curso de gestão, quando eles se junta no curso, sempre tô no meio deles, fico lá escutando vendo o jeito de... quem sabe eu vou chegar nesse daí, né? eu tô preparando pra saber essas coisa, por isso que eu tô sempre no meio deles... (AIS 5)*

### **Supervisão e suporte**

A supervisão tem a potencialidade de trabalhar as relações de equipe, fortalecer os vínculos entre seus membros. A supervisão exercida como suporte faz com que as equipes, ao se sentirem cuidadas e compreendidas,

apresentem maior possibilidade de compartilhar afetividade e cuidados mútuos, adquiram meios saudáveis de entendimento das dificuldades e limitações, de resolução de conflitos internos e, mais estruturadas, atendam de modo eficaz a seus pacientes. (REIS e HORTALE, 2004)

*quando você deixa pro agente de saúde fazer...pega nele, chega perto e mostra... aí se ele não conseguir, se ele tiver medo, pega na mão dele, ajuda a perder medo, porque você tá pegando na mão dele e... partindo o medo, você e ele... assim que ele aprende ... (AIS 5)*

*às vezes o agente de saúde mais novo não tem coragem de falar que tem dúvida... eu vejo assim, que no estágio, as enfermeiras espera mais os agente de saúde procurar ela... mas não é assim... eu entendo de outra forma... depois do almoço ou à noite a enfermeira pode sentar, conversar... isso eu faria ...até fazer uma brincadeira, alguma piada... aí devagar eles perde a vergonha, vai ficando mais solto, mais animado... é como eu faço com minha prima, que tá começando agora ser AIS... (AIS 4)*

### **Português e aprendizado**

Nossa dificuldade em se expressar é um dos grandes desafios, principalmente com os AIS mais novos que dominam menos o português. Os profissionais de saúde em geral não dominam as línguas nativas, é comum mesmo que utilizem uma linguagem que consideram simples, mas não ser compreensível pro aluno iniciante, por isso a ajuda de outras figuras é crucial.

*no pólo trabalhamos assim, quando tem estágio... se eu tô com dúvida de calcular a idade, aí eu tenho que ficar no cálculo de idade e outro fica na pesagem, outro vê o gráfico, outro vai anotando no livro das criança...alguns tipo de dúvida, pergunto pra enfermeira, aí depois pergunto pro nutricionista, aí se eu não vou conseguir entender a explicação deles, aí os agentes que tá trabalhando no dia-a-dia da UBS, que tem mais prática, passa na nossa língua as informação do que eles aprenderam, isso pra mim ajuda mais na explicação... (AIS 1)*

*a linguagem que muitas vezes é usada pelos brancos dificulta... que nem um aluno perguntou pra gente no módulo de educação: “professor que que é órgão?” o médico já falou bastante no curso de órgão, órgão, mas não sabia o que que era ... é por isso que eu acho importante os professores indígenas tá ajudando os alunos... se não conseguir explicar em português, explica na língua...(liderança 2 - professor indígena)*

*tem alguns da equipe de vocês, quando começa trabalhar, que fala muito rápido ... que num explica, assim, com calma, num explica direito, quer dizer, eu sei que ela explicou, mas só que ela faz diferente dos outros professores... na hora a gente entende, mas você ouve aqui e sai por aqui... aí quando ajunta o grupinho [de AIS], um colega de trabalho fala: “e aí, que tá achando do curso?”... “Tá bom, mas fulano ensina diferente” ... cada um de vocês que passa aqui a gente observa, entendeu?... a gente num quer tá com essa cabeça de ficar observando vocês, a gente só quer aprender, mas aí algum de vocês vem e fala: “tátátátátá”... acaba de falar e pergunta pra nós assim: “e aí, entendeu?” nós fala “sim”, só que a gente nunca entende, entendeu? a maioria de nós fala sim, balança a cabeça.... será que entendeu? (AIS 4)*

*jeito bom assim de ensinar é... ensinar sem pressa: “olha, é isso, você vai fazer isso” ... se a gente não entender, a gente fala pra ele: “Dá um exemplo”... exemplo ajuda bastante... se eu falar direto pra você alguma coisa na minha língua, você não vai entender também... você vai pedir pra mim dá um exemplo... vocês, nossos professores, tem que ensinar com a nossa língua, que a gente aprende, entendeu? nossa língua que falo é aquela língua de vocês que a gente entende... (AIS 4)*

*eu me preocupa muito com a maneira de passar esses tipo de aula... eu me preocupa muito com o português... toda vez que eu vou em reunião penso nisso... outra vez teve uma menina que participou de uma reunião de saúde no Diauarum [Pólo-Base] com o nosso pessoal...ela tava falando como é que podia fazer atendimento nas casas, né?... mas ela não falou casa... ela falou outra palavra, como que é que vocês falam, dormi...domicílio, aí eu cheguei falar pra ela: “olha...eu me colocaria no lugar de uma pessoa que entende pouco português”... depois ela até achou que eu tava fazendo sacanagem com ela... “não... eu tô me colocando no lugar de uma pessoa que entende pouco português... pra mim eu tô entendendo que esse português... como chama?... de domicílio... pra mim eu tô achando que eu tô dormindo, e vocês vai lá me ver dormindo, é isso? é isso que entendi?” [risos] ....entendeu como é que é? Então tem que ser mais claro no português, mais simples pra nós... falar bonito pode ficar pra uma outra hora... pruma outra pessoa... se não conseguiu arrumar essa palavra pro português fácil, pede então traduzir... quando for falar, é bom usar mais pausa na apresentação... faz uma leitura pausada, né?... bem devagar...vai lendo, vai lendo... que é pro pessoal também entender... e às vez também a gente precisa ser corrigido no português... ou trazer pra nós uma palavra nova, também é bom... eu tava assistindo outro branco falar, no final falava assim: “quando a criança tá numa certa idade tem que dar tripa de peixe pra...” tripa, não... não é uma palavra... então tem que corrigir... né?... vocês não*



*falam tripa, eu não sei como é que chama... pode trazer uma palavra nova, é bom, é só explicar bem ela, então todo mundo entende... (liderança 3)*

*pra ensinar a gente precisa arrumar uma linguagem mais popular, mais coloquial do que técnica ... fazer associações é outra forma, comparar o dente com a casa, dependendo da realidade de cada um você vai comparar de um jeito... (profissional 6)*

*A graduação em enfermagem me deu algumas coisas que acho importantes pra esse trabalho que é a observação, a ênfase em você prestar atenção nas pessoas, pacientes... e esse cuidado extremo em registrar aquilo que você faz... isso me valeu muito na questão de ter cuidado com aquilo que você escreve, que aquilo pode ajudar o outro profissional que tá lá, e ajuda no aprendizado dos agentes em vários aspectos, entre eles o português... (profissional 7)*

Até hoje a “letra de Marina”, enfermeira que trabalhou na atenção primária de 1990 a 1996, é reconhecida e imitada por trabalhadores indígenas no Xingu. Simboliza o cuidado em facilitar a aquisição de conhecimentos.

Os AIS utilizam-se constantemente dos registros escritos que os profissionais fazem, não só no momento do trabalho. É comum os AIS relatarem que estudam português, à noite na rede, através do livro de atendimento; relatórios médicos; prontuário do paciente; documentos, letras de música, cartas de amor ...

## O domínio do português para desempenhar o papel de intermediação

*no começo do meu trabalho eu ficava preocupado com as pessoa [comunidade] não confiar em mim... porque eu não entendia direito a palavra de branco... depois que a gente reiniciamos nosso curso de AIS, eles [comunidade] começaram me procurar ... já tem 3 ano que mudou bastante porque eu já tô falando [português] de verdade... por exemplo, a palavra que eles [conselheiros indígenas e profissionais de saúde] tão usando na reunião [conselho de saúde]... se eu não entender aquilo que tão falando, se eu entrar no meio na reunião de conselho e falar outra coisa, aí minha comunidade não vão gostar, claro, né? mas agora, quando uma pessoa fala na minha frente, eu já sei o que que ele tá dizendo, se ele tá falando ruim, ou se é bom mesmo, aí eu entro e falo da mesma coisa... se ele fala ruim, eu tenho que ir contra ele, isso me deixa ter coragem pra falar... (AIS 5)*

*Meu tio tava tentando interpretar a fala do irmão dele na reunião de conselho, mas ele não conseguiu terminar, aí levantei sozinho, ninguém me mandou, acabei falando na frente de todo mundo, só pra ver se eu tenho coragem, porque muitas vezes eu entro no meio de todo mundo, aí minha voz some... eu achava que eu ia ficar desse jeito, mas de repente minha voz saiu que nem se eu tava brincando com meus amigos, contando piada... eu contei pra eles certinho o que meu tio falava... depois disso teve um outra reunião de conselho local, eles acabam me indicando conselho suplente ... (AIS 5)*

## Características pessoais e atitudes valorizadas

Diversas habilidades da dimensão pessoal foram levantadas como desejáveis para quem assume o papel de educador/supervisor. Tais habilidades parecem estar intimamente relacionadas à postura assumida pelos mais velhos, pelos pais e outras figuras que desempenham papéis de educação e liderança nas sociedades indígenas.

## Polivalência dos profissionais de saúde

*participei do curso de AIS também pra entender como era a questão do ensino fundamental. como se trabalhar? como que era a metodologia? Hoje eu consigo fazer uma atividade que não seja diretamente da saúde discutir ecologia, por exemplo, coisa que não sabia fazer... hoje eu tava lá no curso já pensando qual tipo de atividade que eu podia fazer que fosse pra além do que eu já costumo fazer ... às vezes eles vinham com apostila de matemática pra mim, e eu já tinha noção de como foi o curso de matemática, já sabia a metodologia de*

*aprendizado e tentava ajudar em alguma coisa... fui elaborando exercícios de matemática no primeiro estágio... (profissional 5)*

*a formação aqui extrapola o agente de saúde... os caras vivem pedindo pra ajudar fazer uma planilha... aquela planilha básica do word pra ele prestar conta de gasolina... eu vejo o coordenador [de pólo] passando uma autorização de gasolina num pedaço de papel... se a demanda é baixa, fora do horário de atendimento, dá pra fazer essas coisas.... e você promove um momento diferente ali no pólo ... (profissional 5)*

*se quiser, a gente se envolve o dia todo com a formação deles, durante o atendimento na UBS... à tarde fazendo exercícios de matemática, de português, à noite conversando sobre como foi o dia... (profissional 5)*

O profissional de saúde é formador de um tipo de saúde, e não da totalidade da saúde, deve buscar solução para as doenças trazidas pelo contato com o não-índio, apresentando um instrumental de conhecimento facilitador da compreensão do índio sobre o universo da sociedade que o envolve. Desse modo, parece natural, senão imperioso, que o professor nessa área ensine tudo: a dosagem do medicamento, o modo de transmissão da doença, língua portuguesa, matemática, história do não-índio, o uso da tecnologia, configurando um modo de ensinar raro e desafiador (OLIVEIRA, 2005c).

A supervisão de rotina deve ser vista como um processo integral, dirigindo-se às ações de saúde em seu conjunto. Essa integralidade da supervisão tem uma correspondência no atributo de polivalência dos supervisores de rotina (SILVA, 1991).

### **Paciência e bom humor**

*em termos de atitudes, essa coisa de não se exaltar é importante, você não vê os índios exaltados entre eles, se afrontando um ao outro, o tom que você fala... não gritar, não falar duro... a questão do bom humor é fundamental pra criar um ambiente de camaradagem, que facilita o aprendizado também... se a gente tiver uma postura mais fechada, certamente eles vão se retrair... (profissional 7)*

*também o jeito de falar, né, pode ver entre eles, não precisa brigar... quem é bravo, fala manso... quanto mais o cara é chefe, mais manso ele é... e todo mundo respeita... (profissional 3)*

*Outra vez fiz estágio no posto, e tinha outro AIS que trabalhava lá direto, mais velho, ele não tinha paciência de explicar... uma coisa que eu não consigo entender eu perguntava pra ele "como é aquilo?" aí ele falava " eu ensino só uma vez pra uma pessoa porque assim que eu aprendi aí eu não vou ensinar mais pra você" aí só falava isso, fiquei triste com ele... (AIS 1)*

*o índio não tem fim... o índio não tem fim... o filho quando é teimoso, o pai dele fala, fala, fala ... depois a gente tá cansado, tem o filho mais velho pra ajudar, porque ele já tá entendendo qual é a idéia do pai... por isso que eu falo que índio não tem fim... porque ele fala uma vez, duas vez... e essa é uma coisa séria... coisa séria por quê? Porque se alguém tá perguntando pra uma pessoa jovem igual a ela, que não é de um costume nosso... mas aquela pessoa não quer passar ... acha que...é aprendido rápido... ou não tem paciência de ensinar de novo... vai ser grande vergonha pra quem tá perguntando...(liderança 3)*

*nunca chamar atenção do AIS na frente dos outros... paciência, muita paciência e quando errar assumir que errou rapidinho... acho que é só, já são coisa bem difíceis da gente fazer sempre....(profissional 3)*

### **Consciência das próprias limitações**

*eles testam muito nossa segurança, em conhecimentos e habilidades técnicas... alguns agentes tinham mais habilidade do que eu em certos procedimentos, isso é uma coisa que o profissional tem que estar preparado... quando vinha residente ou aluno, era comum isso: "como um índio sabe mais que eu, que sou médico, enfermeiro formado não sei onde"... se a pessoa não sabe lidar com isso, fica uma coisa complicada, porque ou a pessoa faz errado, ou a pessoa enrola, ou tem uma atitude arrogante... (profissional 7)*

### **Disponibilidade em aprender**

*também a disposição em aprender as coisas deles, os costumes, as comidas... acho que são atitudes que eles apreciam... (profissional 7)*

*você tem que ter sensibilidade, respeito... saber ouvir... observar... e falar pouco... quando falar, falar calmo... (profissional 3)*

## Disponibilidade em ensinar

Os AIS possuem uma gana excepcional em aprender. A disponibilidade de quem assume o papel de educador é praticamente integral e embora seja considerada pelos profissionais como uma atividade muito rica e gratificante, também não deixa de ser bastante absorvente:

*o estagiário chega no pólo pra tirar as dúvida, pra aprender... então porque muitas vezes os estagiários fica lá esperando chegar hora do atendimento... pra mim, estagiário é que nem filho, entendeu?... a enfermeira tem que cuidar dos filhos... ensinar... do mesmo jeito que você tá fazendo com seu filhos... muitas vezes os estagiários tem a dúvida, só que enfermeira, médico, tá fazendo outra coisa entendeu? o agente de saúde tem que falar: “eu quero aprender isso, eu tenho essa dúvida” aí em cima da dúvida pegar firme com estagiário...falta a enfermeira aproximar mais ... estagiário não pode ficar perdendo tempo, se tem muita epidemia, tá certo, mas se tem pouco, vamo aproveitar tempo do estágio... a enfermeira precisa chegar mais, aproximar, deixar os filhotes junto... (AIS 2)*

*se a gente quiser, a supervisão é integral, você fica o tempo todo supervisionando, esse espaço “nosso” às vezes não existe, na hora de fazer atendimento tem supervisão,o AIS tá precisando fazer um trabalho no computador, a gente ensina, eles vão pra nossa casa, num bate papo a gente também ensina ... então vira na nossa casa, vira na aldeia, vira no pólo, na UBS, vira na escola... então esse momento de supervisão é o tempo todo... às vezes um AIS vem em casa à noite, conversar, tirar uma dúvida, mas aí você precisa descansar entendeu, às vezes é um período que você quer ficar mais sozinho (profissional 6).*

Essa disponibilidade extrema poderia ter relação com a maneira como as relações sociais de um sujeito considerado como líder se estabelecem em geral nas sociedades indígenas?

Uma característica da maioria das comunidades indígenas é que para os chefes, a generosidade é fundamental para manutenção do prestígio e de sua posição social, demonstrando aos membros da comunidade que ele é capaz de cuidar da aldeia, do coletivo. A generosidade é, sem dúvida, um fardo pesado para quem assume um posto de maior prestígio. A missão de agradar aos outros é um exercício de constante renúncia (JUNQUEIRA, 2005).

## Coerência entre discurso e prática

*Tem o lance do exemplo, se você está trazendo um conceito pra ele, tem que ter um mínimo de coerência, porque se a gente traz uma coisa e o comportamento da gente é contraditório, confunde a cabeça do cara... a sociedade deles tem algumas contradições que são mínimas, comparados com as nossas... eu digo pra eles que açúcar não faz bem pra saúde, pros dentes, pode dar diabete... Então eu não uso açúcar, não chupo caramelo, não trago biscoito recheado aqui pra dentro, procuro não trazer comida de fora... senão você esvazia o seu discurso, você tá falando à toa ... (profissional 2)*

*a postura que a gente tem no trabalho, no dia-a-dia ... então eu acho que isso é importante, o que a gente come... a gente vai tá falando: “ah, não come chocolate... não come enlatado, não come açúcar” sendo que o cara vai lá na nossa casa e a gente tá comendo bolacha recheada, chocolate, refrigerante, sardinha, aí fica incoerente, né? (profissional 4)*

### 5.2.3 Aspectos da Supervisão na Organização do Serviço de Atenção Primária em Território Indígena

#### Resolutividade e extensão de cobertura

Apesar de escassez de estudos mais profundos sobre o aumento da resolutividade com a inserção e formação dos AIS nos serviços de saúde indígena do país, “o impacto do trabalho pode ser identificado na redução da mortalidade e na mudança do perfil de morbidade decorrente da intervenção precoce dos AIS a partir da promoção saúde, de ações educativas no âmbito das aldeias, da utilização de protocolos clínicos e da ação programática de saúde” (OLIVEIRA, 2005a).

**Tabela 21** - Proporção de AIS por etnia e por aldeia

Etnia	Distribuição da população por etnia	Distribuição de AIS por etnia	Proporção de pessoas por AIS	Proporção de AIS por aldeia
	%	%	N	N
Ikpeng	16	12	56	2,3
Kaiabi	45	42	44	1,3
Kamayura	4	2	89	1,0
Kisedje/Suia	16	22	30	3,3
Waura	2	3	26	2,0
Trumai	3	8	15	1,7
Yudja/Juruna	13	10	54	1,5
Total	100	100	41	1,9

Fonte: 246 fichas de desempenho; censo populacional; UNIFESP/2007

Tabela 22 - Proporção de AIS por pólo-base e aldeia

<b>Pólo - Base</b>	<b>Distribuição da população por pólo - base</b>	<b>Distribuição de AIS por pólo-base</b>	<b>Proporção de pessoas por AIS</b>	<b>Proporção de AIS por aldeia</b>
	%	%	N	N
Diauarum	49	41	50	1,2
Pavuru	37	41	38	1,8
Wawi	14	19	31	2,7
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>41</b>	<b>1,9</b>

Fonte: 246 fichas de desempenho; censo populacional; UNIFESP/2007

Tabela 23 - Proporção no Médio e Baixo Xingu, Total DSEI, Brasil, Colômbia

<b>Região</b>	<b>Proporção de habitantes por agente de saúde</b>
Médio e Baixo Xingu	41
Saúde indígena - Brasil	68
Saúde indígena - Colômbia	1328
ACS Brasil	890

Fonte: 246 fichas de desempenho; censo populacional; UNIFESP/2007

A proporção de habitantes por AIS, tanto no Médio e Baixo Xingu como na saúde indígena como um todo, é muito favorável quando comparada aos números do PSF para ACS (MS, 2004) e de populações indígenas de outros países da América do Sul (LOBO-GUERRERO, 1989).

✓ A média geral de AIS por aldeia é de aproximadamente 2:1



- ✓ A proporção de agentes por etnia apresentou-se equilibrada com a proporção da população por etnia, podendo-se inferir sobre uma distribuição homogênea de AIS para a execução das ações de saúde.
- ✓ A proporção de AIS por aldeia entre os Kaiabi é menor comparada a outras etnias, pois sua população está dispersa em aldeias menores. Os Ikpeng e Kisedje/Suia estão mais concentrados em aldeias grandes, por isso a proporção de AIS por aldeia parece maior.
- ✓ Recentemente a etnia Kisedje/Suia do pólo-base Wawi, passa por um momento de fortalecimento político, expresso na indicação de um número grande de AIS. A aldeia Ngoiwere, com uma população de 239 pessoas e 9 AIS tem uma proporção de 26 pessoas pra cada AIS.

antigamente ele [AIS da aldeia], qualquer coisinha mandava pro posto, ele não sabia passar pelo rádio o nome das doenças, se é grave ou simples...mas agora melhorou bastante por que os paciente não tão indo direto no posto, lá na aldeia mesmo ele trata e melhora, ele já tem um pouco de prática de ver se é grave ou é leve, assim que eu tô vendo o trabalho dele no dia-a-dia... (liderança 4).

As comunidades, em geral, possuem uma expectativa de que os AIS incorporem logo no início de sua formação, e de maneira rápida, conhecimentos técnicos e habilidades sobre procedimentos da biomedicina: aplicar injeção, fazer sutura, manusear aparelhos, utilizar remédios mais “avançados”.

*quando as equipe passa na aldeia, às vezes eu penso: “por que eles não deixa a injeção, como dipirona, diclofenaco, pra minha neta [AIS em formação] usar, ela não sabe fazer injeção ainda... costurar algum corte ...vejo aquele monte de remédio na caixa da equipe... por que enfermeira não deixa aquele monte de remédio lá na aldeia? Porque não dá o aparelho de pressão pra ela usar? (liderança 1)*

*tem que aprofundar, ensinar mais o agente de saúde assim no caso de... dar... medicamento intramuscular pra tá facilitando nas aldeia... deixar material de sutura... às veiz a gente gasta o combustível só pra buscar um doente que o AIS podia tá tratando na aldeia... (AIS 15)*

*logo que eu terminei o primeiro curso, logo a comunidade pedia pra mim remédio injetável, como diclofenaco... ou pedia pra tratar a criança de pneumonia lá na aldeia mesmo [risos] ... aí eu explicava pra eles que tava começando ainda fazer curso de vocês, que eu não podia*

*fazer aqueles tipo de coisa, porque não tinha aprendido... acho que o pessoal entendia, mas às vez eu ouvia alguma reclamação, até mesmo uma gozação de que eu era um médico paraguaí ... (AIS 7)*

Para LANGDON (2005) a eficácia instrumental e a ação rápida dos nossos medicamentos, aliado ao papel que exerceram nas situações de contato interétnico, resultam numa representação bastante perversa de nossa medicina. O medicamento é a representação dominante da biomedicina entre as populações indígenas.

Além disso, não poderia haver uma supervalorização desses procedimentos manuais e uma expectativa de que os AIS desenvolvam tais habilidades técnicas, por aproximarem-se das habilidades técnicas de produção de artefatos? Como a aquisição de conhecimentos entre os povos indígenas se dá sem a dicotomia teoria/prática, talvez seja mais difícil de compreender o ritmo e a forma de aquisição gradual de conhecimentos e habilidades que configura a formação profissional em saúde.

O estabelecimento de um diálogo adequado sobre o papel e funções dos AIS, envolvendo a comunidade, os AIS e os profissionais de saúde pode permitir a expressão das expectativas e o acordo conjunto acerca da formação dos AIS, a partir da identificação das potencialidades e limites da atuação dele.

### **Equipe na aldeia: “chuva de verão”**

*A supervisão dos agentes de saúde acontece, só que pra mim ainda passa feito uma chuva de verão... vem alguém fazer acompanhamento de agente de saúde “cadê ela?” “já foi embora, já voltou” nesse sentido eu acho que... não tá .... ajudando muito, só deixa mais os nossos alunos com dúvida... só mais com a curiosidade e não consegue sair daquilo, então tem que melhorar mais acompanhamento nas aldeias, fazer bem... com calma... eu acho que nessa parte precisa pra melhorar... (liderança 2)*

Segundo OLIVEIRA (2002) a supervisão é uma rara oportunidade de perceber o lócus de aprendizagem dos alunos e o contexto sócio-cultural da formação, tratando-se de uma expressiva dimensão do trabalho educativo no que tange as suas articulações com a realidade do trabalho e tem por objetivo

desencadear e manter atuais as relações entre o ensino e o serviço, em seu conteúdo crítico e pedagógico.

*tem enfermeira que passa na aldeia, só vê aquelas pessoas que tá doente, fala que vai mandar o remédio pro paciente e vai embora... difícil ver eles chegar, avaliar todo mundo, crianças, perguntar se tem paciente e depois sentar pra conversar, explicar o que precisa pra mim e pra comunidade... aí quando a enfermeira passa na aldeia, termina de atender e vai pra outra aldeia, pelo menos podia ficar um dia na aldeia pra poder explicar melhor...médico é mais difícil ainda de passar... (liderança 1)*

É na supervisão que se exercita a flexibilidade e complementaridade do trabalho médico, entre a medicina ocidental e medicina tradicional indígena, a tomada de decisão, e se conhecem e se concebem momentos pedagógicos informais, como reuniões e conversas (OLIVEIRA, 2002,p. 95).

*a gente queria um tempo pra mostrar uma palavra pra eles que a gente não conhece, ou até mesmo uma atividade... eles podia ajudar a resolver uma atividade, eles contam um pouco pra nós, aí dá pra gente, a gente resolve ali mesmo com eles, a gente mostra, eles corrige, isso que eu queria... difícil ter essa oportunidade, às vezes tem...(AIS 5)*

*na parte de odonto de supervisão ... acho que tá sendo melhor que antes... o dentista tá dando um jeito de ensinar os novato que são agente de saúde bucal, né? na parte de odonto tá sendo bom agora, ele passa nas aldeias, fica 5 dia passando nas aldeia, 1 dia em cada aldeia... (AIS 6)*

Como aponta MENDONÇA (2005) o entendimento de que a formação profissional de dá durante o processo de trabalho é fundamental para encarar as áreas indígenas e suas aldeias como espaço privilegiado de ensinar e aprender.

### **Espaços e tempo de trabalho, de ensino, de supervisão...**

Um aspecto conflitante e desafiante do trabalho em área indígena apontado por OLIVEIRA (2002), é a relação dicotomizada entre ensinar e trabalhar, saber e fazer, prevenir e tratar; o modo urbano e o modo indígena de vida, um cenário amplo no qual o processo de trabalho em saúde indígena é construído.

*a supervisão é integral, se parar pra pensar, você fica o tempo todo supervisionando... na hora de fazer atendimento, se o AIS tá precisando fazer um trabalho no computador, pedem pra gente ensinar a digitar, então acontece na nossa casa, na aldeia, no pólo, no rádio, na UBS, na escola...essa convivência intensa acho importante, é uma forma de um conhecer o jeito do outro... (profissional 6)*

Como já discutido anteriormente, a formação dos profissionais no nível de graduação invariavelmente carrega uma predominância do modelo de atenção à saúde centrado nos conhecimentos biomédicos de diagnóstico e intervenção e em um espaço físico mais próximo ao da cidade, impondo-se o desafio de superar essa concepção tão arraigada aos que dispõem-se a atuar em um modelo de saúde diferenciado.

*no estágio dos AIS no pólo, aquilo que eu identifiquei que era a dificuldade de todo mundo eu já colocava como se fosse assim, um kit supervisão... por exemplo, cálculo de idade, entrevista e exame físico, porque a maioria dos AIS se atêm à queixa do paciente e não fazem um levantamento mais aprofundado do quadro clínico... se aparece um hipertenso, aí vejo que é interessante falar um pouco da hipertensão, de um cuidado mínimo que um hipertenso tem que ter... e cobrando também aquilo que eles já sabiam... sem apertar demais... (profissional 5)*

*e foi evoluindo assim o processo no estágio do pólo... nas aldeias, tentando reproduzir um pouco disso, mas com mais dificuldade, porque... a questão de tempo que é o principal problema, é o tempo e espaço mesmo, eu ia sentar ali só com uma pessoa... o trabalho com um é diferente do trabalho do grupinho no pólo e é diferente do trabalho que é feito no curso...porque às vezes na aldeia eles podem ficar um pouco intimidados...quando tá no grupo, se eu percebo que ele tem dificuldade ou tá intimidado, eu coloco outro AIS pra ajudar... e o momento do estágio é como o momento do curso, é um espaço legitimado, né? e já na aldeia, quando você tem um AIS só, é o espaço*

*do trabalho dele, acho que não ficam tão à vontade... querendo ou não, da melhor forma que eu chegar pra fazer esse trabalho, vai ser sempre assim: “o profissional tá chegando e ele vai querer ver como são as coisas”... então a postura do AIS muda um pouco, por mais que ele já tenha intimidade com você... (profissional 5)*

*quando tem estagiário no pólo, aí é o momento... a carga de avaliação é muito maior, eu acompanho muito mais, e esses [AIS] do pólo eu procuro focar em alguns pontos e vou fazendo no dia-a-dia, porque eu tenho um contato com eles maior, não preciso registrar um tanto de coisa como o estagiário... o estagiário está em outra situação, porque coloquei essa palavra “estagiário”, estudante, a gente sempre entende que ele tá mais defasado, porque a demanda na aldeia é menor, o trabalho é muito diferente do pólo... então é o espaço que ele tem, então com esse peso da palavra “estagiário” ele sai ganhando do que aquele que tá no dia-a-dia do pólo... (profissional 5)*

*eu vejo uma diferença entre os agentes do pólo e os agentes das aldeias, porque a equipe permanece a maior parte do tempo no pólo... os agentes que moram no pólo tem um contato maior com os profissionais, eles vêem mais doenças... isso faz com que eles tenham um conhecimento maior, ele pode perguntar mais porque o profissional tá junto... e pros AIS das aldeias a supervisão acontece mesmo na hora da vigilância ou na hora do estágio que ele vai pro pólo, então eles têm esse momento mais curto durante o ano ... na aldeia ele tem contato poucas doenças, é uma coisa mais limitada, uma coisa mais rotineira... nesse momento da vigilância que a gente faz supervisão... é aí a equipe vai trazer algo novo, pra ele tentar trabalhar uma coisa diferente do que ele tá acostumado ali no dia-a-dia... (profissional 4)*

*tem muito trabalho lá no pólo né? tem atendimento, tem acompanhamento da saúde das criança e acompanhamento da saúde das mulheres, pré-natal... quando a gente faz estágio, ajuda a pesar as crianças, pra ver se tá indo risco ou se tá ganhando peso, se tá alimentando bem e fazer o remédio também... (AIS 5)*

*eu tô sempre tirando as minhas dúvidas porque no pólo é... que tem muito movimento ... em cada dia você tem outros casos que... você nunca viu ... junto com as enfermeira a gente tira dúvida, até mesmo do que a gente aprendeu no curso ... (AIS 3)*

*é isso que acontece no pólo, a enfermeira tá lá, ela vai ensinar o novato, enquanto que os outros agentes de saúde da aldeia que são mais tempo trabalhando, precisa mais ser treinado, porque às vez agente de saúde da aldeia fala que ... ele não tá seguro, ele não vai fazer porque não tá a enfermeira do lado... então é isso que tem que melhorar... enfermeira tem que mais aprofundar o trabalho dos AIS nas aldeia fazendo esses tipo de trabalho (AIS 3)*

A supervisão no pólo é positiva pra exercitar habilidades técnicas e fortalecer o AIS perante sua comunidade, por ser considerada uma espécie de “rito de passagem”. Por outro lado, a supervisão em aldeia permite a aplicação dos saberes pautados na promoção à saúde e na organização do serviço na realidade da aldeia, a discussão de problemas locais e a articulação com os saberes tradicionais de cuidados à saúde.

Decorrido algum tempo no contexto de um território indígena, compreende-se e incorpora-se novas práticas para que “a organização e distribuição dos serviços de saúde se dêem segundo o critério das necessidades de saúde apresentadas pela população” (Campos, 1989 citado por ALMEIDA, 1997).

Em um trabalho tão peculiar, como é o trabalho de saúde entre povos indígenas, o tempo parece ser melhor condutor da reflexão, do exercício, da aplicação e construção de práticas de saúde pautadas no olhar ampliado do processo saúde-doença.

*Meu dia a dia era esse, andava com eles [AIS], ia pras comunidades, aí era tudo, como o remédio e instrumentos estão guardados, como a gente olha o remédio, se tá vencido ou não, onde tá jogando essas coisas... lavar o posto junto com eles ... o cuidado de registrar no fim do mês o que a gente fez, ver com eles a melhor forma de registrar... fora o prazer de dividir o cotidiano com pessoas da aldeia, dormir lá... uma coisa importante nas comunidades, era sempre ficar mais um tempinho, 2, 3, 4 dias, saber como tá a situação... eles gostam, percebem que você tem interesse pelo dia a dia deles... às vezes alguns agentes achavam que quando chegava a enfermeira eles tavam de férias, era engraçado, isso era comum com Caiapó, muita gente, muito trabalho, eles tavam meio cansados, aí quando você chegava eles davam uma sumida [risos], tem isso também que você precisa mediar... (profissional 7)*

O trabalho em aldeias, deve ser encarado de uma maneira diferente do que as “atividades extra-muro”, comuns no modelo do PSF. A dinâmica de trabalho e supervisão nas aldeias possui peculiaridades e um riqueza própria.

Além das dificuldades logísticas para os deslocamentos, é difícil para os profissionais “da cidade” visualizarem a aldeia como um espaço de trabalho e ensino (OLIVEIRA, 2002).

## Logística / planejamento

*quando a gente tinha a retaguarda do médico ou outra enfermeira no pólo, dava pra ir mais tranquilo pras aldeias fazer o atendimento das comunidades com a supervisão dos AIS ... é complicado o pólo ficar vários dias só com os agentes de saúde... eles acabavam ficando tensos e sobrecarregados... a comunidade e lideranças do pólo também começam a reclamar... (profissional 7).*

*quando a gente [AIS] tá sozinho no pólo é muita coisa... orientar os AIS das outras aldeia, isso é muito pesado pra gente ... a gente não consegue encontrar enfermeiro ou médico no rádio... tá viajando, tá no trabalho... por outro lado eu acho que os agentes da aldeia confia na gente... porque a gente tá sempre lá no rádio... esses dia mesmo a enfermeira tava lá no posto, mas as aldeia me procurava mais do que a enfermeira... (AIS 3)*

*os problemas maiores pra fazer esse acompanhamento contínuo do trabalho dos AIS nas aldeias, esbarravam na questão estrutural daquela época... o recurso era limitado, então a supervisão ficava truncada, principalmente por falta de combustível, porque você tinha que pensar que haveria necessidade de buscar um paciente grave e se você gastar o combustível pra fazer supervisão, como que faz, o que prioriza? ... (profissional 7)*

*A gente procura planejar alguma coisa, mas sempre viva, porque a gente sabe que nada é fechado...a gente chega em área, o colega passa o plantão fala aonde precisa focar, mas aí chega no velho problema de sempre... no combustível...tem pólo-base que rola tranquilo, quando a equipe chega já senta com coordenador, montam juntos a programação, mas em outros pólos não... (profissional 4)*

*a condição de viagem pras aldeias eu vejo que ainda é precário... a equipe usa os barcos da emergência pra todo tipo de viagem, então quando você tá fazendo um acompanhamento numa aldeia precisa de um barco: "ah, vai ter que voltar logo, porque tem uma emergência em outra aldeia" e aí vem correndo com o barco, isso que eu acho que tá prejudicando acompanhamento .... uma enfermeira do pólo que venha pra fazer aquele trabalho "oh vou me ausentar 15 dias e vou fazer esse trabalho" ... se a enfermeira do pólo vai fazer acompanhamento na aldeia, deixa o pólo descoberto... (liderança 2)*

É bem comum a supervisão adotar inicialmente um caráter predominantemente técnico, de treinamento do AIS na assistência a saúde, pois assim ele passa a ter maior resolutividade e intervenção mais precoce

sobre o adoecimento. Principalmente quando é necessário priorizar atividades e função de aspectos logísticos e pouco tempo.

*muitas vezes nesse momento da vigilância, seja porque não tá tão tranquilo ali no pólo, seja porque não tem muito combustível, acaba que fica um tempo menor na aldeia... o tempo que a gente consegue ficar na aldeia, acaba trabalhando a supervisão mais na coisa médica mesmo... no português, na matemática, na educação em saúde, muitas vezes a gente não consegue nesse momento da vigilância, a gente tem que priorizar um pouco... (profissional 4)*

Em outros momentos, fica difícil compreender os fatores que impossibilitam as viagens para as aldeias:

*talvez eles se decepcionem quando descobrem que não tem aquela supervisão, de você sentado e o cara te perguntando... a gente não tem condição pra passar 3 dias numa aldeia, por mais que seja interessante, que eu vou ensinar várias coisas, mas não tem condição, não justifica...principalmente numa que tem só um AIS, população pequena, não justifica, eu não posso me dar ao luxo de fazer isso, mesmo que tenha outra enfermeira no pólo, não tem como...o trabalho não permite isso... (profissional 5)*

*Durante esses três anos com duas enfermeira em cada pólo, facilitou muito nosso trabalho e deu um grande pulo na nossa supervisão, porque uma enfermeira pode cobrir o pólo e outra pode ficar mais com a gente, ir mais pras aldeia pra fazer supervisão com os AIS, vigilância... (AIS 3)*

### **sujeitos que supervisionam – interdisciplinaridade**

*acho que o enfermeiro acaba sendo a figura mais próxima deles, a gente não sabe se é porque já tem um perfil pra formação ou se é por uma questão operacional mesmo, que tem mais enfermeiro em campo do que médico... (profissional 6)*

os profissionais da EMSI planejam junto as atividades no pólo e nas aldeias, buscando articular o planejamento e execução de atividades de odontologia, nutrição, enfermagem, medicina, e educação. Buscando superar a prática mais comum nos serviços de saúde, que é justaposição alienada de trabalhos, definida por PEDUZZI (2000), como o exercício autônomo e independente de cada parcela do trabalho, em razão da cisão entre as



parcelas que compõem a totalidade das práticas, o rol de atividades de cada agente, e o conjunto de procedimentos dos múltiplos agentes da equipe.

*a gente procura planejar alguma coisa, mas sempre viva, porque a gente sabe que nada é fechado...a gente chega em área, o colega passa o plantão fala aonde precisa focar...(AIS 4)*

*quando entrou mais uma dentista, a gente começou a fazer as viagens mais programadas, eu trabalhava muito com as enfermeiras do Pavuru, a gente sempre discutia a programação junto, tentando construir as viagens pras aldeias junto... o trabalho nas aldeias ainda começa em função da assistência...os agentes de saúde verificam as escovas e pastas, a gente olha as crianças, a gente tá começando a ter um olhar mais voltado pros idosos e gestantes... quando a gente tá na vigilância, consegue ver todo mundo, ao passo que quando o trabalho tem que ser mais rápido a gente acaba ficando por conta de demanda... esse ano tá dando pra trabalhar prevenção, em algumas aldeias você chega e não tem caso de dor, a maioria dos atendimentos acabam sendo restauradores, e ai dá pra fazer a prevenção, escovação, o flúor, envolvendo todo mundo, a enfermeira junto... enquanto eu tô lá no atendimento, a enfermeira tá fazendo supervisão do agente de saúde ... se é uma aldeia onde tem muita coisa, ela mesmo vai junto com o AISB fazer a escovação... (profissional 6)*

*no trabalho e na supervisão a gente dividia tudo...medicação de madrugada... as coisas boas e chatas, isso é uma coisa importante pro processo de formação, não é porque sou enfermeira que não vou pegar uma vassoura e varrer esse posto...essa filosofia de trabalho foi sendo construída pelas pessoas que foram passando, de desconstruir esse modelo hierárquico, de a equipe trabalhar junto mesmo... (profissional 7)*

O conceito de trabalhador coletivo pode ser compreendido como categoria de análise para entendimento dos mecanismos e formas de composição das parcelas de trabalho que entram na produção do resultado final esperado no processo de atendimento. O trabalhador coletivo é, pois, uma imagem que corresponde, enquanto agente do trabalho, ao produto final do serviço prestado ao usuário (MERHY).

Em outros momentos a fragmentação do trabalho aparece:

*supervisão é difícil passar assim de boa com a gente... vem aquela vigilância, vacina e outra coisa, aí a gente tenta se dividir né? Meu tio (outro AIS da aldeia) fica com um profissional, eu fico com outro, aí*

*outro me chama ali, eu paro, tem todo tipo de solicitação, principalmente de fazer tradução pra equipe, fica um profissional atendendo doente, outro dando vacina, outro na ficha do paciente, a gente fica meio perdido... (AIS 5)*

### **Supervisão e produção de cuidados**

*Às vezes o agente de saúde percebe alguma coisa no atendimento, mas fica com aquela vergonha de falar pra vocês... principalmente as índias quando vai na UBS, é uma coisa muito complicada... das doenças delas... por exemplo, se ela tiver que falar alguma coisa mais reservada, talvez ela queria contar pra você... tentar falar em português ou tentar explicar de uma forma melhor... dentro da casa dela... agora... às vezes ela vai pro UBS... lá tá cheio de gente, né? Às vezes tem um sobrinho, um tio, algum parente escutando conversa... pra ela, aquela atenção que você tem por ela não é suficiente ... porque você tá atendendo ela, tá atendendo outro, atendendo outro... a índia fica ali, então vai achar que não atendeu bem... volta pra casa... aí pode até reclamar: “não vou de novo porque tem muita gente lá, passou rápido, não viu direito” ... então tem um detalhe que a gente às vez não tem tempo de entender isso... mas os agentes de saúde pode ajudar vocês a ver essas coisas... (liderança 3)*

As posturas, comportamentos, capacidade de ouvir e de apreender as necessidades dos outros, fazem-se presentes no desenvolvimento das atividades de supervisão, do mesmo modo que instrumentalizam uma atenção à saúde de melhor qualidade e maior grau de acolhimento (SILVA, 1997)

*a hora que uma pessoa chama, você ir, e não falar assim “daqui a pouco eu vou” ... ainda mais se for um caso novo pra você, ter aquela paciência na hora que te chamam à noite pra algo que até poderia espera pro dia seguinte, mas tem que pensar que a pessoa, a família, deve estar bem ansiosa pra ter te procurado, pra chegar e bater na sua porta, e aí não acordar com aquela cara de mau humor, que as pessoas ficam chateadas, então essa coisa que eles falam, fulano não tem preguiça, quer dizer, é aquela atitude prestativa, mesmo que você esteja cansado, depois de fazer uma viagem de barco, acompanhar alguma emergência, ficar sem dormir e atender outro caso... você tá podre, pega uma placenta retida, vai, lava a mão, reza [risos] torce pra que ela esteja no canal vaginal pra sair fácil... às vezes você tem também seu limite, seu desgaste.... (profissional 7)*

*não menosprezar o que a família diz pra você, isso é um dos melhores tratamentos, um pai, uma mãe bem acolhido... tanto é que quando tinha uma morte de criança, que era uma das coisas mais difíceis de*

*enfrentar, você sentia que a família também vinha te consolar, quando vêem que você se esforçou e fez o possível, o pajé vem explicar alguma regra que a família quebrou... eu acho que isso são as grandes atitudes, que não se aplica só a índio, mas é acreditar no que o cara tá te falando, a história desse cara é verdadeira, é de fato um problema, eu posso até achar que não é um problema tanto assim, mas vamos lá ver, vamos lá na casa....( profissional 7)*

Como aponta MEHRHY (1994):

“É preciso alterar o modo como os trabalhadores de saúde se relacionam com seu principal objeto de trabalho – a vida e o sofrimento dos indivíduos e coletividades, buscando-se uma relação mais solidária e a construção de um trabalhador coletivo na área da saúde. O trabalho em saúde deve-se pautar pela construção de um vínculo entre trabalhadores de saúde e usuários, pela construção de uma nova maneira de assumir-se o compromisso cotidiano diante do cuidado à saúde. Todas as opções tecnológicas que dispomos em termos de conhecimento e saberes, devem ser colocadas à serviço do usuário, para a produção de cuidados de saúde, primando pela cidadanização da assistência à saúde, reconstruindo a dignidade dos trabalhadores e do paciente no campo das ações de saúde”.

### **Outros papéis sociais do AIS**

Na questão dos papéis sociais do AIS, sempre lembro-me de um episódio que aconteceu há seis anos, quando eu estava fazendo o trabalho de supervisão em uma aldeia, junto com o professor de matemática. Passamos três dias em uma aldeia, trabalhando com o AIS. No segundo dia de trabalho o cacique nos convidou para participar no período da tarde da festa do Zunidor, muito tradicional e alegre, em que homens e mulheres apostam uma corrida e passam o dia dançando e celebrando. Nossas atividades caminhavam bem e nos programamos para interromper o trabalho no início da tarde para nos prepararmos para a festa. No início dela, percebi a falta do AIS, fui procurá-lo e ele estava no postinho da aldeia, estudando, preenchendo os cartões de vacina das crianças. Perguntei a ele porque não estava na festa, e depois de tentar desconversar, me disse que era porque não havia dado tempo de preparar suas braçadeiras e outros enfeites, pois no mês anterior houve uma epidemia de gripe e muitos atendimentos. Estava com vergonha de usar enfeites antigos e estragados, e apesar de nossa insistência, preferiu ficar trabalhando.

A organização do trabalho em saúde indígena merece uma percepção de que o AIS é antes de tudo, um sujeito da comunidade, e que portanto desempenha papéis sociais tão importantes quanto o de mediador na saúde, possibilita a reflexão constante e articulada entre profissionais, lideranças indígenas e comunidades, para que o trabalho em saúde não exerça uma sobrecarga a afastamento dos papéis de pai/mãe, marido/mulher, e tantos outros existentes. São freqüentes os relatos dos AIS sobre suas dificuldade para cuidar da família, obter alimento, manter roça, participar das festas, bem como as iniciativas dos profissionais de saúde para ajudar a equilibrar essa dinâmica. O estabelecimento de escalas de folgas, adequação de carga horária de trabalho são algumas das estratégias experimentadas.

*a gente precisa simplificar ao máximo essas planilhas, tabelas, relatórios, claro que é importante pra eles enxergarem o trabalho, mas os agentes bucais passam metade do tempo atendendo e mais metade do dia só preenchendo papel... tem que ter um cuidado pra não prender o cara no posto... eu fazia um esquema com os agentes bucais: eles trabalhavam segunda, terça, quarta e quinta, quatro dias por semana, 3 horas por dia, o resto do tempo era livre pra ir pra roça, ir pescar, ir caçar, fazer o que quiser, artesanato, ficar em casa cuidando da família... quando tinha festa na aldeia eles paravam de atender ... eu falava pra eles: "se eu escutar de alguma liderança que o cara não tá participando de festa com desculpa de que não tem tempo, que tá trabalhando, eu chamo o cara, vou querer que ele me explique o que ele tá fazendo e se for o caso tiro o cara do trabalho, graças à Deus eu nunca precisei fazer..." (profissional 2)*

### 5.3 FINALIDADES DA SUPERVISÃO DE AIS

Nas entrevistas com todas as lideranças, com os AIS mais velhos e alguns profissionais de saúde, ficou evidente a percepção de uma função política da formação na saúde, de um papel de interlocutor entre dois mundos que o AIS assume. A formação na área de saúde parece servir a uma finalidade maior de fortalecimento dos povos indígenas e de reivindicação dos direitos de acesso a serviços de saúde.

*Na supervisão e no curso, acho que nós mesmos tamo se preparando pra poder lutar pelo direito do nosso povo...nós estamos aprendendo o modo dos não-índio a se defender da política, aprender fazer as coisas do jeito que a gente quer, do jeito que é bom pra nosso futuro... eu acho que essas coisas pra mim é importante... então desde que os nossos pai e nossas mãe eram pequeno, que a Escola Paulista vem trabalhando pra saúde do povo desse jeito, a gente que tá se preparando, tem que continuar nesse caminho... (AIS 1).*

*pra mim eles [comunidade] perguntam tudo sobre as coisas de fora, e quando eu não tô lá eles pergunta pro meu tio [cacique da aldeia]... meu tio pergunta sempre pra mim, como eu fosse o dicionário dele... a gente costuma assistir Jornal Nacional às 8 horas e quando eles ouvem falar de povos indígenas, eles pega o gravadorzinho ou anota quando eu não tô na aldeia ... quando eu volto, eles passam essa notícia pra mim... pra eu falar pra eles se é bom, se é ruim aquilo que tá falando na notícia... se não é bom eles fica sabendo... (AIS 5)*

Para MENDONÇA (1996) poder de que dispõe o AIS é ambíguo. Por um lado consolida a dependência do conhecimento ocidental de saúde e do funcionamento do sistema de saúde como um todo, para que as ações tenham sentido e se realizem. Ao mesmo tempo, configura um espaço para a construção de uma nova relação com a sociedade nacional, na medida em que viabiliza a possibilidade de expansão do fluxo de conhecimentos que passa a ocorrer nas duas direções.

*o trabalho político pra mim é uma pessoa grandão, ele é reconhecido em qualquer cantinho aqui no Xingu e lá fora ... ele tem que ser preparado e saber lidar com os branco pra saber ir atrás do direito, por isso que eu acho muito interessante essa área de político aqui no*

*Xingu ... pra mim, os direitos dos povos indígena é pra que o governo não manda nos povos indígena, a gente quer falar pra os governos do Brasil que não pode ser do jeito que eles quer alguma coisa, isso que eu entendo dessa parte... a gente não é igual os brancos que só têm uma regra, cada povo indígena têm regra própria, por isso que eu digo, hoje em dia não é mais pra o governo mandar os povos indígena... (AIS 5)*

*essa luta, estudar para agente indígena, professor, conselheiro, gestores, é pra gente tentar associar as coisas da gente e as coisa de vocês porque cada dia mais... as coisa de vocês tá mudando e o desmatamento tá apertando a gente... tudo isso é pra que a gente não passa fome, pra nossos filhos ter vida boa, isso que eu penso ... (AIS 4)*

*essas coisas de política fui aprendendo com a turma do curso de gestão, quando eles se junta no curso, sempre tô no meio deles, fico lá escutando vendo o jeito de... quem sabe eu vou chegar nesse daí, né? eu tô preparando pra saber essas coisa, por isso que eu tô sempre no meio deles... (AIS 5)*

*os meninos que estão se formando, agente de saúde, representante de associações, professores, agentes de saneamento, agente de manejo, apicultores... todas essas pessoas que fazem esses tipo de curso são os futuros gestores, são os futuros políticos, já fazem parte da política, sem perceber... tenho muito orgulho dos auxiliares indígenas e professores, que cresceram muito nessa participação ... a gente tem muitas lideranças novas fortes... discutindo os problemas de saúde, de educação, o direito de sua sociedade, discutindo os territórios, os problemas que envolve a cultura, as coisa que vêm de fora... sem perceber eles tão se tornando lideranças... (liderança 2)*

Outro caminho vislumbrado é de atingirem outros níveis de profissionalização na saúde:

*pra mim a formação de AIS tá caminhando pra que a gente acaba que nem os auxiliares de enfermagem...até mesmo se formar enfermeira e médico... pra mim é importante próprio índio está trabalhando porque vocês são de fora... se um dia eu me formar, eu vou ficar na minha própria aldeia, eu não vou embora de lá... mesmo que chegar no final do ano eu vou ficar lá mesmo... entendeu? (AIS 5)*

*a formação de agente de saúde, de professores, não tem fim, terminado esse curso eles têm que batalhar pra ensino superior e assim por diante, pra que próprio nós tá cuidando do nosso povo... (liderança 2)*

... Ou de continuarem desempenhando seu papel nessa “guerra” contra o adoecimento:

*formação de AIS é pra combater algumas coisa que pode afetar a saúde da comunidade... ensinar, incentivar e combater... levar pra frente o trabalho... porque se a gente se formar e não fizer nada com isso... não vale a pena... tem que mostrar o que você aprendeu dentro da comunidade ... eu não quero deixar a minha formação pra mexer mais com o político... eu sei que faz parte do trabalho, mas eu não queria, entendeu? Me chamaram pra trabalhar na associação indígena, mas pra mim eu tenho que seguir um caminho e depois seguir pra outro, esse da saúde é o que eu quero... (AIS 2)*

Papel da equipe no fortalecimento do papel político do AIS:

*o jeito bom seria procurar colocar esse pessoal [AIS] mais aberto... que eles procurasse esse jeito de transmitir pro povo, pra ele [AIS] entender que tudo o que ele tá fazendo não é só pra ele conhecer, é pra botar pra fora...se o agente de saúde tem que falar na frente de todo mundo, mesmo na aldeia... ponha uma coisa na cabeça... ele vai pensar: “pô, eu vou falar na frente das pessoa que tá mais esclarecido, pro velho, ou uma liderança, eles vai achar que eu tô falando besteira” ... e não é assim, tem que falar... então tem esse problema difícil também, os jovens fica com vergonha, fica acanhado... mas não pode...se tiver errado, fala assim: “oh, corrige aí” ...então os agentes muitas vez fica contando o que sabe só pra família, e não vai contar lá fora, numa reunião... agora tá começando a falar um pouquinho... se ele contar ótimo... errado ou certo, não tem problema... pelo menos ele tá perdendo a vergonha...então é assim que eu acho importante...vocês pode ajudar animando ele, pra ele pegar coragem... ajudar ele pensar como é importante o trabalho dele... pra tudo, pro futuro do povo dele...(liderança 3)*

*a busca de profissionalização dos povos indígenas em geral, não é uma coisa ‘quando eu crescer eu quero ser professor, quero ser médico’... existe a coisa desse novo papel social a ser desempenhado pra lutar pelos seus interesses... os primeiros professores e auxiliares que se formaram eram todos parentes próximos de lideranças, talvez os meninos não queriam aquilo naquele momento que estava sendo ofertado... tem alguns que passam por conflitos pessoais, mas como eles já estão nessa estrada há muito tempo, de alguma forma eles trabalham na cabeça deles pra tocar pra frente. ...(profissional 1)*

*eu vejo a maioria deles com vontade de aprender pra entender o mundo do branco, pra poder se instrumentalizar, pra lidar com esse mundo... é o objetivo maior, de querer entender essa cultura porque sabe que ela domina de uma certa forma, então ele precisa compreender... (profissional 3)*

*vejo que alguns que procuram essa formação na saúde, educação, querem a informação, o conhecimento, e acabam não se ligando na prática daquele trabalho, acho que é assim mesmo, não pode achar que todo mundo ali vai seguir 'carreira' [risos]... mas aquele conhecimento adquirido com certeza ele vai usar de alguma forma na comunidade dele, desempenhar outros papéis de mediador... todos devem estar dentro do mesmo processo de formação, mas sempre quando possível ir ao encontro do potencial de cada um... às vezes um cara considerado problemático num determinado trabalho, em outro pode ser muito bom...(profissional 1)*

Os trechos seguintes demonstram o olhar atento que deve-se ter na questão da interculturalidade, considerando o contexto histórico e político que marcou e ainda marca a relação entre os povos indígenas e a sociedade brasileira em geral:

*o que se conseguia antigamente através da força e guerras, agora não tem tanto impacto, mas esse discurso que falam pra eles de que não se luta mais com arma, borduna, e se luta com papel e caneta, isso eu acho uma grande mentira, porque nesse processo de luta sempre vão estar desfavoráveis... é importante entender o mundo do dominador, pra entender como que funciona...se os índios transitam nesse conhecimento, sabem dessas estratégias, vão saber centrar fogo na raiz do problema... é importante aprender as coisas de fora pra saber como o outro pensa, pra poder manter-se aqui, é uma luta constante... o que a gente pode trazer é uma consciência crítica do mundo de fora ... (profissional 1)*

*eles estão sendo entre aspas compelidos a aprender tudo isso, porque a sociedade de fora está invadindo, então o cara tem que correr atrás da história do jeito que tá andando e tem que abraçar o conhecimento ocidental... hoje a gente não tem resposta de como vai ser no futuro, a gente tá discutindo com eles essa questão da consciência crítica... o que a gente não pode perder de vista é sempre trocar com eles e mais do que isso, eles serem os protagonistas, os atores da condução (profissional 1)*

Como as relações entre os povos indígenas e a sociedade nacional estão normalmente marcadas pelo conflito de interesse diversos e por um modelo sócio econômico hegemônico, a autonomia desses povos nas decisões dos projetos que lhes dizem respeito constitui um ponto essencial para estabelecer relações menos assimétricas numa situação intercultural:



*acho que com todo esse tempo de trabalho, a gente tá ainda bem na superfície, em termos da nossa contribuição... acho que a gente procura fazer da melhor forma possível, acho que não tem rupturas, até porque eles sabem muito bem o que querem de nós, acho que é aquela coisa da estratégia mesmo, ele têm uma visão ampla, uma SUPER VISÃO [risos] do que eles querem... o que eles tão vendo, o que eles tão controlando, o que eles tão monitorando... vai esse trabalhar com os não-índios, vai aquele, não vai esse... cada povo vai ter um critério, e vai ter povo que talvez não precise desse cara, essa figura que a gente tem também tão arraigada do agente de saúde, podem ser outras figuras na comunidade que façam esse tipo de trabalho... outra forma de receber esses conhecimentos ocidentais, através de outros elementos, que não seja tarjado desse nome, agente de saúde ... (profissional 7)*

*essa supervisão que eu acredito que seja uma coisa maior é a gente tentar entender cada um, cada cultura, cada jeito de falar com cada pessoa, são vários os agentes de saúde, cada um tem um perfil, cada um tem uma forma de trabalhar, de conhecer, e pra gente começar a supervisionar essa pessoas, a gente precisa primeiro ser orientados por elas, tentar entender o processo da cultura, da vida delas, então quando eu falo superficial é muito em relação a você não querer entender, você não querer entrar ali e dali você propor uma coisa, provavelmente a pessoa não vai ter feito, daí você repete de novo, sem procurar ver qual a melhor forma ou entender porque não deu certo ... é tentar entender a hora certa de propor uma coisa, quando a gente consegue entender um pouco isso é a hora que começa a fazer o trabalho mesmo... (profissional 6)*

*a coordenação direciona pra isso, porque se deixar solto fica uma supervisão superficial, então tem esse apoio por trás que é muito bom.... essa supervisão superficial é a gente pegar um modelo lá de fora e trazer pra cá, é querer trabalhar com uma coisa pronta, sem tentar conhecer a realidade daqui, sem tentar conhecer cada um deles, como trabalhar com cada um deles...é ... a gente precisa ver a supervisão com um processo de troca de conhecimento... (profissional 6)*

O trecho acima expressa a importância do preparo constante dos não-índios que estão inseridos nesta “arena” social, para compreenderem melhor seu papel e dos outros atores, e para que o protagonismo indígena se efetive.

A supervisão de equipes aparece, hoje, como um desses dispositivos para a construção da grupalidade e de um projeto de trabalho na perspectiva de possibilitar que as próprias equipes analisem suas práticas e reflitam sobre

como trabalham e que resultados visam alcançar. Uma equipe que recebe suporte transmite sua capacidade de suporte entre seus membros e aos que necessitam de seus cuidados (REIS E HORTLE, 2004).

As finalidades da supervisão devem estar alinhadas às finalidades da formação profissional de AIS: constituição de uma função política ao incorporar conhecimentos e práticas ocidentais

Enxergar a supervisão como atividade inerente à produção de serviços de saúde, pode contribuir para o fortalecimento da práxis da saúde indígena, privilegiando a produção de cuidados, a prevenção e promoção da saúde, e a atuação de atores sociais autônomos, sejam indígenas ou não indígenas.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados apreendidos das entrevistas e documentos analisados, pôde-se tecer um amplo panorama de temas, dissecados neste estudo apenas por questão didática, pois no concreto da vida e do trabalho em saúde no Xingu, encontram-se articulados e em constante transformação.

A **formação profissional** de pessoas indígenas manifestou-se como um dos eixos principais da organização dos serviços de atenção primária do Médio e Baixo Xingu. A proposta pedagógica da formação dos AIS apóia-se na pedagogia histórico-crítica e na construção do conhecimento a partir do diálogo intercultural e da problematização da realidade, percebida tanto nos períodos de concentração quanto de dispersão/supervisão.

Diversos pontos merecem destaque: a carga horária de concentração e dispersão são superiores ao estabelecido pela Programa de Formação de AIS nacional, os períodos de concentração são realizados em área indígena e o AISAN foi incluído na formação geral de AIS.

É nítida a aplicação prática dos conteúdos dos períodos de concentração no concreto do trabalho, em aldeias e pólos base, caracterizando-se como um dos desafios a integração ensino-serviço no espaço de trabalho da aldeia.

Quanto aos **agentes do trabalho em saúde**, nota-se o predomínio de trabalhadores indígenas, coerente com a proposta de profissionalização de pessoas indígenas como instrumento de cidadania . Os **Agentes Indígenas de Saúde** que freqüentam o curso de formação apresentaram o seguinte perfil:

- 83% do sexo masculino e inserção cada vez maior das mulheres;
- idade mediana de 25 anos; início do trabalho aos 18 anos em média;
- o tempo de atuação variou de 2 a 20 anos, com mediana de 5 nos;
- 58% dos AIS são contratados;

- escolaridade: 100% dos AIS estão matriculados nas escolas indígenas do PIX, sendo que 96% estão cursando a 2ª fase do ensino fundamental completo (5ª a 8ª série), 2% possuem o ensino fundamental completo e 2% o ensino médio completo;
- a proporção de AIS por etnia é equilibrada à proporção da população por etnia;
- 47% dos AIS desempenham outras funções e atividades, entre elas: membro de associação indígena (25%), conselheiro de saúde (19%), pajé (2%) e professor (2%). Foi expressa a preocupação de AIS e profissionais de saúde quanto ao acúmulo de funções, que acaba prejudicando as atividades familiares.

Apesar de assumir um papel ambíguo, polêmico e em construção, a atuação do AIS está instituída como membro da EMSI. Geralmente é visto pela comunidade como detentor do conhecimento de saúde ocidental, embora iniciativas pontuais de alguns AIS têm modificado essa percepção. A introdução de discussões do universo cultural nos períodos de concentração e dispersão têm colaborado nesse sentido.

Quanto aos **trabalhadores da saúde não-indígenas**, constituem um grupo quantitativamente satisfatório, comparado à realidade de outros DSEI.

Prevaleceu o seguinte perfil geral:

- sexo: feminino (75%)
- faixa etária: 20 a 30 anos (67%)
- categoria profissional: enfermeira (60%)
- experiência profissional anterior: 50%
- tempo de trabalho no Xingu: 2 anos (50%); 3 anos (16%)
- pós graduação: nível de especialização (40%)

As características do processo seletivo, o preparo para o trabalho de campo e a baixa rotatividade dos profissionais de saúde são características que propiciam a qualidade nos serviços de saúde do local.

Principais interpretações descritas pelos entrevistados sobre a graduação:

- ênfase de conteúdos para a intervenção sobre o processo doença, em detrimento do olhar da saúde coletiva. Desconhecimento praticamente total sobre os povos indígenas do país;
- busca de espaços de aprendizado extra-curricular: centros acadêmicos, movimentos estudantis e projetos voluntários;
- pouca identificação pessoal com os modelos de trabalho oferecidos na cidade, tanto no ambiente hospitalar quanto na rede de serviços de atenção primária;

Principais percepções sobre o trabalho em saúde no Xingu:

- identificação do papel educativo logo na inserção do trabalho;
- percepção das lacunas da graduação, especialmente na questão pedagógica e antropológica para o desempenho das atividades de assistência, educação em saúde e formação profissional dos AIS;
- identificação da importância de desenvolver-se habilidades nas relações humanas em um contexto intercultural
- as enfermeiras relataram a insegurança que tiveram quando inseridas no trabalho para o desempenho de intervenções clínicas e o treinamento dos AIS, sanadas no decorrer do tempo, a partir do acompanhamento e aprendizado com os médicos em área;
- colocam-se como aprendizes de novas realidades, alcançando conquistas e encarando desafios, dia após dia, nos espaços variados de produção de serviços e cuidados de saúde.

Percebe-se que, assim como os AIS, os profissionais de saúde também enfrentam desafios de adaptação e passam por um processo de “sucessivas aproximações” ao objeto de aprendizado: o “fazer” saúde coletiva em um contexto intercultural.

Principais conquistas e desafios detectados pelos entrevistados não-índios na **relação intercultural**:

- dificuldade de desfazerem-se do etnocentrismo;

- importância de desenvolver-se uma postura aberta para conhecer outras visões, não só dos significados e representações sobre saúde, mas das visões de mundo como um todo;

- exercício constante de agir e intervir de forma mais reflexiva.

O convívio com as comunidades e AIS gera um amplo panorama de troca, aprendizado e desgaste, inerentes à intensidade do convívio e ao papel que o profissional de saúde desempenha nessa rede de relações.

Os resultados evidenciaram a importância do estabelecimento de regras de etiquetas locais no cotidiano, em um movimento de “mão dupla”, clareando de maneira franca “nossas” regras e preferências e demonstrando um interesse genuíno em conhecer as regras e preferências dos diferentes povos.

O desafio apresenta-se na busca de um equilíbrio em evitar-se os extremos de uma relação distanciada, que ignore as concepções do outro, ou de uma relação demasiadamente “familiar”, que também pode ocasionar a transgressão de determinadas etiquetas.

Os AIS, profissionais de saúde e lideranças expressaram a preocupação com a alteração rápida na dinâmica cultural dos povos indígenas, principalmente na última década. Diversos fatores foram apontados: transformações ambientais, coerções tecnológicas, culturais, sócio-econômicas no entorno do PIX e a incorporação de elementos da medicina ocidental de maneira intensa com a inserção do AIS. As reflexões oscilaram entre:

- o receio de que tais transformações alterem de maneira irreversível o padrão cultural desses povos;

- a confiança sobre o protagonismo indígena no processo reflexivo e decisório dessas mudanças.

Quanto às representações do processo saúde-doença e suas repercussões na supervisão, infere-se que:

- a incorporação da visão ocidental entre os AIS e comunidades parece servir de complemento às representações próprias de cada etnia do fenômeno

saúde-doença. Entretanto, é um tema complexo que merece aprofundamento por especialistas para sua interpretação mais ampla.

- a vitalidade dos sistemas tradicionais dos povos do Xingu e a forma de condução do Curso de Formação dos AIS parecem favorecer intensamente este enfoque de complementaridade da biomedicina.

- os AIS recorrem aos especialistas tradicionais e à sua bagagem cultural para interpretar e compreender os fenômenos de adoecimento, o que não deixa de gerar conflitos pessoais, expressos por alguns entrevistados.

- a despeito dos grandes avanços construídos e da constituição de espaços de diálogo intercultural, como a Reunião de Mulheres, no cotidiano da supervisão parece estar prevalecendo um processo de trocas unilateral, em que AIS e comunidade apropriam-se de nossos conhecimentos e os inserem em sua dinâmica de representações. Apesar da vitalidade já descrita das práticas tradicionais, os entrevistados citaram pouco como articulam-se com os conhecimentos próprios de cada etnia, que configuram-se como algo um tanto misterioso aos profissionais de saúde.

A análise da supervisão em seu **componente de controle** demonstrou que:

- ✓ o controle processa-se predominantemente sobre o aprendizado dos AIS e sobre os resultados desse aprendizado no serviço de atenção primária das aldeias;
- ✓ são verificados principalmente os conhecimentos e habilidades técnicas;
- ✓ os AIS valorizam instrumentos formais de acompanhamento de seus desempenhos;
- ✓ observação sem preconceitos, tenacidade, atitude “materna” e franqueza na detecção de pontos fracos são características valorizadas pelos AIS quanto aos seus instrutores;
- ✓ determinadas regras de etiquetas foram minuciosamente descritas por AIS e lideranças para momentos em que a equipe necessite recorrer a conversas mais contundentes com o AIS. Evitar o confronto em público e assumir uma posição serena de “conselheiro”, foram algumas características mais citadas.

- ✓ diversos atores sociais exercem influência importante sobre a conduta dos AIS: pais, avós e outros familiares; professores indígenas, representantes da medicina tradicional; conselheiros de saúde.
- ✓ as estratégias sociais de controle sobre o trabalho e formação dos AIS compõem um conjunto amplo de táticas, que estendem-se apropriadamente ao acompanhamento de todo o trabalho em saúde: controle do comportamento dos AIS, estabelecimento de critérios próprios de indicação e contratação dos AIS e critérios de avaliação da equipe não-indígena. Tais estratégias, possuem a potencialidade de enriquecer o acompanhamento “oficial” dos alunos.
- ✓ a forma indígena de “controlar” parece aproximar-se dos preceitos “modernos” da supervisão: o controle visando a responsabilização dos agentes do trabalho.

Assim, o controle na supervisão deve ter como finalidade última garantir a qualidade do serviço, para que a população seja bem atendida e que tenha mais capacidade de compreender e reivindicar seus direitos de saúde.

A análise das **fichas de desempenho** utilizadas na supervisão de AIS denotaram a integração dessa atividade ao processo de trabalho, pois a carga horária de supervisão é bastante alta. Outra característica é o predomínio de enfermeiras registrando esses momentos de supervisão.

A carga horária dos alunos variou segundo a estratégia de supervisão (estágio no pólo-base ou atividade em aldeia), segundo o pólo-base responsável pela organização do serviço, segundo a etnia do aluno, local onde mora o aluno e sua ocupação principal.

Investigações posteriores acerca da heterogeneidade da carga horária e da forma de operacionalização da atividade de supervisão enquanto ferramenta de organização dos serviços, pode contribuir para o aprimoramento desta atividade.

Outro achado nos resultados foi o pouco conhecimento que os alunos possuem sobre os instrumentos de avaliação de desempenho e a subutilização dos instrumentos de avaliação mais descritivos e de auto-avaliação do aluno.



Sobre o componente de **educação na supervisão**:

- ✓ A incorporação da ação educativa na supervisão ficou evidente em todos os discursos;
- ✓ Os princípios da proposta pedagógica crítica e problematizadora caracterizaram as concepções sobre o processo de ensinar e aprender na supervisão: o trabalho como princípio pedagógico; a ação e a prática como princípio de aprendizagem, ou seja, o “aprender a fazer, fazendo”; aproximações sucessivas ao objeto de conhecimento; padrões culturais de aprendizagem; construção coletiva do conhecimento; educação como instrumento de transformação.
- ✓ Diversos atores sociais formam uma rede de apoio e estímulo ao aprendizado do AIS: agentes indígenas mais experientes, auxiliares de enfermagem indígenas, a família, representantes da medicina tradicional, conselheiros e gestores indígenas.
- ✓ O domínio da língua portuguesa caracterizou-se como uma necessidade para aquisição de saberes e práticas da biomedicina e a dificuldade dos profissionais de saúde em adequar sua linguagem, um desafio a enfrentar.
- ✓ Diversas habilidades na dimensão pessoal foram levantadas como desejáveis para quem assume o papel de educador/supervisor: polivalência, paciência, bom humor, consciência das próprias limitações, disponibilidade em aprender e ensinar, coerência entre discurso e prática.

Quanto aos aspectos da **supervisão na organização do serviço**, algumas características são sintetizadas a seguir:

- ✓ A atuação do AIS está bem estabelecida na atenção primária, contribuindo consideravelmente na resolutividade e extensão de cobertura.
- ✓ Um dos maiores desafios para a consolidação de um modelo de organização dos serviços de saúde diferenciado é a desconstrução de paradigmas ainda arraigados no concreto da formação profissional de nível universitário, entre eles e ênfase na assistência individual pautada no diagnóstico e intervenção e atuação profissional em espaços físicos institucionalizados.

- ✓ Fatores gerenciais de âmbito logístico para o deslocamento da EMSI também são decisivos para o estabelecimento de ações de saúde e supervisão dos AIS no contexto das aldeias, garantindo as especificidades geográficas do território indígena.
- ✓ O enfoque na produção de cuidados de saúde, superando o conceito de produção de serviços de saúde, e o trabalho integrado da EMSI no planejamento e execução das ações nos pólos-base e aldeias são características presentes e de impacto positivo na supervisão dos AIS;
- ✓ A percepção de que o AIS é antes de tudo, um sujeito da comunidade, e que portanto desempenha outros papéis sociais tão importantes quanto o de mediador, merece reflexões constantes para evitar uma sobrecarga a afastamento desses papéis.

A formação dos AIS no Xingu nos coloca a riqueza e amplitude dos espaços e atores sociais envolvidos na supervisão. Ela acontece não só em espaços institucionalizados, como posto de saúde, postinho da aldeia ou escola indígena, mas em uma conversa na aldeia, no “pé” da rede... em um banho de rio, em uma longa viagem de barco, em um almoço coletivo... a supervisão como ferramenta de cidadania deve envolver os diversos atores, os pais do AIS, sua comunidade, os representantes da medicina tradicional, professores e conselheiros de saúde indígena.

Em geral, as comunidades indígenas possuem uma alta expectativa de que os AIS resolvam boa parte dos agravos de saúde na própria aldeia. Essa pressão sobre eles é contínua e representa as necessidades de saúde concretas expressas pela população. Estratégias devem ser construídas para o atendimento dessas necessidades e para a compreensão sobre as atribuições do AIS.

É natural que a expectativa inicial do AIS ao iniciar o curso de formação, seja obter conhecimento para intervir nas doenças, pois esse é o fantasma que ronda o tempo todo seu povo.

Com esse treinamento técnico, o AIS passa a ter maior resolutividade a partir da intervenção precoce sobre o adoecimento. Os preceitos da promoção da saúde e detecção precoce de agravos que geralmente

caracterizam os momentos de supervisão, possibilitam uma diminuição significativa da demanda para os pólos-base e para a referência secundária do SUS.

Essa maturidade técnica do AIS colabora para a reorganização do trabalho, de modo que a EMSI possa ter mais tempo para ações planejadas com enfoque na vigilância e promoção à saúde.

As fichas de supervisão e os relatórios mensais que os AIS produzem, configuram-se como instrumentos importantes de monitoramento da maturidade técnica, bem como avaliações conjuntas com sua comunidade.

Entretanto, é relevante desenvolver-se uma percepção aguçada sobre o momento desse amadurecimento dos AIS no âmbito assistencial, principalmente daqueles que atuam há mais tempo. A segurança e resolutividade que ele adquire com a prática da assistência, permite que atenuem-se as tensões no contexto da comunidade, abrindo espaço no dia-a-dia para a reflexão e intervenção de cunho mais preventivo, educativo e político. A incorporação desses enfoques na supervisão pode propiciar a motivação e o estímulo à criatividade do AIS, expandindo o leque de suas intervenções, inclusive com os representantes tradicionais de cuidados em saúde.

Com isso, possibilita-se espaço e tempo para o fortalecimento das ações programáticas e de vigilância à saúde, bem como um enfoque da supervisão na dinâmica de trabalho nas aldeias.

Olhando o processo de trabalho como um todo, e as ações de saúde interdependentes e pertencentes a uma mesma teia de produção de serviços, a supervisão pode contribuir para o fortalecimento dos serviços de saúde, privilegiando a prevenção e promoção da saúde e a atuação de atores sociais mais autônomos, seja indígena ou não-indígena.

É naturalmente lenta a “transformação” de um profissional de saúde “geral” para um profissional de saúde com competências específicas para atuar no contexto indígena. Por isso, a constância técnica do Projeto Xingu/UNIFESP e a constância dos próprios trabalhadores indígenas, cujo

objetivo final é aplicar seus conhecimentos em suas comunidades, propicia um direcionamento adequado do processo de trabalho em saúde no Xingu.

As estratégias pedagógicas na supervisão de AIS para que se estabeleça um **diálogo intercultural**, estimulando-os a buscarem o conhecimento tradicional, valorizarem sua cultura e adquirirem conhecimentos ocidentais de uma maneira “relativizada”, parece ser um desafio que necessita de reflexão constante e colaboração de análises antropológicas específicas.

A atividade de supervisão na atenção primária depende de aprendizado contínuo dos supervisores e supervisionados, e depende especialmente do modelo assistencial e das diretrizes políticas gerais, concretamente operadas no processo de trabalho. Não se trata de um processo linear e inequívoco, pelo contrário, é repleto de percalços, avanços e retrocessos (SILVA, 1997).

Quanto às **finalidades** da atividade de supervisão, os resultados desse estudo corroboram as considerações de MENDONÇA (1996, 2005), de que a formação de AIS é uma estratégia fundamental para a implantação do subsistema de atenção à saúde para os povos indígenas, e que, embora tenha sido considerada como estratégia de substituição da força de trabalho em saúde especializada, a discussão e implantação dessa formação no Parque Indígena do Xingu caminhou para o campo da própria organização indígena em busca da construção de sua auto-determinação. A própria ampliação do preparo de pessoal indígena em outras áreas, como no controle social e na formação em gestão, representam os avanços e novos desafios desse enfoque.

A formação de AIS no Médio e Baixo Xingu possui uma intencionalidade específica. Para os índios a função principal de se formarem nas áreas de saúde é pra se protegerem do branco e de tudo que vem com ele. É conhecer as armas pra se defender, para entender as intenções do branco. As sociedades indígenas estão num processo político de mudança na relação com a sociedade brasileira, buscam autonomia e maior controle nas decisões e na condução dos projetos que dizem respeito ao se futuro. Para

isso querem se instrumentalizar, formando rapazes na saúde, educação e outras áreas, para esse “front” de guerra. O conhecimento ocidental parece ser encarado como mais um instrumento de luta, como um bem coletivo, entre tantos outros que as comunidades dispõem.

Nesse sentido, a supervisão dos AIS pode ser vista como ferramenta de articulação política, tendo como finalidade última garantir a qualidade dos serviços, promovendo a saúde das populações e possibilitando maior capacidade dos AIS e comunidades compreenderem e reivindicarem seus direitos de saúde de maneira articulada aos seus saberes específicos.



**AIS em momentos de curso e dispersão na aldeia**



## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida MCP de, Rocha JSY. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. 2ª ed. São Paulo: Cortez Editora;1989.

Almeida MCP de. O trabalho de enfermagem e a sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva – rede básica de saúde. Ribeirão Preto: USP, 1991.

Almeida MCP de, Mishima SM, Silva EM, Mello DF. O trabalho de enfermagem e a sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva – rede básica de saúde. In: Almeida MCP de, Rocha S. O trabalho de enfermagem, São Paulo: Cortez Editora;1989.

Athias R; Machado M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. Cad. Saúde Pública. 2001; 17 (2).

Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa:Edições 70; 1979.

Baruzzi RG, Marcopito LF; Iunes M. Programa médico preventivo da Escola Paulista de Medicina no Parque Nacional do Xingu. Revista de Antropologia. 1978; 21: 155-170.

Baruzzi RG. Do Araguaia ao Xingu. In: Baruzzi RG, Junqueira C. Parque Indígena do Xingu: Saúde, Cultura e História. São Paulo: Terra Virgem 2005.p.59-114.

Bittencourt M, Toledo ME, Argentino S, Oliveira LSS. Acre, Rio Negro e Xingu: a formação indígena para o trabalho em saúde. São Paulo: Associação Saúde sem Limites; 2005.

Brasil. Constituição de 1988. Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília, Senado Federal;1988.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Brasília; 1996.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 304 de 09 de agosto de 2000. Brasília; 2000.

Bordenave JED. Alguns fatores pedagógicos. In: Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Capacitação pedagógica para o instrutor/supervisor – área da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1994.

Buchillet D. A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. In: Buchillet D. org. Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia. Belém: MPEG/ CEJUP/ UEP; 1991.

Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalhos em equipes de saúde. In: Merhy EE; Onocko R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

Chaves MBG e cols. Implementação da política de saúde indígena no pólo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(2):295-305.

Chiavenatto I. Introdução à teoria geral da administração. 3 ed. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil; 1983

Cohn, C. Culturas em transformação – os índios e a civilização. São Paulo em Perspectiva, 2001;15 (2): 36-42.

COIAB. Carta da COIAB ao Ministro da Saúde, 2007 disponível em URL.

Costa DC. Política indigenista e assistência à saúde – Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. Cad Saúde Pública 1987; 4(3): 388-401.

Costa MBS. Avaliação da prática da supervisão do enfermeiro nos serviços básicos de saúde da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba. [dissertação de mestrado] João Pessoa: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba 1994.

Cunha KC. Supervisão em enfermagem. In: Kurcgant P. Administração em enfermagem, São Paulo: EPU; 1991, p.117-132.

Davini MC. Do processo de aprender ao de ensinar. In: Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Capacitação pedagógica para o instrutor/supervisor – área da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1994, p.27-33.

Donnangelo MCF, Pereira L. Saúde e Sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1979.

Erthal RMC. A formação do agente de saúde indígena Tikúna no Alto Solimões: uma avaliação crítica. In: Coimbra Jr CEA, Santos RV, Escobar AL(Org.). Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 197-215.



Fonseca RM; Guedes EA; Silva M. Supervisão em Enfermagem de Saúde Pública. *Enfermagem em Novas Dimensões*. 1976; 2 (5): 265-271.

Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 4 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1977.

Garnelo L, Sampaio S. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena: problemas e questões na região norte do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19 (1): 311-317.

Geertz C. *A Interpretação das Culturas*, Rio de Janeiro:Zahar;1978

Good B, Delvecchio Good MJ, 1980. The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice. In: Eisenberg L, Kleinman A. *The Relevance of Social Science for Medicine*. Dordrecht: Reideil Publishing Co. p165-196

ISA. Instituto Socioambiental. Povos Indígenas no Brasil. Disponível em [www.socioambiental.org](http://www.socioambiental.org); consulta em julho 2008

Junqueira C. Etiqueta e sutileza no trato da questão indígena. In *Saúde indígena – 1º Curso de Atenção Terciária*. São Paulo: Limiar, Funasa, 2004.

Junqueira C. Pajés e feiticeiros. In Baruzzi RG, Junqueira C. *Parque Indígena do Xingu: Saúde, Cultura e História*. São Paulo: Terra Virgem, 2005. p.147-162.

Kleinman A. *Patients and Healers in the Context of Cultures. An Exploration of Boderland between Anthropology and Psychiatry*. Berkeley/Los Angeles: University of California Press, 1980.

Kleinman A.. *Anthropology and psychiatry. The role of culture in cross-cultural research on illness*. *British Journal of Psychiatry*, 151: 447- 454, 1987  
Kleinman A, Good B.. *Culture and Depression: Studies in Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. Berkeley: University of California Press, 1985

Kurcgant P. *Administração em enfermagem*, São Paulo: EPU, 1991.

Langdon EL. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre a antropologia e profissionais de saúde. In: Langdon EJ, Garnelo L (Org). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: ContraCapa: ABA, 2004. p. 33-51.

Langdon EG. A Construção Sociocultural da Doença e Seus Desafios para a Prática Médica. In: Parque Indígena do Xingu: Saúde, Cultura e História. São Paulo: 2005; Terra Virgem.p.115-134.

Langdon EG e cols. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(12):2637-2646.

Langdon EG. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. Rev. Saúde e Sociedade. 2007; 16 (2): p.19-36.

Leite MLS. Padrão de supervisão da enfermeira em hospitais de Feira de Santana – BA. Revista Brasileira de Enfermagem. 1997; 50(2):169-182.

Machado M. Perfil de morbimortalidade entre os índios Hupd'äh da região do Alto Rio Negro – Amazonas. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2003.

Matumoto S, Mishima SM, Fortuna CM. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. Interface - Com, Saúde, Educ. 2005; 9 (16).

ME - Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CEB 19/2004, Proposta de habilitação técnica para a profissão de Agente Comunitário de Saúde, Brasília, 2004. Disponível em URL: <http://www.portal.mec.gov.br/cne>.

Mendes-Gonçalves RBM. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo, CEFOR; 1992.

Mendes-Gonçalves RBM. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1994.

Mendonça SBM. O agente indígena de Saúde no Parque Indígena do Xingu. [Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais] São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo;1996

Mendonça SBM. Política indigenista de saúde. São Paulo: Mimeo;2000.

Mendonça SBM. O agente indígena de saúde no Parque Indígena do Xingu: reflexões. In: Baruzzi RG, Junqueira C. Parque Indígena do Xingu: Saúde, Cultura e História. São Paulo: Terra Virgem; 2005. p.227-246

Merhy EE. O capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo. Campinas: Papyrus;1985.

Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: Oliveira LC (Org.) Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.p.117-160.

Merhy EE e cols. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R. (Org.) Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec;1997. p.113-160.

Minayo MCS, D'Elia JC, Svitone E. Programa Agentes de Saúde do Ceará. Fortaleza: Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF;1990.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4. ed. São Paulo: Hucitec – Abrasco;1996.

Minayo MCS e cols. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 12.ed. Petrópolis, 1999, Editora Vozes.

Mindlin B. A saúde e o caminho das almas. In Saúde indígena – 1º Curso de Atenção Terciária. São Paulo; Limiar, Funasa, 2004.

Mishima SM e cols. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: Almeida MCP de, Rocha S. O trabalho de enfermagem, São Paulo: Cortez Editora; 1997. p.251-296.

MS - Ministério da Saúde. Contribuição ao Desenvolvimento do Processo de Supervisão. Brasília:Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde, Serviço de Supervisão e Avaliação;1980.

MS - Ministério da Saúde. Supervisão em serviços Básicos de Saúde. Brasília: Secretaria de Recursos Humanos;1982.

MS - Ministério da Saúde. Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília; Ministério da Saúde;1994.

MS - Ministério da Saúde. Programa Comunidade Solidária. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

MS - Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília:Fundação Nacional de Saúde;2002

MS - Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde. Brasília: Ministério da Saúde;2004 a.

MS - Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Documento norteador da formação dos agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento - versão preliminar. Brasília:mimeo,2004 b.

MS - Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Projeto de Profissionalização e Escolarização dos AIS e AISAN e estratégias de operacionalização das capacitações da Equipes Multidisciplinares de Saúde, Brasília: mimeo;2004 c.

MS - Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. SISNEP – Manual de Operação. Módulo do Pesquisador. Versão 1.02. Brasília, 2006 <http://www.saude.gov.br/sisnep>

MS - Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena - 27 a 31 de março de 2006 - relatório final. Brasília: Funasa; 2007

Nogueira RP e cols. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis – o agente comunitário de saúde. [Texto para Discussão 735]. 2000. Disponível em URL: <http://www.ipea.gov.br>

Nunes TCM. A supervisão: uma proposta pedagógica para o setor saúde. Cad Saúde Pública. 1986; 2(4): 466-474.

Nunes, TCM. A especialização em saúde pública e os serviços de saúde no Brasil de 1970 a 1989. [tese de doutorado] Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1998.

Oliveira LSS. A profissionalização dos trabalhadores de enfermagem nos serviços de saúde: uma experiência de construção do Projeto Larga Escala na cidade de São Paulo. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1996.

Oliveira LSS. Formação e inserção institucional de agentes indígenas de saúde no sistema único de saúde: um estudo de possibilidades [tese de doutorado]. Faculdade de Saúde Pública da USP; 2002.

Oliveira LSS. Agente indígena de saúde no Parque Indígena do Xingu: perspectivas de formação e trabalho. In: Baruzzi RG, Junqueira C. Parque Indígena do Xingu: Saúde, Cultura e História. São Paulo: Terra Virgem; 2005a. p.247-258.

Oliveira LSS. Um Panorama sobre Recursos Humanos em Saúde Indígena. Revista Saúde Coletiva. 2005b; 02 (08):103-108.

Oliveira LSS. Xingu (1997-2001). In: Bittencourt M, Toledo ME, Argentino S, Oliveira LSS. Acre, Rio Negro e Xingu: a formação indígena para o trabalho em saúde. São Paulo: Associação Saúde sem Limites; 2005c.

Pagliari H. A mudança dos Kaiabi para o Parque do Xingu: uma história de sucesso demográfico. In: Baruzzi RG, Junqueira C. Parque Indígena do Xingu: Saúde, Cultura e História. São Paulo:Terra Virgem, São Paulo.p.201-226.

Peduzzi M, Palma JLL da. A equipe de saúde. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB (org). Saúde do Adulto – Programas e Ações na Unidade Básica. São Paulo: Hucitec, 2000. p.234-50.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceitos e tipologia. Rev. Saúde Pública. 2001, 35(1) 103-9.

Peres F. Administração em Saúde: supervisão - ensaio de interpretação. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP;1986.

Reis CCL, Hortale VA. Programa Saúde da Família: supervisão ou “convisão”? Estudo de caso em município de médio porte. Cad Saúde Pública. 2004; 20(2):492-501.

Ribeiro D. Os índios e a civilização: a integração das populações indígenas ao Brasil moderno. São Paulo: Companhia das Letras, 1996

Rodrigues DA. UNIFESP/Escola Paulista de Medicina, o Projeto Xingu e a Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no Brasil. In: Baruzzi RG, Junqueira C. Parque Indígena do Xingu: Saúde, Cultura e História. São Paulo: Terra Virgem, 2005. p.259-274.

Silva ABF. A Supervisão do Agente Comunitário de Saúde: limites e desafios para a enfermeira. [dissertação de mestrado]. Ponta Grossa: Universidade Estadual de Ponta Grossa e Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.

Silva EM. Supervisão em Enfermagem: análise crítica das publicações no Brasil dos anos 30 à década de 80. [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP; 1991.

Silva EM. Supervisão do trabalho de enfermagem em saúde pública no nível local. [tese de doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP;1997.

Silva JA. O Agente Comunitário de Saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente de comunidade? [tese de doutorado] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2001.

SSL. Associação Saúde sem Limites. Referencial para a formação de agentes comunitários indígenas de saúde – proposta elaborada pela Associação Saúde sem Limites. São Paulo: Saúde sem Limites, 2005.

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas;1987.

Uchoa E, Vidal JM. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. Cad Saúde Pública. 1994; 10 (4): 497-504.

Velasco H, Diaz de Rada A. Un modelo de trabajo para etnógrafos de la escuela. Madrid: Trotta; 1997.

## **ANEXOS**

**ANEXO I - Lista de documentos utilizados como fonte de dados secundários - Projeto Xingu, Unidade de Saúde e Meio Ambiente, Universidade Federal de São Paulo:**

1. Proposta Curricular do Curso de Agentes Indígenas de Saúde do Parque Indígena do Xingu, maio de 2007.
2. Matriz Curricular do Curso de Agentes Indígenas de Saúde Médio e Baixo Xingu, maio de 2007
3. Fichas de Avaliação de Desempenho dos Agentes Indígenas de Saúde, agosto de 2005 a novembro de 2007
4. Quadro de recursos humanos que atuam no território indígena do Médio e Baixo Xingu e na sede administrativa do Projeto Xingu em Sinop (MT) , gerido pela conveniada UNIFESP, novembro 2007
5. Censo populacional, novembro de 2007
- 6 . Relatório da reunião de equipe técnica, março de 2006
7. Ata de Reunião do Conselho Local de Saúde Indígena no Pólo Diauarum, fevereiro de 2007
8. Ata de Reunião do Conselho Local de Saúde Indígena no Pólo Pavuru, janeiro de 2007
9. Relatório final da Conferência Distrital de Saúde Indígena, novembro de 2005
10. Projeto Xingu - política de recursos humanos, novembro de 2005
11. UNIFESP/ Projeto Xingu. Curso de Gestão em Saúde Indígena, 2004
12. Oficina Pedagógica: preparando nossa equipe pra ensinar e aprender, novembro de 2003
13. Reunião pedagógica para a equipe técnica, novembro de 2002
14. Viagem de capacitação para a supervisão de AIS nas aldeias - relatório da Coordenação de RH do Projeto Xingu, julho de 2002



## ANEXO II - Roteiros das entrevistas

### Grupo I – Profissionais da equipe técnica

Identificação: idade, sexo, formação profissional, experiência prévia, tempo de trabalho no local.

Conta um pouco seu dia-a-dia no Xingu... suas atividades e dos colegas de equipe... o que você mais gosta em seu trabalho... quais são as dificuldades... Como foram as supervisões que você fez, o que achou delas, como você se sentiu... Conte uma situação que você sentiu ter feito um bom trabalho de acompanhamento dos AIS.... e as dificuldades pra se conseguir fazer um bom trabalho de supervisão?

Você sente diferença na hora de trabalhar, ensinar, supervisionar um agente indígena, comparado a um profissional não índio? É diferente ensinar índio? Conta um pouco...

O que você acha da formação de índios para a área da saúde? Na sua opinião, pra quê se forma agentes indígenas de saúde no Brasil, no Xingu? Quando você está lá, na aldeia, no pólo, acompanhando o trabalho de uma agente, mostrando pra ele como tem que fazer as coisas, o que você espera conseguir?

Para você, o que é necessário pra se fazer um bom trabalho de supervisão? Como deve ser o jeito da pessoa, o que ela precisa conhecer, como deve ser a estrutura de trabalho, etc...

Você quer falar mais alguma coisa, sugestões?

### Grupo II – Agentes indígenas de saúde

Identificação: idade, sexo, etnia, tempo de trabalho como AIS, tempo de participação no curso de formação

Conta um pouco seu dia-a-dia na aldeia e no pólo-base... o que você e a equipe de saúde fazem....o que você mais gosta em seu trabalho... quais são as dificuldades...

Como foram as supervisões que você recebeu no seu trabalho? O que você gostou, o que você faria diferente.... se você fosse um supervisor de agentes indígenas de saúde, como faria este trabalho?

Quando você tem dúvidas ou dificuldades, quem você costuma procurar pra te ajudar? O que você faz quando não consegue encontrar um profissional de saúde pra falar?

Você acha diferente aprender coisas novas com os não índios e com as pessoas da sua comunidade? Por exemplo: quando uma pessoa mais velha te explica, te ensina alguma coisa, esse jeito de ensinar é diferente do jeito de ensinar da enfermeira, do médico? Por quê?

Por que você acha que se faz a formação de agentes indígenas de saúde no Brasil? O que as pessoas esperam conseguir com a supervisão?  
Você quer falar mais alguma coisa?

Grupo III – Representantes da comunidade: cacique, professor, conselheiro de saúde, mulheres, medicina tradicional

Identificação: idade, sexo, etnia, papel social na comunidade

Conte sobre o trabalho do agente de saúde e da equipe na sua aldeia... o que fazem, o que você acha desse trabalho?

Para quê você acha que a equipe de saúde faz supervisão dos agentes na aldeia e no pólo-base? Você acha isso importante, por quê?

Como você acha que deve ser o jeito do profissional de saúde não-indio para ensinar e acompanhar bem o trabalho do agente de saúde? Que conselho você daria para o profissional que vem na aldeia para ensinar os agentes?

Você acha que é igual o jeito de ensinar das pessoas da sua comunidade e dos não índios, profissionais de saúde, professores? Por quê?

Você acha que os conhecimentos da sua comunidade podem ajudar no aprendizado do agente de saúde? O que mais você acha que pode ser feito para melhorar o acompanhamento dos agentes de saúde?

Você quer falar mais alguma coisa?

### **ANEXO III - Termo de consentimento individual livre e esclarecido**

Estamos convidando você para participar de um estudo sobre o trabalho dos agentes indígenas de saúde. Nosso objetivo é entender como acontece a supervisão do trabalho dos agentes indígenas de saúde do Xingu e o que tem de especial na formação de trabalhadores indígenas.

A supervisão é o acompanhamento do trabalho do agente de saúde em sua comunidade. Ela é feita pelos profissionais de saúde nas aldeias e postos de saúde e é importante para o aprendizado do agente de saúde.

No Brasil existem poucos trabalhos que falam sobre a atividade de supervisão e acompanhamento de trabalhadores indígenas da saúde. Alguns estudos mostram que existem vários tipos de dificuldades em acompanhar os agentes de saúde em suas aldeias, por isso achamos importante entender melhor a supervisão.

Os benefícios que pretendemos com este estudo são: fornecer material para ajudar na formação dos agentes indígenas de saúde e dos profissionais de saúde não-índios como professores e supervisores, contribuindo assim para a melhoria dos serviços de atenção à saúde indígena.

Vamos fazer entrevistas para ouvir o pensamento de pessoas que acompanham o dia-a-dia do trabalho do agente indígena de saúde e da equipe. Essas entrevistas servem para ouvirmos opiniões sobre o acompanhamento do trabalho de agentes indígenas de saúde no Xingu.

Vamos fazer a entrevista sem outras pessoas escutando, se você achar melhor. Se for preciso fazer a tradução da língua indígena, você vai escolher o tradutor. Faremos a gravação da entrevista em fita cassete, mas se você não permitir gravar a conversa, vamos anotar em papel.

Você pode retirar sua autorização ou deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem que isto traga qualquer tipo de prejuízo.

Garanto que as informações da entrevista serão confidenciais (segredo) e seu nome não será divulgado em nenhum momento do estudo.

Declaro que não há despesas pessoais (gastos) para você em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira (pagamento) para sua participação. Não há risco de dano pessoal causado pelos procedimentos propostos.

Eu fornecerei a você em qualquer momento, acesso às informações sobre procedimentos, resultados, riscos e benefícios do estudo, inclusive para resolver dúvidas, seguindo abaixo o endereço e telefone para contatos meu e do Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública.

Comprometo-me em usar as informações das entrevistas somente para este estudo e enviarei os resultados do estudo final ao Conselho Distrital de Saúde do Médio e Baixo Xingu e à Coordenação do Projeto Xingu da Universidade Federal de São Paulo.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – PROJETO XINGU  
Curso de Formação de Agentes Indígenas de Saúde - FICHA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO 3

Nome do Agente:		Etnia:	
Pólo Base:		Aldeia:	
Módulo:			
Atividade	Desempenhos	Data: C.H. Resp.	Data: C.H. Resp:
Implantação e/ou implementação do Programa de saúde da criança	<p>Identifica e cadastra as crianças de 0 a 5 anos no livro próprio da aldeia</p> <p>Abre o cartão da criança na ocasião do nascimento, registrando peso e altura ao nascer</p> <p>Avisa a equipe multidisciplinar sobre a ocorrência de nascimento na aldeia</p> <p>Faz o controle mensal de peso e altura das crianças, registrando livro próprio, no cartão da criança e na ficha de acompanhamento do C/D</p> <p>Observa o desenvolvimento das crianças e comunica à equipe sobre anormalidades</p> <p>Faz o cálculo de idade corretamente</p> <p>Utiliza e atualiza o gráfico de idade/peso</p> <p>Acompanha as equipes de vacinação na aldeia</p> <p>Faz orientações sobre nutrição e desnutrição, alimentação e cuidados com a saúde, de acordo com os padrões culturais do seu povo</p> <p>Reconhece sinais e sintomas de doenças comuns na infância, discute os casos e encaminha para a referência se necessário</p> <p>Acompanha os casos de desnutrição em sua área de abrangência</p> <p>Acompanha e administra medicamentos para verminose nos casos indicados</p> <p>Acompanha e administra medicamentos para os casos de anemia</p>		

## ANEXO V - Avaliação de desempenho final do Módulo de Saúde da Criança



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – PROJETO XINGU  
Curso de Formação de Agentes Indígenas de Saúde

Nome do Agente:		Etnia:	
Pólo Base:		Aldeia:	
Módulo:			
Desempenho final	Corresponde às expectativas desta etapa do processo de aprendizagem	Necessita eventualmente de ajuda e orientação	Ainda apresenta dificuldades, necessitando de ajuda e orientação constantes
Realiza atividades educativas sobre os temas relacionados à saúde da criança.			
Realiza ações de vigilância à saúde no contexto das aldeias.			
Participa da implementação do programa de saúde da criança			
Participa e realiza ações de controle das IRA.			
Participa e realiza ações de controle das Diarréias agudas.			
Acompanha as atividades de imunização nas aldeias			
Parecer do Instrutor/Supervisor: <input type="checkbox"/> Aluno apto, desenvolvendo suas atividades com autonomia <input type="checkbox"/> Aluno apto, requerendo acompanhamento eventual <input type="checkbox"/> Aluno apto, requerendo acompanhamento constante <input type="checkbox"/> Aluno não apto, necessitando passar novamente pelas etapas de concentração e/ou dispersão			Observações:
Data:	Ass.Agente:	Ass. Intrutor:	Nº. Conselho:

Fonte: UNIFESP – PROJETO XINGU, 2007

## ANEXO VI – Ficha de avaliação do período de dispersão/supervisão

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – PROJETO XINGU

Curso de Formação de Agentes Indígenas de Saúde - AVALIAÇÃO DO PERÍODO DE DISPERSÃO

Nome do Agente:	Etnia:
Pólo Base:	Aldeia:
Módulo:	
Função:	Data:

Como foi o seu trabalho na sua aldeia depois que acabou o curso de junho?

Você ouviu o programa de rádio que foi feito no curso sobre desnutrição lá na aldeia? A comunidade também ouviu? Você conversou com a sua comunidade sobre a questão da desnutrição? Conte como foi esta conversa?

Aconteceu alguma atividade de vigilância à saúde na sua aldeia, como acompanhamento das crianças na aldeia, ou no Pólo, junto com a equipe de saúde? Você participou desta atividade? Conte como foi a atividade e o que você achou mais interessante.

Aconteceu alguma atividade de vigilância à saúde como o trabalho da equipe da Colgate, Unifesp e USP na área de saúde bucal? Você participou desta atividade? Conte como foi esta atividade e o que você achou mais interessante.

Você participou de algum estágio na UBS de sua área de abrangência? Como foi este estágio? Pontos positivos e pontos negativos. O que você aprendeu?

A equipe de saúde fez supervisão na sua aldeia durante este período?

Você freqüentou a escola da sua aldeia, ou do Posto, durante este período? Quem é o professor de sua aldeia?

Você quer falar alguma coisa a mais sobre esse período de dispersão do curso?

## ANEXO VII – Ficha de avaliação individual de desempenho

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – PROJETO XINGU

Curso de Formação de Agentes Indígenas de Saúde - FICHA DE AVALIAÇÃO INDIVIDUAL DE DESEMPENHO

Nome do Agente:	Etnia:
Pólo Base:	Aldeia:
Módulo:	

Avaliação individual do AIS, AISB ou AISAN	Desempenho do AIS, AISB e AISAN – comentado pelo supervisor e pelo aluno
<p>Identificação de aspectos positivos do desempenho do aluno no curso;</p> <p>Identificação de aspectos negativos do desempenho;</p> <p>Sugestões do aluno para o processo de formação;</p> <p>Propostas de melhoria sobre o desempenho do aluno.</p>	

Data:	Ass.Agente:	Ass. Intrutor: Nº. Conselho:
-------	-------------	---------------------------------

## ANEXO VIII – Ficha de registro de fatos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – PROJETO XINGU

Curso de Formação de Agentes Indígenas de Saúde - FICHA DE REGISTRO DE FATOS

Nome do Agente:	Etnia:
Pólo Base:	Aldeia
Módulo:	

Data	Descrição do fato observado pelo Instrutor/supervisor	Diálogo com o agente

Data:	Aluno:	Enfermeiro:
Coordenação		