



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – DSAU  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – PPGSC  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

**GABRIELA SANTANA BASTOS**

**PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE:  
inter-relação étnica e cultural na Atenção Básica de Saúde no  
contexto Kiriri**



FEIRA DE SANTANA - BAHIA  
2012

**GABRIELA SANTANA BASTOS**

**PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE:  
inter-relação étnica e cultural na Atenção Básica de Saúde no  
contexto Kiriri**

---

Dissertação apresentada à banca examinadora para apreciação, como requisito necessário para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Angela Alves do Nascimento

Linha de pesquisa: Planejamento, gestão e práticas de saúde

Feira de Santana-Ba

2012

## Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado

Bastos, Gabriela Santana

B328p      Processo de trabalho do agente indígena de saúde : inter-  
relação étnica e cultural na atenção básica de saúde no contexto  
Kiriri / Gabriela Santana Bastos. – Feira de Santana, 2012.  
204 f. : il.

Orientadora: Maria Angela Alves do Nascimento.

Mestrado (dissertação) – Universidade Estadual de Feira de

**GABRIELA SANTANA BASTOS**

**PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE:  
interrelação étnica e cultural na Atenção Básica de Saúde no  
contexto Kiriri**

---

Dissertação apresentada à banca examinadora para apreciação, como requisito necessário para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Feira de Santana, BA.

---

**BANCA EXAMINADORA**

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Ângela Alves do Nascimento (orientadora)  
Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cristina Setenta Andrade  
Universidade Estadual de Santa Cruz - UESC.

Prof. Dr. Túlio Batista Franco  
Universidade Federal Fluminense - UFF.

## AGRADECIMENTOS

Tão duras pedras encontrei pelo caminho, mas quem vai em busca dos montes vislumbra à sua frente o horizonte, e tão inebriado pela beleza do que vê nem sente a dor aos seus pés.

Agradeço a todos aqueles que tornaram mais doce a caminhada:

Ao senhor Deus, a quem dedico todos os meus dias e com quem divido as mais íntimas aflições;

À minha mãe e irmã pelo amor incondicional e por sempre orarem por mim;

A meu esposo pela tolerância e abdição;

Aos meus tios e primos pelo respeito e admiração que sempre demonstram;

À minha orientadora Maria Ângela, por toda sua sensibilidade, compreensão e torcida, a quem dedico toda a minha caminhada como pesquisadora.

Aos amigos que fiz no mestrado pelos momentos inesquecíveis;

As enfermeiras de Banzaê, em especial a Maíra pela receptividade e apoio;

A toda EMSI, em especial Helton pelo acolhimento, partilha de informações e documentos essenciais para a construção deste trabalho;

A comunidade Kiriri por me acolher tão bem e me fazer sentir parte deste contexto;

A todos vocês os meus sinceros agradecimentos.

No entanto, há alguém que não está mais aqui entre nós e a quem dirijo a minha maior gratidão: a minha amada tia Marliete – que vibrava e supervalorizava desde os meus primeiros rabiscos desalinhados que quando criança eu fazia. Hoje compreendo o quanto isto foi essencial para eu ter me tornado uma adulta confiante e que acredita na própria capacidade. Durante a construção desta pesquisa, concomitantemente, ela lutou contra o câncer e mesmo desejando a minha presença, o meu conforto, a segurança do meu conhecimento profissional, soube respeitar e compreender as minhas ausências em alguns momentos. Suportou até quando pode, durante o decorrer dos 2 anos e se despediu, mas não sem antes vibrar por mais uma conquista minha...obrigada Tia.



*“O que andastes pelo mundo, e entrastes em casas de prazer de príncipes, veries naqueles quadros, e naquelas ruas dos jardins dois gêneros de estátuas muito diferentes, umas de mármore, outras de murta. A estátua de mármore custa muito a fazer, pela dureza, pela resistência da matéria; mas, depois de feita, uma vez, não é necessário que lhe ponham mais à mão: sempre conserva e sustenta a mesma figura; a estátua de murta é mais fácil de formar, pela facilidade com que se dobram os ramos, mas é necessário andar sempre reformando e trabalhando nela, para que se conserve. Se deixa o jardineiro de assistir, em quatro dias sai um ramo que lhe atravessa os olhos, sai outro que lhe decompõe as orelhas, saem dois dedos que de cinco e lhe fazem sete, e o que pouco antes era homem, já é uma confusão verde de murtas”*

*Sermão do Espírito Santo, Antônio Vieira (1657).*



## RESUMO

Com os objetivos de analisar o processo de trabalho dos Agentes Indígenas de Saúde na Atenção Básica dentro da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI); discutir os saberes e as práticas em saúde a partir da inter-relação étnica/cultural dos AIS com os demais membros da EMSI e usuários e identificar as facilidades, as dificuldades, os conflitos, as contradições e as expectativas no desenvolvimento do processo de trabalho dos AIS na EMSI, ou seja, entre os trabalhadores de saúde não indígenas e indígenas, nos seus processos de trabalho e com os usuários. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa com aproximação de uma pesquisa social cujo campo de investigação foi o município de Banzaê - BA, onde residem índios Kiriri. Os sujeitos deste estudo foram constituídos por três seguimentos sociais, classificados em grupo I: os AIS que atuam na Unidade de Saúde da Família Indígena (USFI) e/ou Unidades Básicas de Saúde (UBS) e demais membros da EMSI; grupo II, os informantes-chave - benzedeiros, pajés, professores e outros e grupo III, os usuários da Unidade de Saúde da Família Indígena. As técnicas de coleta de dados utilizada foi a observação participante acompanhados por diário de campo e ilustrados de registro fotográfico e a entrevista semiestruturada. O método de análise utilizado foi a análise de conteúdo. Diante dos dados, duas categorias analíticas emergiram, sendo a **categoria 1**- O processo de trabalho do AIS no contexto Kiriri: fragmentado, pontual, contraditório e conflitante e a **categoria 2** – O trabalho em saúde entre fronteiras culturais: interrelação étnica e cultural na saúde no contexto Kiriri. Nos resultados apresentados os AIS compreendem a comunidade como seu **objeto de trabalho** numa perspectiva coletiva, porém há concepções que se pautam em um objeto individual (o índio); e até o profissional como o objeto da sua atenção; Quanto às **finalidades** do processo de trabalho, há uma convergência dos entrevistados sobre as necessidades individuais e não um trabalho voltado para o coletivo; a prevenção e a promoção da saúde foram apontados como elementos constituintes do processo de trabalho do AIS, apesar de que durante as observações notou-se que tais sujeitos têm se afastado deste referencial, inclusive as práticas educativas em grupo não fazem parte da sua práxis, restringindo as ações à orientações individuais nos domicílios; as principais atividades que os AIS referem executar são as visitas domiciliares e as orientações individuais; contrariamente à nossa observação mostrou as atividades dos agentes restritas a passagem de recados da equipe para a comunidade e a solicitação via telefone de carro para as emergências. O estudo revelou ainda o 'excesso' de cobranças a que são submetidos os AIS por desconhecerem o seu 'papel', devido a falta de qualificação profissional, fazendo com que eles deixem de realizar atribuições básicas de uma agente local de saúde e passem a realizar ações que fogem as atribuições profissionais do AIS, descaracterizando o seu processo de trabalho. Evidenciadas ainda as dificuldades que os AIS enfrentam para o desenvolvimento das suas atividades: falta de materiais e recursos, cobranças da comunidade, culpabilização dos AIS por tais problemas, falta de reconhecimento profissional e de garantias trabalhistas, o que concretamente deixa transparecer que desconsidera as prerrogativas da Política Nacional de Saúde Indígena e das legislações que abordam as garantias reservadas aos grupos indígenas. Os **instrumentos de trabalho** apontados pelos entrevistados remetem às práticas embasadas em procedimentos numa lógica mecanicista, apesar de alguns depoimentos darem ênfase às tecnologias leves no processo de trabalho desses agentes. Quanto à **concepção de saúde** houve uma variedade de conceitos que

partem desde a concepção higienista, a ausência de doença até a concepção ampliada de saúde. A segunda categoria revelou a existência de conflitos culturais no interior das relações da EMSI. A dicotomização entre a questão do universalismo como direito constitucional assegurado a todos e do relativismo Cultural como prerrogativa para o olhar às questões indígenas. A falta de formação profissional foi apontada como elemento amplificador de tais conflitos na medida em que os AIS não conseguem compreender a necessidade de articulação de saberes populares e clínicos; alguns depoimentos apontaram as ações dos AIS plenamente voltada à sua cultura, outros entrevistados demonstraram a supervalorização do saber biomédico, e articulação de saberes clínicos e tradicionais foi também referenciada em alguns sujeitos. Ainda ficou evidente a dificuldade de acesso aos serviços municipais de saúde pelos índios, fortalecido pelos conflitos históricos e pela concepção errônea sobre “atenção diferenciada” que exime o município da responsabilização pela saúde dos indígenas contrariando o princípio primordial do Sistema Único de Saúde – a universalidade.

**Palavras-chave:** Atenção Básica, Saúde Indígena, Estratégia Saúde da Família

## ABSTRACT

Aiming to analyze the working process of the Indigenous Health Agents in Primary Care within the Indian Health Multidisciplinary Team (EMSI), discuss knowledge and health practices from the interrelationship ethnic / cultural development of AIS with others EMSI members and users to identify the facilities, difficulties, conflicts, contradictions and expectations in the development of the labor process in the AIS EMSI, ie between health workers and non-indigenous natives in their work processes and users. This is a qualitative study with an approaching social research whose field of research was the municipality of Banaã - BA, where Indians reside Kiriri. The subjects of this study consisted of three social sectors, classified into group I: the AIS working in the Family Health Unit Indigenous (USFI) and / or Basic Health Units (BHU) and other members of EMSI, group II, the key informants - healers, shamans, teachers and others, and group III, users of Unity Family Health Indigenous. The techniques used for data collection was participant observation followed by field diary and illustrated photographic record and semistructured interviews. The analysis method used was content analysis. From the data, two analytical categories emerged, with Category 1 - The work process in the context of AIS Kiriri: fragmented, ad hoc, contradictory and conflicting and Category 2 - The health work across cultural boundaries: inter-ethnic and cultural diversity in health Kiriri context. Results presented in the AIS include the community as its object of study in a collective perspective, but there are concepts which are based on a single object (the Indian), and to the professional as the object of his attention; For the purposes of the work process , there is a convergence of the respondents on individual needs and not work toward the collective, prevention and health promotion were identified as constituent elements of the work process of the AIS, although during the observations it was noted that such subjects have away from this reference, including the educational practices in a group are not part of their practice, restricting the actions the individual guidelines in households; major activities that relate AIS perform are home visits and individual guidance, contrary to our observation showed the activities of agents restricted the passage of errands team to the community and the request via car phone for emergencies. The study also revealed the 'excess' of collections that are subjected AIS for not knowing your 'paper', due to lack of professional qualification, causing them to fail to perform the basic tasks of a local agent health and start to perform actions that are beyond the professional duties of the AIS, descaracterizando your work process. Highlighted the difficulties that still face the AIS for the development of their activities: lack of materials and resources, community charges, blaming of AIS for such problems, lack of professional recognition and labor rights, which specifically reveals that overlooks the prerogatives the National Health Policy and the Indigenous laws that address the guarantees reserved for indigenous groups. Instruments of work mentioned by respondents refer to practices based on solid procedures in a mechanistic logic, although some testimonials give emphasis to light technologies in the work process of these agents. As for the design of health there was a variety of concepts that depart from conception hygienist, the absence of disease to the expanded concept of health. The second category revealed the existence of cultural conflicts in the relations of EMSI. The dichotomy between the issue of universalism as a constitutional right guaranteed to all and Cultural relativism as a prerogative to look at indigenous issues. The lack of training was identified as an amplifier of such conflicts to the extent that the AIS can not understand the need for articulation of popular knowledge and clinical; pointed

out some testimonials of AIS shares fully focused on their culture, other respondents demonstrated the overvaluation of biomedical knowledge, and articulation of clinical and traditional know was also referenced in some subjects. Yet it was evident the difficulty of access to municipal health services by Indians, strengthened by historical conflicts and the misconception about "special attention" to relieve the municipality responsibility for the health of indigenous contradicting the overriding principle of Health System - the universality .

**Key-words:** Primary Health Care, Health of Indigenous Peoples, Family Health Strategy.

## LISTA DE SIGLAS

- ABS-** Atenção Básica à Saúde.
- ACS** – Agente Comunitário de Saúde.
- AIS** – Agente Indígena de Saúde.
- APS** – Atenção Primária à Saúde.
- CEP** – Conselho de Ética em Pesquisa.
- CF-** Constituição Federal.
- CLS** – Conselho Local de Saúde.
- CMS** – Conselho Municipal de Saúde.
- CNS-** Conselho Nacional de Saúde.
- CNPQ** – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.
- DSEI** – Distritos Sanitários Especiais Indígenas.
- EMSI** – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena.
- ESF** – Equipe de Saúde da Família.
- FUNASA** – Fundação Nacional da Saúde.
- LOS** – Leis Orgânicas da Saúde.
- ONG** – Organizações Não- governamentais.
- OMS** – Organização Mundial da Saúde.
- PACS** – Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
- PIBIC** – Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica.
- PNACS** – Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde.
- PNASPI** – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.
- PSF** – Programa Saúde da Família.
- SUS** – Sistema Único de Saúde.
- UBS-** Unidade Básica de Saúde.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 O processo de trabalho de Enfermagem frente aos modelos técnico-assistenciais de saúde: Modelos Clínico X Saúde Coletiva.

Quadro 2 Matriz de Competências Habilidades e de Atividades para a Formação Inicial dos AIS.

Quadro 3 Matriz de Competências, Habilidades e de Atividades para a Formação Inicial dos AIS.

Quadro 4 Matriz de Competências, Habilidades e de Atividades para a Formação Inicial dos AIS.

Quadro 5 Matriz de Competências, Habilidades e de Atividades para a Formação Inicial dos AIS.

Quadro 6 Matriz de Competências, Habilidades e de Atividades para a Formação Inicial dos AIS.

Quadro 7 Distribuição dos AIS atuantes nas aldeias do GI Kiriri. Banzaê, 2011.

Quadro 8 – Distribuição dos documentos utilizados na pesquisa.

Quadro 9. Caracterização dos trabalhadores de saúde da EMSI de Banzaê, julho de 2011.

Quadro 10. Caracterização dos informantes-chave de Banzaê, julho de 2011.

Quadro 11. Caracterização dos usuários da USFI Kiriri, fevereiro a julho de 2011.

Quadro 12 Confronto dos depoimentos dos trabalhadores da saúde da USFI Kiriri.

Quadro 13 Confronto dos depoimentos dos informantes-chave do GI Kiriri.

Quadro 14 Confronto dos depoimentos dos usuários da USFI Kiriri.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Representando o Octógono do Terreno Kiriri.

Figura 2 Conflitos entre Posseiros e Kiriri.

Figura 3 A realização do ritual do Toré.

Figura 4. Área de tensão entre o GI Kiriri

Figura 5 Localização do município de Banzaê – BA.

Figura 6 Mapa da área indígena Kiriri.

Figura 7: Organização do DSEI Bahia.

Figura 8 Organização do DSEI

Figura 9: Elementos do processo de trabalho X Relação Trabalho Morto/Trabalho vivo.

Figura 10 – A posição de fronteira do AIS.

## LISTA DE FOTOGRAFIAS

Foto 1 Kiriri pertencente à facção liderada pelo primeiro cacique com comportamento de conservação dos traços diacríticos da sua cultura.

Foto 2 Kiriri pertencente à facção liderada pelo primeiro cacique com comportamento de conservação dos traços diacríticos da sua cultura.

Foto 3 Kiriri pertencente à facção liderada pelo segundo cacique, com perfil menos conservador em relação à cultura indígena..

Foto 4 Alto do Canta Galo, local de realização do Toré pelo grupo do segundo cacique.

Foto 5 Mirandela, local de realização do Toré pelo grupo do primeiro cacique.

Foto 6: Chegada de indígenas em trator para reunião do Conselho Local de Saúde de Araçá.

Foto 7 Reunião do conselho local do Araçá.

Foto 8: Reunião do conselho local do Araçá.

Foto 9 O AIS organizando os prontuários para o atendimento médico.

Foto 10: O AIS arquivando os prontuários para o atendimento médico

Foto 11: 2ª Conferência Municipal de Saúde de Banzaê,, julho, 2011.

Foto12: Reunião do Conselho Local de Mirandela.

Foto 13: : Vista frontal da Unidade de Saúde do Pau Ferro “a casinha véia”

Foto 14.: Unidade de Saúde da aldeia Pau Ferro (BASTOS, 2011).

Foto15: Consultório médico da Unidade de Saúde da aldeia Pau Ferro

Foto 16: Escola onde é feito o atendimento médico na aldeia baixa da cangalha.

Foto 17: Atendimento médico feito na escola.

Foto 18: Casas em decomposição na área indígena Kiriri.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO: articulação teórico-prática</b>	<b>17</b>
<b>2</b>	<b>MARCO TEÓRICO</b>	<b>27</b>
<b>2.1</b>	<b>Grupo Indígena Kiriri: contexto histórico da colonização à retomada</b>	<b>28</b>
<b>2.2</b>	<b>Processo de trabalho do agente indígena de saúde na atenção básica</b>	<b>39</b>
<b>2.3</b>	<b>O agente indígena de saúde na equipe multidisciplinar de saúde indígena</b>	<b>46</b>
<b>2.4</b>	<b>Cultura, relações de poder e dominação</b>	<b>60</b>
<b>3</b>	<b>TRAJETÓRIA METODOLÓGICA – o caminho do pensamento</b>	<b>66</b>
<b>3.1</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>67</b>
<b>3.2</b>	<b>Campo do estudo</b>	<b>69</b>
<b>3.3</b>	<b>Procedimento e Técnicas de coleta de dados</b>	<b>75</b>
<b>3.4</b>	<b>Sujeitos do estudo</b>	<b>80</b>
<b>3.5</b>	<b>Método de análise de dados</b>	<b>84</b>
<b>3.5</b>	<b>Questões éticas</b>	<b>89</b>
<b>4</b>	<b>O PROCESSO DE TRABALHO DO AIS NO CONTEXTO KIRIRI: fragmentado, pontual, contraditório e conflitante</b>	<b>90</b>
<b>5</b>	<b>O AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE: um mediador das fronteiras culturais na atenção à saúde dos Kiriris</b>	<b>162</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>184</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>189</b>
	<b>APÊNDICES</b>	
	<b>APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA (trabalhadores não indígenas)</b>	
	<b>APÊNDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTA (AIS)</b>	

**APÊNDICE C: ROTEIRO DE ENTREVISTA (USUÁRIOS)**

**APÊNDICE D: ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO**

**APÊNDICE E: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (AIS)**

---

## **1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO: articulação teórico-prática**

---

A arte de construir um problema é muito importante: inventa-se um problema, uma posição de problema, antes de se encontrar uma solução [...] As questões fabricam-se, como qualquer outra coisa. Se não nos deixam fabricar as nossas questões, com elementos vindos de toda parte, não importa de onde, se apenas nos são colocadas, não temos grande coisa a dizer. (DELEUZE; PARNET 2004, p.11)

As primeiras discussões a respeito de trabalhadores locais de saúde surgiram em 1978, no Congresso da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre *Cuidados Primários ou Atenção Primária de Saúde (APS)*, na cidade de Alma-Ata – URSS com a participação de representantes de todo o mundo, quando foi formulada a chamada Declaração de Alma Ata. Nesse documento, são idealizados os conceitos de acesso universal aos cuidados primários de saúde integral que emergem conjuntamente às idéias de promoção, prevenção, cura e reabilitação de agravos à saúde de forma economicamente viável à realidade de cada país e à garantia de Respeito, Reconhecimento e Colaboração entre os representantes das práticas tradicionais e os profissionais da Biomedicina<sup>1</sup>. Recomendava ainda que, sempre que possível, a Medicina tradicional<sup>2</sup> fosse promovida, desenvolvida e integrada com a Medicina científica moderna<sup>3</sup> (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

No Brasil, quase uma década depois, em 1986, o movimento da Reforma Sanitária estabelecia um marco para as transformações da política de saúde que vieram a refletir nas ideias inseridas no capítulo da saúde na Constituição Federal (CF) brasileira promulgada em 1988, ao delimitar item específico sobre a atenção aos povos indígenas, diante do reconhecimento do direito dos indígenas a uma atenção à saúde de forma integral e diferenciada, reafirmados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na Lei 8.080/90, ao destacar “o papel do estado em assegurar as condições para que possam viver à luz de seus próprios princípios culturais e sociais, sem a perspectiva de que virão a se integrar à sociedade nacional” (SANTOS et al.; 2009, p.1037).

Após a promulgação da CF, origina-se o Programa dos Agentes Comunitários (PACS) em 1991, e logo a seguir, em 1994, o Programa Saúde da

---

<sup>1</sup> **Biomedicina:** corresponde ao sistema médico ocidental que detém, ao longo dos anos, “o monopólio em estabelecer a jurisdição exclusiva sobre a definição de doença e tratamento [...] e não leva em conta os significados sociais atribuídos ao comportamento do enfermo” (ALVES, 1993, p. 265).

<sup>2</sup> **Medicina Tradicional:** são conjuntos de conhecimentos médicos que existiram muito antes do desenvolvimento e da difusão da medicina ocidental. Refletem a cultura de um país, sua história e crenças. No geral, esse conhecimento se transmite oralmente de geração em geração (CAÑEDO et al., 2003).

<sup>3</sup> **Medicina ocidental moderna** – identifica-se com o paradigma dominante do positivismo, cartesianismo e do mecanicismo ao não reconhecer o papel da sociedade, da cultura, da comunidade científica e da própria história na determinação não só do objeto de conhecimento como da maneira de abordá-lo. Além disso, a construção de seu saber se dá a partir da divisão e repartição da unidade biológica do ser humano em infinitas partes (LAPLANTINE, 1986; QUEIROZ, 1986).

Família (PSF), no sentido de reorganizar a Atenção Básica de Saúde (ABS), e assim fortalecer o SUS, a partir da participação dos sujeitos em defesa da saúde individual e coletiva, na representação como agentes comunitários de saúde (ACS). Nesta perspectiva, na tentativa de valorizar a experiência com trabalhadores locais, o Ministério da Saúde defendia que “por serem pessoas do povo [os agentes] não só se assemelham nas características e anseios deste povo, como também preenchem lacunas, justamente por conhecerem as necessidades desta população” (BRASIL, 1991, p.5).

Entendemos, portanto, que o agente de saúde como um membro inerente da sua comunidade poderá compartilhar das mesmas dificuldades, o que deve torná-lo capaz de compreender os seus problemas e anseios [da comunidade] por também vivenciá-los. Dessa forma, atuam no sentido de dar uma resolubilidade aos problemas da comunidade junto à equipe de saúde até porque, para Langdon e outros (2006a), a atividade desses trabalhadores é melhorar a saúde, a partir das ações de aconselhamento às pessoas sobre as estratégias de prevenção e cuidados de saúde e também na prestação de serviços de primeiros socorros.

No que concerne à saúde indígena, os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) foram incluídos na Atenção Primária de Saúde ainda na década de 1980 por meio de instituições não governamentais (ONG) e Universidades. Portanto, com o surgimento do *Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde* (PNACS) em 1991, o indígena passou a incorporar a equipe das Unidades de Saúde da Família Indígena. No entanto, trazemos alguns questionamentos sobre esta realidade. De que forma ocorreu ou como vem se processando essa incorporação? Houve ou há um trabalho com a equipe para receber esse ‘novo’ membro tão imbricado de subjetividades e especificidades diante de uma cultura diferenciada, com saberes e práticas de saúde inerentes aos grupos indígenas? Como se desenvolve o AIS ao assumir uma nova representação, diante das contradições entre duas culturas diferentes, no exercício de uma prática sanitária com saberes e práticas acadêmicas hegemônicas<sup>4</sup>?

Em 2002, foi criada a *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas* (PNASPI), que previa a inserção dos AIS como uma forma de vínculo entre a comunidade e o serviço de saúde, bem como um elo de comunicação entre

---

<sup>4</sup> As **práticas acadêmicas hegemônicas** de acordo com Huber (2010) são elementos que representam, que consubstancializam um pensamento ou um conjunto de ideias dominantes numa determinada comunidade científica.

saberes e práticas diversos tais quais o saber biomédico e o saber tradicional, inerente à cultura indígena (BRASIL, 2002a).

A partir de então, a atenção à saúde dos povos indígenas passou a se organizar de forma hierarquizada através dos Distritos Sanitários Especiais (DSEI <sup>5</sup>) e os Pólos-base. No interior das aldeias, as ações que concernem à Atenção Básica passaram a ser desenvolvidas pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) que são constituídas basicamente por médico, enfermeiro, odontólogo, técnicos ou auxiliares de enfermagem e os Agentes Indígenas de Saúde (BRASIL, 2002a).

Todavia, apesar dos princípios norteadores e das diretrizes preconizados na *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*, para Scopel, Lagdon e Scopel (2007), a formação de conflitos e de expectativas que emergem da oposição entre uma lógica tecnicoburocrática e uma ética comunitária condizente com a visão de mundo, cosmologia, dinâmicas e relações sócio-políticas dos indígenas é inevitável. Esta situação não é por nós desconhecida, pois sabemos a existência de tais conflitos ao experimentar muitos deles como enfermeira coordenadora da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena no município de Euclides da Cunha, atuando na reserva Indígena de Massacará, pertencente ao Polo Base de Feira de Santana- BA, no período de abril de 2008 até janeiro de 2009.

Massacará é uma reserva indígena composta por oito aldeias da etnia Kaimbé<sup>6</sup>, todas elas acompanhadas pela Equipe de Saúde. Tal reserva pertence ao município de Euclides da Cunha, do qual dista 30 km, com acesso via estrada de chão. A unidade sede está localizada na maior e principal aldeia que leva o nome de Massacará e as outras sete aldeias eram visitadas pela equipe de saúde para realização de atendimento, apesar de não ter infraestrutura para tal. Entretanto, o atendimento era realizado em escolas e até na residência de indígenas, algumas delas de acesso difícil para o carro, o que levou, muitas vezes, a equipe a caminhar até mais de 30 minutos a pé.

---

<sup>5</sup> **DSEI** - é uma unidade organizacional da Fundação Nacional da Saúde (FUNASA), quando esta era responsável pela saúde indígena, e deve ser entendido como uma base territorial e populacional sob responsabilidade sanitária claramente identificada, enfaixando o conjunto de ações de saúde necessárias à atenção básica, articulado com a rede do Sistema Único de Saúde - SUS, para referência e contrarreferência, composto por equipe mínima necessária para executar suas ações e com controle social por intermédio dos Conselhos Locais e Distrital de Saúde (MORAIS, 2005).

<sup>6</sup> **Etnia Kaimbé**: grupo indígena que ocupa uma área de terra do sertão baiano, precisamente entre as bacias do Rio Itapicuru e Vaza-Barris. Tendo por centro de seu território a Igreja da Santíssima Trindade de Massacará, fundada por Jesuítas em 1639, foram vítimas de usurpação de suas melhores terras pelos fazendeiros regionais, que também lhe exploravam a mão de obra semi-escrava no período (SOUZA, 1996).

A Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena naquele período era composta por dois médicos que se revezavam em dois dias de atendimento na semana, duas auxiliares de enfermagem, sendo que uma delas é indígena da Etnia Pankararú<sup>7</sup>, uma enfermeira, uma odontóloga, um auxiliar de consultório dentário (ACD), e seis agentes indígenas de saúde.

Coordenar essa Equipe de Saúde foi para nós um grande desafio, primeiramente, por se tratar da primeira experiência como profissional, recém-formada, sem ter tido qualquer experiência para atuar com o povo indígena, por sua cultura tão peculiar. A Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), nossa contratante, também não nos “preparou” para tal atividade. Recebemos apenas um “treinamento” [?] sobre a organização burocrática do serviço, muito diferente de tudo já experienciado enquanto graduanda em Enfermagem. As dificuldades nos foram apresentadas, mas como enfrentá-las? Tínhamos que ter a clareza de que era preciso dar visibilidade a um trabalho diferenciado, até então, e que tínhamos que desenvolver a sensibilidade para atentar para as características/identidade desse povo. Foram muitas as expectativas diante do novo. Sabíamos que deveríamos ter um ‘olhar’ diferenciado diante de uma visão de mundo culturalmente díspar da nossa. E, em muitos momentos, tivemos uma convivência ambivalente ora de conflitos e contradições perante uma realidade nova, desconhecida e diferenciada social e culturalmente; ora de satisfação e realização pela possibilidade de contribuir para atenção a um grupo tão vulnerável e diante de alguns avanços e facilidades encontradas nessa inter-relação cultural.

No que diz respeito à organização do serviço, havia a inadequação do ambiente de trabalho, pois era a única unidade de saúde, com apenas três cômodos: um consultório, uma recepção, e uma sala de procedimentos (curativo, sutura, vacinas) na área interna. O consultório odontológico e o banheiro localizavam-se externamente.

Todavia, essa realidade sobre a estrutura física não representava o nosso maior problema. Pois, o maior dos desafios a ser enfrentado foi a interrelação com trabalhadores de uma cultura diferente da nossa [o AIS] e com os usuários, levando-

---

<sup>7</sup> **Etnia Pankararú**- faz parte do grupo mais amplo de “índios do sertão” ou Tapuia, caracterizado historicamente por oposição aos Tupis da costa e ao Jê dos cerrados à oeste. Muito pouco estudado etnográfica e lingüisticamente, pode-se apenas inferir sobre seus movimentos pré-coloniais, quando aparentemente foram expulsos do litoral pela expansão no sentido Norte/Sul dos Tupis e, encontrando resistência para o avanço à Oeste, pela presença do Jê, se estabeleceram no sub-médio São Francisco (DANTAS; SAMPAIO; CARVALHO, 1992).

nos aos seguintes questionamentos: como mediar a inter-relação étnico e cultural entre a equipe multidisciplinar de Saúde Indígena e os AIS enquanto trabalhadores de saúde? Como lidar com os conflitos/expectativas sobre o processo saúde/doença com a diferenciação entre os seus saberes e práticas peculiares inerentes à sua cultura, e os saberes e práticas da medicina acadêmica? Como cuidar, gerenciar, coordenar sem ferir os saberes/convicções provenientes de uma cultura há tantas gerações herdadas pelos povos indígenas?

As adversidades foram muitas, sobretudo referentes aos trabalhadores de saúde, muitas vezes, com baixo grau de conhecimento e alto grau de insatisfação pelas dificuldades que eles encontravam em ter que visitar as casas, carregando uma mochila com uma balança pesada a tira-colo, sem meio de transporte, sem mecanismos de proteção como boné, protetor solar e tênis. Além disso, tinham que lidar com cobranças da comunidade que não compreendiam a sua atuação, ou que almejavam o seu espaço diante das poucas possibilidades de emprego naquele ambiente como também tinham que lidar com cobranças da EMSI, FUNASA e da Prefeitura de Euclides da Cunha.

Diante da situação vivenciada, emergiu a motivação que nos impulsionou à realização desta pesquisa que se propõe a discutir criticamente os saberes e práticas em saúde no enfoque à cultura indígena Kiriri, considerando não só as facilidades e as dificuldades, mas, particularmente, os conflitos que podem emergir desta inter-relação cultural entre os membros da EMSI e os AIS, a partir do reconhecimento das especificidades culturais e étnicas que implicam na construção de encontros e desencontros entre sujeitos que não são “pares”, mas ímpares, sobretudo porque suas relações estão permeadas por posições assimétricas de poder e *status*, num contexto em que emergem lógicas diversas e éticas conflitantes (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2005, p. 32).

É essencial que destaquesmos que a inserção do AIS como membro da EMSI na Atenção Básica<sup>8</sup> à Saúde é recente, e discussões e reflexões a respeito deste tema são raras. Algumas dessas produções mais recentes foram resgatadas para

---

<sup>8</sup> **Atenção Básica** é o primeiro nível de atenção em saúde. Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, sendo desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2004).

darem subsídio à nossa investigação, como o estudo *Expectativas emergentes: a inserção do agente indígena de saúde Xokleng na equipe multiprofissional de saúde indígena* de autoria de Scopel, Langdon e Scopel (2007), cujos objetivos foram discutir a inserção do AIS na EMSI e evidenciar algumas expectativas da relação entre o Agente Indígena de Saúde e a Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena de modo a contribuir criticamente para a compreensão das formas como esse agente se insere na atenção básica oferecida no interior das áreas indígenas.

Dessa forma, o estudo reforça a necessidade de pesquisar em outros ambientes, na medida em que se confirma a existência de um tensionamento na interrelação étnico cultural dos membros da EMSI, sobretudo pela dificuldade dos membros não indígenas da equipe 'enxergarem' o AIS além do seu trabalho técnico, mas também como um membro daquela comunidade indígena, em um contexto de ambiguidades.

O estudo de Chaves, Cardoso e Almeida (2006) *Implementação da política de saúde indígena no Pólo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas* bem como o estudo *Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena: problemas e questões na Região Norte do Brasil* (GARNELO; SAMPAIO, 2003) discutiram os entraves e as perspectivas da implementação da Política de Saúde Indígena, evidenciando as dificuldades em estabelecer uma política diferenciada para esses povos, devido à ausência de elementos regulamentadores de sua operacionalização no nível local, falta de supervisão efetiva e avaliação permanente além das ambiguidades desses serviços em ter que exercer uma ação política e, ao mesmo tempo, serem executoras de uma política de Estado, o que reforça a importância dessa discussão, no sentido de levantar subsídios que possam contribuir com a política de saúde indígena, sem 'violentar' a sua cultura, mas resgatando os valores e respeitando-a.

Acreditamos que, no contexto da descentralização proposta pelo SUS, no direcionamento da municipalização dos serviços de saúde, as práticas de saúde indígena também devem se aproximar mais do governo local e buscar a resolubilidade de seus problemas de saúde de uma forma integrada. Da mesma maneira, defendemos que os governos locais devem assumir-se enquanto gestor/técnico/promotor da saúde de seus munícipes, sejam eles indígenas ou não, com a efetivação de uma política de saúde pautada no planejamento das ações que respondam concretamente às necessidades de saúde da população.

Os estudos *O saber Kamaiurá sobre a saúde do corpo* (JUNQUEIRA; PAGLIARO, 2009), bem como *Cosmologia, ambiente e saúde: mitos e ritos alimentares Baniwa* (GARNELO, 2007) e *Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar* (LEITE; VASCONCELOS, 2006), analisaram as influências culturais nas concepções de saúde/ doença que refletem nas suas ações de cura/cuidados, direcionando-se ao incentivo ao resgate dos saberes tradicionais, e não ao embate desses saberes, propondo assim uma parceria para que haja um fortalecimento da cultura indígena pelo ressurgimento da confiança em sua própria cultura.

Reconhecemos, entretanto, a complexidade e importância da temática deste objeto a ser pesquisado – processo de trabalho dos AIS *versus* interrelação étnica e cultural. Será um desafio para nós pesquisadoras, no sentido de fornecer subsídios para a compreensão por parte do trabalhador dos aspectos culturais dos diversos grupos populares que, porventura, ele venha a trabalhar, para direcioná-lo à valorização das diferenças e ao respeito aos elementos culturais, diante de um contato Inter étnico/cultural com maior proximidade e compreensão para uma prática de saúde participativa e efetiva entre usuários, gestores e trabalhadores de saúde.

No sentido de fundamentar este objeto de estudo, aproximamo-nos, também, da temática “processo de trabalho”, oriunda das diversas produções do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC), do qual fizemos parte de 2003-2007 enquanto bolsista do Programa de Iniciação Científica PIBIC/CNPq e do Programa de Iniciação Científica da UEFS, o PROBIC.

O primeiro estudo por nós desenvolvido, *Enfermagem em Saúde Coletiva: saberes e práticas* (BASTOS; NASCIMENTO, 2004), teve por objetivo analisar a produção científica da Enfermagem na Saúde Coletiva, buscando as características dessas produções e a identificação dos saberes e práticas da enfermagem dentro do processo de construção da Saúde Coletiva. Os resultados, por um lado, mostraram que as produções científicas da Enfermagem na área da Saúde Coletiva têm gradativamente avançado na perspectiva dos seus saberes e práticas apesar de algumas apresentarem conteúdos fortemente identificados como vinculação ao modelo clínico interconectados a instrumentos da Saúde Coletiva; porém, por outro lado, algumas produções valorizavam os paradigmas da Saúde Coletiva o que mostra, de alguma forma, que a Saúde Coletiva tem avançado em busca da

concretização do seu saber e da efetivação da sua prática no trabalho da enfermagem.

O segundo estudo, *Processo de trabalho da Enfermeira nas Unidades Básicas de Saúde de Feira de Santana-BA* (BASTOS; NASCIMENTO, 2006) teve por objetivos analisar o processo de trabalho da enfermeira no âmbito da Saúde Coletiva, e identificar os saberes e práticas que fundamentam o trabalho da enfermeira nas Unidades Básicas de Saúde<sup>9</sup> (UBS) de Feira de Santana/BA. Nos seus resultados, ficou demonstrado que o trabalho da enfermeira desenvolvido nas UBS de Feira de Santana se pauta em um conceito ampliado de saúde tendo como objeto de trabalho o usuário (individual/coletivo), porém num contexto de trabalho em equipe fragmentado e desarticulado, com práticas isoladas, desenvolvidas por cada um dos profissionais.

Ainda sobre o processo de trabalho, o estudo de Pires (2007), *Integridade do cuidado no processo de trabalho das equipes de saúde da família: desafios na construção de uma prática de relações*, e o estudo de Oliveira (2009), *Produção do Cuidado das Equipes de Saúde da Família em busca da resolubilidade da atenção à saúde*, que teve com um dos objetivos discutir a organização do trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESF), nos forneceram uma caracterização do processo de trabalho das ESF, com resultados semelhantes sobre o privilegiamento das tecnologias leve-duras e duras, com enfoque em atos prescritivos em favorecimento do modelo médico-centrado, e algumas nuances das tecnologias leves.

Além desses estudos, destacamos as contribuições de Nascimento (2003) em sua pesquisa a *Prática da Enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da Vigilância da Saúde versus as Ações Programáticas em Saúde*, cujo objetivo foi analisar a prática da enfermeira no PSF, em Jequié, no período de 1999-2002. Nesse estudo, as práticas das enfermeiras do PSF foram referidas como predominantemente assistenciais, pautadas nos modelos de ações programáticas e vigilância da saúde, além das atividades gerenciais e educativas, apesar de observar mesmo timidamente as ações de prática política. Entretanto, no que concerne à organização tecnológica do trabalho em saúde, nesse estudo, a

---

<sup>9</sup> **UBS** pode ser entendida como um nível primário de atenção à saúde que pode servir como porta de entrada a uma rede de serviços de saúde hierarquizada e que deve oferecer cuidados básicos de saúde e assistência médica integral, referenciando os casos mais complexos para os demais níveis (secundário e terciário) (NEMES, 2000).

enfermagem desenvolve práticas articuladas em promoção, prevenção de doenças e agravos, recuperação e reabilitação da saúde de grupos populacionais em sua dimensão individual e coletiva; assim como práticas focalizadoras, dentro de um universalismo "excludente" sobre grupos marginalizados da população.

Diante de tais contextos, levantamos os seguintes questionamentos norteadores para este estudo;

- Como se efetiva na prática o processo de trabalho dos AIS na Atenção Básica de Saúde dentro da EMSI?

- Como se configuram os saberes e as práticas de saúde da EMSI a partir da inter-relação étnica/cultural dos AIS com os demais membros não indígenas da EMSI e usuários?

-Qual (ais) a(s) facilidade(s) e/ ou dificuldade(s), o(s) conflito(s), a (s) contradição (ões) e/ou a(s) expectativa(s) no desenvolvimento das práticas dos AIS com os demais membros da EMSI e usuários?

Portanto, a partir destes questionamentos, elaboramos os seguintes **objetivos** do estudo:

**Analisar** o processo de trabalho dos AIS na Atenção Básica dentro da EMSI.

**Discutir** os saberes e as práticas em saúde a partir da interrelação étnica/cultural do AIS com os demais membros da EMSI e usuários.

**Identificar** as facilidades, as dificuldades, os conflitos, as contradições e as expectativas no desenvolvimento do processo de trabalho dos AIS na EMSI, ou seja, entre os trabalhadores de saúde não-indígenas e indígenas, nos seus processos de trabalho e com os usuários.

Apesar do processo de trabalho em saúde desde a década de 1970 vir sendo objeto de estudo, esta pesquisa tem um diferencial por delimitar especificamente um sujeito imbricado de peculiares – o Agente Indígena de Saúde. Até porque a influência de determinantes intersociais e interculturais deste sujeito AIS será um desafio, ao levarmos em consideração as diferenças que poderão surgir da interação social e intercultural desse grupo social específico [o índio], com sua identidade cultural, seus valores, crenças, mitos, saberes e práticas em saúde, oriundas da sua etnia/cultura. Por conta disso, acreditamos na relevância social desta pesquisa, porque poderá servir como base para o planejamento das ações e políticas na área da saúde indígena, e para processo de formação profissional de

todos os membros da EMSI, na valorização da identidade cultural indígena o que, sem dúvidas, poderá trazer impactos sobre a saúde desses povos.

Para o meio científico, entendemos que o estudo apresenta a possibilidade de investigação de uma temática inovadora, convergente com os desafios atuais da saúde, diante de um 'novo' trabalhador dentro da equipe de saúde- o índio, um tema ainda pouco explorado na perspectiva do processo de trabalho em saúde, tendo como sujeito o Agente Indígena de Saúde.

Por conseguinte, essa pesquisa poderá transformar ou reforçar a reflexão sobre o processo de formação dos trabalhadores de saúde, incluindo a formação dos AIS, pois carecem discussões sobre a saúde relativas aos saberes e práticas voltados à cultura indígena. Além do mais, o estudo tem a pretensão de dar visibilidade à cultura de um povo, o Kiriri, ampliando o seu olhar na elaboração de um trabalho de parceria entre os sujeitos, de modo que se chegue a uma expectativa comum, mesmo com tais diferenças - a defesa da vida.

Nessa perspectiva, ressaltamos a afirmação de Scopel, Lagdon e Scopel (2007, p. 54), sobre a atuação dos AIS enquanto indígenas e, por outro lado, dos demais membros da EMSI, uma vez que “tornam-se explícitas em contextos específicos do contato Inter étnico, cujos sentidos e significados atribuídos constituem, ao mesmo tempo, juízos e experiências pessoais de cada ator e valores das sociedades indígena e nacional”.

A fim de ampliar as possibilidades desse estudo, tivemos como balizas para discutir a realidade pesquisada, os seguintes pressupostos teóricos:

**Pressuposto 1** – O processo de trabalho do Agente Indígena de Saúde nas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena se conforma de maneira desarticulada, descontextualizada, seguindo uma hierarquia pautada nos saberes e práticas técnicas da medicina acadêmica.

**Pressuposto 2** - A relação entre os membros da EMSI, indígenas e não indígenas, é permeada por conflitos, sobretudo pela dificuldade de ambos em lidar com as diferenças interétnicas e pelas divergências entre a lógica técnicoburocrática e a ética nativa emergente nesse contexto de interrelação cultural.

---

## 2 MARCO TEÓRICO

---

Minha história de amor e ódio, como você perguntou, se resumiria então assim: ódio ao preceito que ensina que é preciso negar o outro para afirmar o eu, preceito que me parece (com ou sem razão) emblemático do Ocidente moderno; e amor pelo pensamento indígena, pensamento de um outro que afirma a vida do outro como implicando um outro pensamento (VIVEIROS DE CASTRO, 2008, p.218)

Pautados no princípio Marxista da historicidade e considerando-se que não há maneiras de falar de um povo sem conhecer a sua história, as suas

subjetividades, iniciamos este item fazendo uma breve apresentação dos marcos históricos do povo kiriri, sujeitos da nossa análise. Em seguida, delimitamos como marco teórico o processo de trabalho em saúde, embasadas na visão de Marx (2008), Mendes-Gonçalves (1994) e Merhy (1995; 2002), articulado à cultura popular, à saúde, respaldada em autores como Caldas (1986), Laraia (2007) e Geertz (1978).

Antes de apresentarmos as categorias históricas, apresentamos um panorama histórico do grupo indígena Kiriri, para dar maior visibilidade a sua história de vida.

## 2.1 Grupo Indígena Kiriri: contexto histórico da colonização à retomada.

Nós nem imaginávamos que íamos andar assim, trabalhando nessas lutas, sofrendo. Estávamos sossegados lá nas matas [...] Quando o camaleão chegou, se eu já estava admirada, abismada do sapo lá em cima, minha admiração foi maior quando ele chegou ao pé da árvore, agarrou-a e bateu assim: tam-tam-tam. E disse: eh rapaz, desça. Desça que já passou a hora de perigo. Não corre perigo mais não. Aí o sapo pinotou no chão. Quando eu vou olhar, se eu já estava admirada, já estava abismada, ainda mais fiquei quando o sapo pinotou no chão e virou um velho. Um velhinho bem corcundinha. Aí o camaleão falou para ele: olhe, é hora de nós irmos para casa. Já passou a hora de perigo. Hora de perigo é de onze para doze. Deu uma hora, já passou a hora de perigo. Vamos para nossa casa. E foi embora para a mata, o camaleão<sup>10</sup> (KIRIRI, 2000).

O povo *Kiriri*, atualmente, ocupa uma área de 12.300 hectares entre os municípios de Banzaê e Ribeira do Pombal, no Nordeste da Bahia, em uma zona de transição entre o Agreste e o Sertão. Sua história reflete um passado de lutas, extermínio, escravidão e disputas pela terra, hoje, legitimada e reconhecida como território indígena. Sofreram primeiramente o impacto da expansão da conquista dos territórios do interior nordestino pelos Portugueses, com interesses econômicos, sobretudo na pecuária, e como resultado muitos indígenas foram perseguidos e subjugados até a morte (PACHECO, 2007).

Na metade do século XVII, por volta de 1656, os indígenas da cultura *Cariri*, ramo *Kipeá*, foram aldeados por padres jesuítas nesse território que hoje compõe a Mirandela, na época denominada de Missão de Sacos de Morcegos. Dessa maneira, Saco dos Morcegos constituía uma das quatro aldeias *kipeá-kiriri* fundadas pelos

<sup>10</sup> Fragmento retirado do texto “O caboclo da tirania” produzido por Adrelina Kiriri. KIRIRI, Adrelina. O caboclo da tirania. In.: CORTÊS, Clélia Neri. **A retomada da Mirandela**. Brasília, MEC/SEF/UFBA, 2000.

jesuítas, com uma população então estimada em 700 casais. Sua área foi delimitada como havia sido determinado, à medida de uma légua de sesmaria (6.600 m), do centro a todas as partes, conforme o costume da época, da igreja missionária aos oito pontos cardeais e colaterais, formando um octógono regular de 12.320 ha (BANDEIRA, 1972).



Figura 1 Representando o Octógono do Terreno Kiriri. Título: "Começo da História: Roça Indígena Kiriri" – Desenho de Juciene Santos da Silva, extraído do livro "A reconquista da Mirandela", (CORTÊS, 2000).

A missão jesuíta constituiu uma importante fonte de proteção dos indígenas contra a violência e exploração dos colonizadores, contudo, há de se considerar a forte interferência que exercia sobre a cultura nativa, na tentativa de “domesticação” dos hábitos e crenças desses índios.

Em 1700, há uma concessão ao Grupo Indígena (GI) Kiriri, através de um Alvará Régio, da posse de uma terra que compreendia “uma légua em quadra” para a sua sustenção. Porém, segundo Bandeira (1972), tal Alvará não se constituiria, por si só, durante muito tempo, um instrumento eficaz de garantia dos índios à posse

dessas terras, pois, após a expulsão dos jesuítas, em 1758, Saco dos Morcegos seria elevado à vila (em 1760), adotando a denominação atual de Mirandela.

Todavia, os jesuítas foram expulsos do Brasil em 1778, uma vez que se contrapunham aos interesses econômicos dos colonizadores, e os índios passaram a ficar em situação de grande vulnerabilidade; então sob o aval governamental, passaram a sofrer extermínios, sobretudo os grupos que apresentavam resistência ao trabalho escravo imposto pelos colonizadores (PACHECO, 2007).

Os índios mais arredios começam, então, a disputar cada pedaço de terra com os posseiros, levando-os a ocupar os terrenos mais inférteis da região. Como a agricultura constituía um meio de subsistência, eles são forçados a vender sua força de trabalho aos fazendeiros, que se apossavam dos seus territórios cada vez mais, na justificativa de arcar com as despesas do provimento de suas necessidades, o que configura um sistema de dominação Inter étnico resistente no Brasil por diversas décadas.

No século XIX, entre os anos de 1893 e 1897, com a expansão do movimento conselherista<sup>11</sup>, muitos indígenas, sobretudo os mais fortes, foram ao lado de Antônio Conselheiro lutar na Guerra de Canudos, atraídos pela promessa de redenção e libertação representada pelo movimento. A derrota resultou na morte de muitos índios, o que trouxe forte impacto sobre as tradições culturais desse povo, vez que muitos dos que morreram resguardavam as tradições, costumes ancestrais e linguagem própria desses índios. Os poucos sobreviventes retornaram à sua terra e encontraram-na ocupada pelos não-índios ou pelos grupos indígenas remanescentes dispersos, inseridos em contextos de vida e trabalho dos invasores, travestidos como fazendeiros e proprietários de terras (SILVA, GRUPIONI; 1995).

Sob nosso ponto de vista, possivelmente, tal situação traz impactos que vão além da ferida que se abre sob a cultura e tradição do GI *Kiriri*, pois a maior mazela apresenta-se sob a sua autoestima e identidade enquanto povo que, nesse contexto aqui apresentado, são completamente abaladas. Como resposta a essa situação vivenciada pelo povo *Kiriri*, são verificados os impactos sobre a sua saúde com o crescente índice de alcoolismo, a alta mortalidade e morbidade, a destacar as doenças como anemia e tuberculose que refletiam a situação de precariedade em que passaram a viver.

---

<sup>11</sup> **Movimento Conselherista** – movimento contestatório contra as desigualdades sociais, conhecido como Canudos ou guerra de Canudos, liderado por Antônio Conselheiro na região semi-árida do norte da Bahia (VELDEN, 2003).

Consequentemente, como reforço à baixa autoestima deste povo, dentro de tal contexto, é estruturada uma barreira étnica que persiste até os dias atuais “de modo que, mesmo os pequenos agricultores e sitiantes pobres, procuram, ainda hoje, se distinguir dos índios, considerados como seres inferiores, preguiçosos, traiçoeiros e sujos” (BANDEIRA, 1972, p.40).

Em 1949, é instalado um Posto do Serviço de Proteção aos Índios na área indígena *Kiriri*, atualmente exercido pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), a fim de mediar tais conflitos. Contudo, segundo Nascimento (1995), o que se observou na realidade foi que esse órgão apresentou-se apático em relação à Política de reconhecimento e desintração do território, tendo uma ação voltada ao clientelismo das oligarquias locais e ao assistencialismo precário aos indígenas. Tal situação vem agravar o desrespeito e abalar ainda mais a identidade do povo Kiriri enquanto povo indígena, sobretudo perante a comunidade não indígena, vez que, após terem perdido a sua língua nativa, seus costumes e rituais tradicionais, eles tiveram a sua condição indígena contestada pela população regional, com apoio dos políticos da região, recebendo o depreciativo apelido de “cablocos”.

Outrossim, a inserção de Missionários Baha’i (religião persa) em Mirandela/Bahia no início da década de 1970 faz ressurgir entre os *Kiriri* o desejo pela “revitalização étnica”, pela luta pela terra, sua diferenciação étnica e pela sua reafirmação enquanto povo. Segundo Pacheco (2007), a ênfase dada às ações realizadas por esse grupo seriam de erradicação de práticas consideradas socialmente dissociativas, como, por exemplo, o alcoolismo. Assim, através da influência dos Baha’i, foi eleito um cacique para o GI Kiriri, o que exerce, ainda hoje, a mesma função política dentro da aldeia.

Para assumir esse papel, o cacique recebeu dos Baha’i uma formação política de líder centralizador e combativo, sobretudo no que concerne ao alcoolismo- naquele momento tratado com maior rigor através de punições e agressões físicas (PACHECO, 2007). Todavia, a sua eleição como liderança Kiriri teve uma grande importância na reorganização política, étnica e social do povo Kiriri, pois foi através da sua iniciativa que os índios da etnia Kiriri foram buscar em Rodelas- BA, com o grupo da etnia Tuxá “considerados por eles parentes de outra rama”, a retomada de seus costumes e tradições perdidos (NASCIMENTO, 1995, p.69), após a visita de 100 indígenas da etnia *Kiriri* à Rodelas. Como retribuição,

líderes espirituais visitam a Terra Indígena (TI) *Kiriri* para reinsiná-los o Toré<sup>12</sup>, centrados no culto à Jurema<sup>13</sup> que, de acordo com Nascimento (1995), trata-se de uma árvore a partir da qual se prepara uma bebida de efeitos psicoativos que promove a incorporação de entidades denominadas “Encantados<sup>14</sup>”, correspondendo aos rituais e práticas Xamanísticas.

Concomitante ao processo de reincorporação das tradições, a tese de doutorado de Pacheco (2007) *A gente é como aranha... vive do que tece; nutrição, saúde e alimentação entre os índios kiriri do sertão da Bahia*, faz referência à instauração na comunidade de um movimento faccionista fortalecido pela insatisfação do grupo à forma de administração do primeiro cacique, culminando na eleição de mais um cacique e na divisão do espaço de administração de cada liderança. Nesse estudo, observam-se distintos perfis de administração; um Cacique com um comportamento voltado à valorização da cultura indígena, sobretudo no que concerne aos costumes e tradições e reconhecido por suas posturas de acirramento dos conflitos com os brancos na luta pela posse de terras; e o outro cacique com um comportamento menos conservador em relação à cultura e apaziguador dos conflitos, por utilizar-se de métodos mais ‘amigáveis’ na interrelação com os não indígenas, o que determina diferenças no modo de viver de cada facção, refletindo em alguns sinais diacríticos<sup>15</sup> como, por exemplo, a forma de vertir-se de cada grupo como observa-se nas imagens fotográficas a seguir:

---

<sup>12</sup> **Toré** - Trata-se, a princípio, de uma dança ritual que consagra o grupo étnico. Não se pode, além disso, precisar uma origem do termo e até do ritual do toré pela ausência de narrativas coloniais a seu respeito. O Toré ganha visibilidade (e a relevância atual) a partir de um processo social que se inicia na primeira metade do século XX. Hoje, o toré está inclusive totalmente incorporado ao movimento indígena no Nordeste como forma de expressão política (GRÜNEWALD, 2011, p.43).

<sup>13</sup> **Jurema** - A jurema pode ser uma planta, uma bebida e uma entidade. De fato, há uma série de espécies botânicas referidas como jurema. A *Mimosa tenuiflora* (Willd). *Poir* é uma das que mais chamam a atenção pela alta concentração de N-N-dimetiltriptamina (DMT) que apresenta. Isto é, uma substância capaz de promover intensas alterações de consciência e percepção. Das cascas das raízes dessas plantas, são elaboradas beberagens usadas ritualmente por grande número de sociedades indígenas no Nordeste. Os grupos indígenas que não usam essa bebida fazem referência constante à planta como dotada de forças mágicas ou cósmicas que são cultuadas ou, pelo menos, reconhecidas enquanto portadoras de influências oriundas das matas nativas. Há, por fim, a ideia de que jurema é uma entidade, uma personificação espiritual das citadas forças das florestas brasileiras. Esse último sentido é mais próprio às religiões afro-ameríndias (ou afro-brasileiras), que substituíram a planta bebida por uma representação de forças nativas (GRÜNEWALD, 2011, p.43).

<sup>14</sup> **Encantados** – seres fundamentais na relação dos Kiriri com seus antepassados e com o ambiente têm um lugar privilegiado de ação, em que pese as matas, seu habitat preferencial, se encontrarem devastadas: eles permanecem na TI através de pessoas da comunidade que conservaram suas crenças e a capacidade de como eles se comunicarem (PACHECO, 2007).

<sup>15</sup> **Sinais Diacríticos** – sinais que o grupo escolhe para se diferenciar dos outros grupos e que dependem dos sinais dos outros (BARTH, 1970).



Foto 1 Kiriri pertencente à facção liderada pelo primeiro cacique com comportamento de conservação dos traços diacríticos da sua cultura. Fonte: (BASTOS, 2011).



Foto 2 Kiriri pertencente à facção liderada pelo primeiro cacique com comportamento de conservação dos traços diacríticos da sua cultura. Fonte: (BASTOS, 2011).

Como podemos observar nas imagens 1 e 2, os indígenas residentes na comunidade da Mirandela, mantêm o costume de fazer uso da saia de fibra de licuri, chamada por eles de saioite, como forma de diferenciação faccional. Mulheres usam o saioite acompanhado do bustiê conforme a fotografia 1, e no caso das crianças

quando estão nas escolas é permitido o uso do fardamento, acompanhado do saiote, conforme a foto 2.



Foto 3 Kiriri pertencente à facção liderada pelo segundo cacique, com perfil menos conservador em relação à cultura indígena. Fonte: Bastos (2011).

Nesta imagem, foto 3, podemos visualizar claramente as diferenças que são estabelecidas pelo processo faccional dentro do GI Kiriri, pois, o indígena da aldeia liderada pelo segundo cacique se apresenta com vestes comuns da cultura não indígena.

Porém, estas divergências no interior do GI Kiriri ultrapassam a questão da vestimenta. Dentro deste processo faccionista, a eleição para Pajé vem a acirrar ainda mais os conflitos internos entre os *Kiriri*, vez que o candidato que mais atendia às exigências necessárias para o cargo e que também, em último caso, durante o processo de seleção foi apontado pelos encantados, na sua versão da história, como o que deveria assumir o cargo, era claramente contra as formas de liderança do primeiro Cacique. Ao instituir-se como Pajé, proclama a realização do Toré, uma dança ritual, no Alto do Canta Galo, uma localidade no alto da serra, sendo tal localidade recusada pelo primeiro cacique.



Foto 4 Alto do Canta Galo, local de realização do Toré pelo grupo do segundo cacique. Fonte: Pacheco (2007).

Em contrapartida, o primeiro cacique não acata as orientações do pajé recém-indicado quanto ao novo local de realização do ritual, “com o que se promove a divisão no campo simbólico-ritual, com repercussões em todas as áreas da vida Kiriri” (PACHECO, 2007, p.49). O ritual do Toré, entre os liderados do primeiro cacique, passa então a ser realizado na praça da Mirandela, local de sua moradia consolidando-se a divisão dos grupo *Kiriri* e as repercussões dessa divisão sob o campo simbólico e material.



Foto 5 Mirandela, local de realização do Toré pelo grupo do primeiro cacique. Fonte: Bastos (2011).

Em 1981, ocorre a demarcação Terra Indígena (TI), porém em uma fração de terra bem menor do que a prevista no Alvará Régio de 1900 (PACHECO, 2007). No ano seguinte, centenas de índios acampam na Fazenda Picos, região já antes demarcada como TI. A partir de então inicia-se uma sessão de conflitos entre índios e posseiros que culminaram no assassinato de um indígena e em diversas ações de intimidação, coibição, ameaça e constrangimento por parte dos posseiros, com apoio das entidades de poder local como padres, delegados e o próprio prefeito, como é demonstrado na figura 2, extraída do livro de Cortês (2000) em que os próprios índios reproduzem a sua experiência com esses conflitos, a partir de desenhos e narrativas.

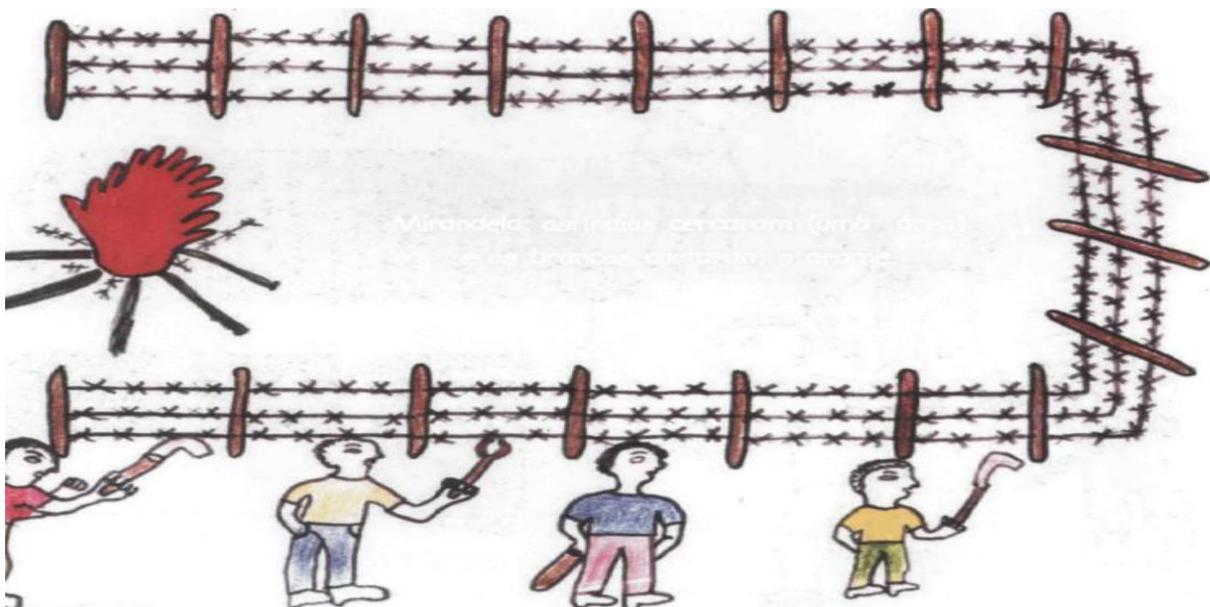


Figura 2 Conflitos entre Posseiros e Kiriri. Fonte: Cortês (2000). Imagem de América Jesuína Kiriri.

A figura 2 representa a ação dos posseiros em cortar a área demarcada pelos índios já em terreno reconhecido como TI. De acordo com Pacheco (2007), o processo de desintrusão da TI só se efetiva realmente em 1990, época da homologação da demarcação da terra, contudo, para os *Kiriri*, o ponto-chave do processo de retomada das terras foi o ano de 1995, precisamente em 13 de novembro de 1995, marcado pela retomada de Mirandela, liderados pelo primeiro cacique, sendo este dia festejado anualmente com eventos que incluem a realização do Toré, apresentações musicais, entre outras manifestações culturais. Na figura 3,

podemos observar a realização do Toré, na época da retomada como comemoração pela reconquista da terra:

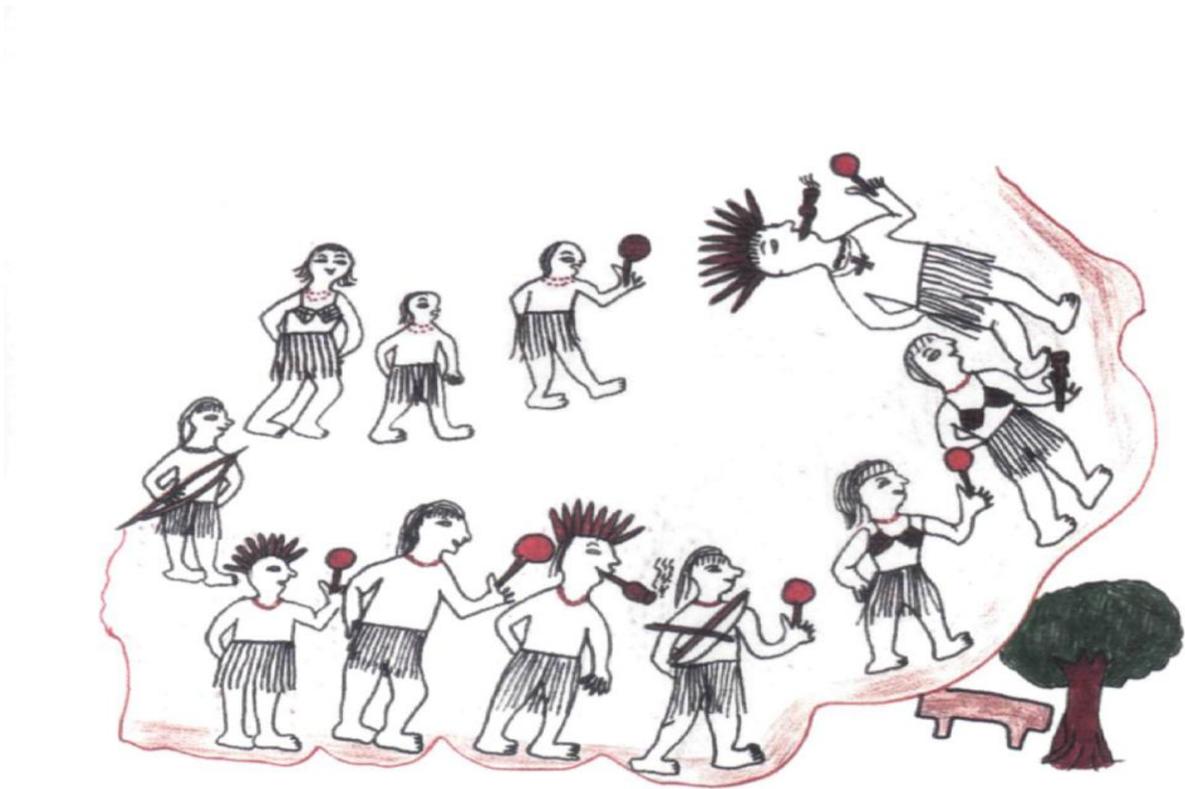


Figura 3 A realização do ritual do Toré. Fonte: Cortês (2000). Imagem de América Jesuína Kiriri.

O Toré é uma dança ritualística realizada pelos indígenas do nordeste como forma de consagração da sua indianidade e etnicidade. Conforme demonstrado nesta ilustração, os indígenas, durante o ritual, se distribuem em círculos, proferindo cânticos de culto à Jurema, uma bebida com propriedades químicas capazes de provocar alterações na sensopercepção e na consciência que, do ponto de vista indígena, é idealizada como uma entidade, uma personificação espiritual das forças das florestas brasileiras (GRÜNEWALD, 2011). No caso específico dos *kiriri*, Brasileiro (1996) reforça que esse ritual representa o principal espaço de articulação entre os *Kiriri*, passando por ele todas as alianças e disputas que lhes são próprias, além de representar um dos principais elementos ideológicos da diferenciação e legitimação indigenista.

Desta forma, neste contexto de fragmentação e de disputas internas no GI *Kiriri*, como consequência, ocorre, também, a fragmentação territorial, sendo que o primeiro Cacique passa a ficar com as terras correspondentes à Aldeia Marcação (um terço da lagoa grande), Pau Ferro, Mirandela e o cacique Manoel com as terras correspondentes à área de Araçá, Canta Galo, dois terços da Lagoa grande, Segredo, Baixa da Cangalha (juntamente com Baixa do Juá). Tal divisão é, até os dias atuais, motivo de tensão dentro do grupo, principalmente pelo fato do território pertencente ao segundo Cacique ter ficado sem uma continuidade e, por este motivo, alguns territórios ainda são áreas de disputa entre as duas facções conforme é demonstrado na figura 4:

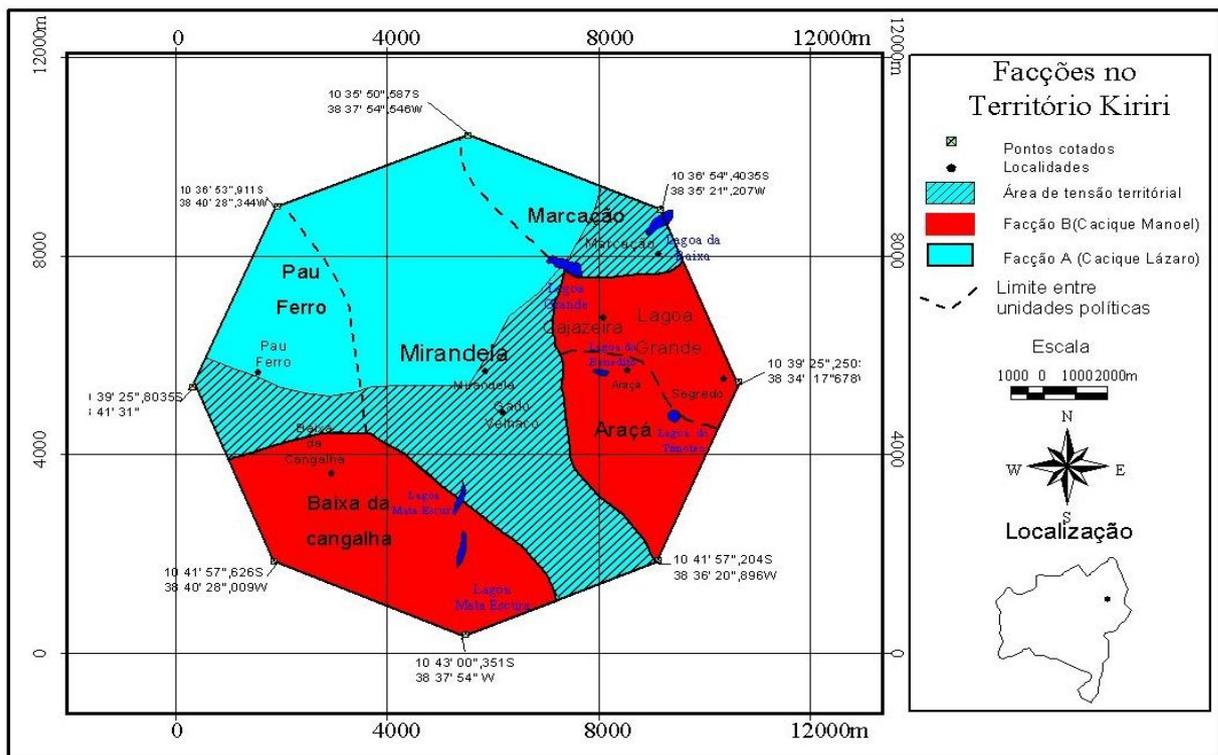


Figura 4. Área de tensão entre o GI Kiriri. Fonte: ANAÏ (2003) apud Pacheco (2007).

No que se refere à questão da saúde, em agosto de 2010, foi aprovada no Senado Federal, a criação de uma Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) vinculada ao Ministério da Saúde, regulamentada através do decreto 7.336/10 (BRASIL, 2012a), assinado pelo então Presidente Lula e sendo, posteriormente, revogado em 2011 pela Presidente Dilma Rousseff, através do decreto 7.530 (BRASIL, 2012b). A partir desse período, a SESAI passa a coordenar e executar o

processo de gestão do Subsistema de Saúde Indígena. A Secretaria, atualmente, conta com o Departamento de Gestão da Saúde Indígena e o Departamento de Atenção à Saúde Indígena e subordinada a ela, de forma descentralizada, os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) e Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

Quanto à FUNASA, ganha a responsabilidade de formular e implementar ações de promoção e proteção à saúde, estabelecidas pelo Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental, mantendo ainda o suporte burocrático à nova Secretaria.

## **2.2 Processo de trabalho do agente indígena de saúde na atenção básica**

Para estudar o processo de trabalho do Agente Indígena de Saúde (AIS), consideramos essencial o resgate de conceitos e olhares a respeito do processo de trabalho elaborados na perspectiva de Marx (2008), passando pelo tecnicismo a partir da análise do processo de trabalho em saúde nos estudos de Mendes-Gonçalves (1994), ampliando-se na perspectiva de Merhy (2002), Merhy e Túlio Franco (2003b) e Pires (2000), no sentido de articular as discussões ao cotidiano das diversas formas do “agir em saúde”.

O processo de trabalho<sup>16</sup>, que para Marx (2008) é algo essencialmente humano, é uma atividade orientada a um fim para produzir valor de uso e está também relacionado à apropriação do natural para satisfazer as necessidades humanas, como algo comum na relação entre o homem e a natureza.

Contudo, quando Marx (2008) trata sobre o processo de trabalho, ele o faz de uma maneira global, que se adéqua bem a qualquer tipo de trabalho, seja ele o fabril, o agrícola, o comercial, pois na sua abordagem, refere-se à relação entre os elementos que ele define como constituintes do processo-trabalho sendo eles o objeto de trabalho, os meios de trabalho e o próprio trabalho.

Como seu objetivo era tecer críticas ao modo de produção capitalista, o processo de trabalho subsume-se ao capital e o capitalista está nele como dirigente,

---

<sup>16</sup> **Trabalho** – Na perspectiva de Marx (2008, p.303) é toda a ação humana que é capaz de gerar um produto. Assim, o trabalho é “uma condição de existência do homem, independentemente de todas as formas de sociedade, eterna necessidade natural de mediação do metabolismo entre homem e natureza e, portanto, da vida humana.”

condutor, conformando um processo de exploração do trabalho alheio, o que é denominado de subsunção formal do trabalho ao capital cujo objetivo final é a mais valia.

Entretanto, quando se trata de trabalho em saúde em que finalidade é a ação terapêutica de saúde ao invés da mais valia, o objeto são indivíduos ou grupos ao invés de máquinas e não há um produto final que seja material, palpável, mas a prevenção, promoção da saúde ou mesmo a cura; há de se romper às barreiras da perspectiva Marxista, pois como afirma Merhy (2002, p. 48),

O trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato permanentemente. [...] além disso, atua distintamente de outros processos produtivos nos quais o trabalho vivo em ato pode e deve ser enquadrado e capturado globalmente pelo trabalho morto e pelo modo de produção.

O trabalho em saúde para Rodrigues e Araújo (2009), é um serviço que não se realiza sobre coisas ou sobre objetos, como acontece na indústria. Dá-se, ao contrário, sobre pessoas, e, mais ainda, com base numa intercessão partilhada entre o usuário e o profissional, na qual o primeiro contribui para o processo de trabalho, ou seja, é parte desse processo.

Ao discutir trabalho em saúde, Mendes-Gonçalves (1994) coloca a saúde como algo a ser transformado, constituindo assim o objeto de trabalho, sendo esta transformação realizada de forma racional e planejada, vindo a gerar um produto, por meio da utilização de instrumentos e força de trabalho. O produto, por sua vez, vai chegar até à sociedade de uma forma desigual, já que se trata de uma sociedade capitalista.

Daí, se origina o grande conflito da saúde, entre as exigências do modo de produção capitalista, das quais não se eximem o trabalho em saúde, assim como qualquer outro tipo de trabalho que se desenvolva dentro da sociedade organizada sobre o modo de produção, e a essência desse tipo de trabalho, que perpassa pelo campo das tecnologias leves<sup>17</sup>, e que dependem dela para existir, mesmo quando não há uma materialidade dura.

Assim, o trabalho em saúde diferencia-se do processo de trabalho industrial, por exemplo, por se conformar no interior das relações entre o trabalhador

---

<sup>17</sup> Referimos ao conceito de tecnologias da saúde sistematizado por Merhy (2002, p.49) que podem ser classificadas como: leves (as relações do tipo produção de vínculo, acolhimento, autonomização); leves-duras (saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde como epidemiologia, obstetrícia); e duras (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais).

(profissional de saúde) e usuário-consumidor, com o objetivo de defender a vida, a partir das ações de promoção e recuperação da saúde e prevenção das doenças. Portanto, o trabalho em saúde, segundo Merhy e Franco (2003a, p.5),

não pode ser globalmente capturado pela lógica do **trabalho** morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias são, basicamente, de relações, de encontro de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção.

Mas há, ainda na saúde, quem resista em sobrepor as tecnologias duras e leve-duras em detrimento das tecnologias leves no desenvolvimento do seu processo de trabalho, pois há práticas que já trazem dentro de si, “uma natureza de subordinação, triunfando o trabalho morto sobre o vivo” (COELHO, 2002, p.123).

Todavia, tal situação não se dirige apenas àquelas profissões não graduadas como se pode pensar, pois na própria medicina tem-se presenciado, a cada dia, uma fragmentação das ações, com cada vez mais sub-especializações, que distanciam o profissional da totalidade do sujeito, aproximando-se da perspectiva taylorista. A própria Enfermagem, segundo Reis e David (2010), ao se apegar a normas e rotinas, e a ações burocráticas, assumindo uma postura prescritiva, ao realizar um controle rigoroso do tempo, e ao separar os que planejam dos que executam as ações, também denuncia sua influência taylorista.

Entretanto, na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS), e na consolidação de seus princípios e diretrizes, há uma necessidade/convite para reorientação dessas práticas que ainda se mantêm sob a lógica da fragmentação. O SUS, como resultado de uma construção histórica deflagrada pela Reforma Sanitária Brasileira, na década de 1980, que resultou na promulgação do capítulo da saúde na Constituição Federal de 1988, e nas Leis Orgânicas da Saúde – LOS (BRASIL, 2011), tem suas bases nos princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade; e em diretrizes como hierarquização, descentralização e participação social.

Dentro deste paradigma proposto pelo SUS, há um convite para uma reestruturação produtiva no setor de saúde e uma reorganização do trabalho, não cabendo mais ações exclusivamente voltadas ao controle ou cura de doenças a fim de restabelecer a classe trabalhadora. Com isso, “o processo de trabalho nos serviços de saúde é revisto, agora na perspectiva do trabalho coletivo, composto por

áreas técnicas específicas, onde vários saberes se integram e se complementam” (REIS; DAVID, 2010, p.119).

O Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994, teve como objetivo contribuir para esta reorientação produtiva na saúde, sobretudo pelo seu conteúdo estratégico e caráter ideológico, pois propõe transformações que refletem na forma de operar os serviços de saúde e, por conseguinte, no desenvolvimento do processo de trabalho dos atores sociais envolvidos nas suas ações, mas que na nossa compreensão ainda precisa avançar para, realmente, atender à proposta do Sistema Único de Saúde.

Diante desta premissa, o trabalho precisa deixar de ser estático, ao adentrar nas comunidades, para que possa garantir acesso e resolubilidade, e a equipe deverá tentar estabelecer vínculo e uma relação de coresponsabilização com os membros da sua comunidade. De acordo com Merhy (1995), o modo de operar os serviços de saúde é definido como um processo de produção do cuidado e é fundamentado numa relação interpessoal entre usuários (individual/coletivo) e trabalhadores de saúde, que dependem do estabelecimento de vínculo entre os envolvidos para a eficácia do ato. Deve constituir, portanto, num processo pedagógico de pensar e fazer saúde de natureza dialógica e articulada entre si.

Destarte, sob a ótica da reestruturação produtiva proposta pelo SUS, o objeto de trabalho no campo da saúde não há como ser a cura somente, como é no modelo medicocurativista, havendo o estabelecimento da produção do cuidado como principal meio de atingir a saúde dos indivíduos. Os trabalhadores de saúde<sup>18</sup> e usuários<sup>19</sup> deverão integrar-se de forma copartícipe no seu processo de recuperação da saúde, no qual é cobrada deste usuário uma participação ativa, consciente e deliberativa, não só no fornecimento de dados sobre sua história clínica e queixas (PIRES, 2000).

O processo de trabalho incorporado pela ideologia do PSF e em consonância com a Saúde Coletiva, inclui outros elementos que não estão presentes no modelo medicocurativista e que fazem parte de uma compreensão ampliada desse processo de trabalho, característica do campo da Saúde Coletiva como, por exemplo, uma concepção ampliada da saúde, um objeto de trabalho voltado à

---

<sup>18</sup> **Trabalhadores de saúde:** todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviço de saúde no interior dos estabelecimentos de saúde podendo deter ou não a formação específica para desempenho de função no setor saúde (PAIM, 1994)

<sup>19</sup> **Usuários:** os sujeitos que buscam nos serviços de saúde a atenção às suas necessidades de saúde.

integralidade e para a coletividade, com ações que ultrapassam o ambiente hospitalar e que se pautam no trabalho integrado da equipe de saúde com finalidades que vão além do curativismo. Contudo, os elementos do processo de trabalho que são característicos do modelo clínico de atenção à saúde não são desconsiderados, ao contrário, são utilizados de forma aliada a outros necessários para uma ação voltada para a coletividade (BASTOS; NASCIMENTO, 2006).

O processo de trabalho é constituído dos seguintes elementos: objeto de trabalho, finalidade, instrumentos de trabalho (meios de trabalho). No processo de trabalho em saúde, é necessária a inclusão de outros elementos que fazem parte da dinâmica do trabalho neste setor como o espaço de intervenção, a concepção de saúde e os Agentes do Trabalho. No quadro 1, é estabelecido um comparativo desses elementos do processo de trabalho em dois modelos tecnicoassistenciais em saúde – modelo clínico/curativista e a Saúde Coletiva:

**Quadro 1** O processo de trabalho de Enfermagem frente aos modelos técnico-assistenciais de saúde: Modelos Clínico X Saúde Coletiva

Modelos Dimensões	Clínico	Saúde Coletiva
<b>Concepção de Saúde</b>	Fenômeno individual centrado no corpo do doente	Incorpora os determinantes sociais, epidemiologia, coletivismo amplo, redefinição da clínica (incorporando a singularidade do indivíduo), planejamento e políticas articuladas.
<b>Espaço de Intervenção</b>	<b>Hospital</b> (lógica da subordinação à clínica = saber médico)	<b>Rede Básica de Saúde</b> (lógica da promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos = saberes e práticas coletivas: epidemiologia, intersectorialidade, clínica ampliada, interdisciplinaridade)
<b>Objeto de trabalho</b>	<b>Cuidar</b> para atender a cura dos corpos individuais (subordinado ao trabalho médico)	<b>Cuidar</b> enquanto parte de um trabalho coletivo (cuidado integral à saúde)
<b>Finalidade</b>	<b>Cuidar</b> do corpo individual para favorecer a cura e atender a necessidades individuais	<b>Atender</b> às necessidades sociais enquanto fenômeno coletivo, sendo as necessidades individuais parte das sociais
<b>Instrumentos de trabalho</b>	<p><b>Coordenação da assistência</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planejamento</li> <li>- Supervisão</li> <li>- Avaliação</li> <li>- Normas e rotinas</li> <li>- Métodos de administração e outros</li> </ul> <p><b>Metodologia da assistência</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procedimentos técnicos</li> <li>- Interação entre equipe/paciente</li> </ul>	<p>Além dos instrumentos de trabalho do modelo clínico, acrescentam-se</p> <p><b>ações de cunho coletivo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestão democrática/coletiva</li> <li>- Planejamento estratégico: organização de acervos bibliográficos e o desenvolvimento de processos de gestão da informação documental em saúde</li> <li>- Educação popular em saúde: adequada escuta à gestão do SUS</li> <li>- Controle/Participação social</li> <li>- Levantamento perfil epidemiológico, meio ambiente..</li> <li>- Redefinição da clínica (vínculo, acolhimento, autonomia, responsabilização, resolubilidade)</li> </ul>
<b>Agentes</b>	<b>Ação centralizada no trabalho médico:</b> (diagnóstico/terapêutica) a enfermeira atua complementando o trabalho do médico	<b>Ações centradas no trabalho coletivo,</b> envolvendo a transdisciplinaridade/intersectorialidade, sendo o profissional de enfermagem um trabalhador de Saúde Coletiva

NASCIMENTO, M.A.A.; ASSIS, M.A.A. **Estudo elaborado sobre o processo de trabalho em Saúde Coletiva na rede básica de saúde.** Feira de Santana: UEFS, 2003(digitado).

Nos modelos tecnicoassistenciais apresentados no quadro 1, é visível que muitas mudanças devem ocorrer no sentido de transformá-los na direcionalidade dos princípios e diretrizes do SUS concernentes ao espaço da micropolítica do trabalho vivo em ato, pois a principal mudança deverá ser no “núcleo do cuidado”, no sentido de resgatar as tecnologias leves - relações de vínculo, responsabilização e acolhimento, enquanto instrumentos do trabalho, não permitindo a supremacia do trabalho morto sobre o trabalho vivo em ato. Além disso, a mudança de modelo para acompanhar o processo de trabalho sob a perspectiva do SUS e da Saúde Coletiva deve se centrar nas necessidades dos usuários e não no modelo médico-centrado.

Portanto, entendemos que a materialidade dura não deve ser condição essencial para a realização do trabalho em saúde, vez que acolhimento, vínculo, responsabilização e mesmo a educação em saúde podem se estabelecer em qualquer ambiente e situação sem requererem, necessariamente, a presença de instrumentos palpáveis.

Tais mudanças só serão possíveis diante da transformação no modo de conceituar o processo saúde/doença. Sob a perspectiva negativa de saúde como ausência de doença, as ações de saúde só podem se pautar na cura como finalidade. Contudo, na reestruturação produtiva proposta pelo SUS, há de se conceber a saúde, focada nos seus determinantes sociais, culturais, econômicos e psíquicos além do biológico, com a finalidade de não só a recuperação do corpo biológico doente mas a atenção às necessidades sociais, enquanto fenômeno coletivo.

Dessa maneira, ao buscarmos uma reorientação do modelo assistencial em saúde - do médico centrado para o usuário centrado- é fundamental também a transformação do processo de trabalho em saúde, que deve deixar de ser centrado na cura apenas e voltar-se sobretudo à produção do cuidado, tornando o sujeito parceiro desse processo, orientado pelos princípios da integralidade e com a incorporação de ferramentas como o trabalho em equipe, a humanização dos serviços e a criação de vínculos entre usuário e a equipe de saúde.

Todavia, pensamos o modelo de atenção à saúde sob a ótica da Saúde Indígena frente às suas especificidades etnicoculturais. Daí, essas considerações ganham maior relevância, vez que não há como se trabalhar com o indígena sem conhecer seus saberes e práticas em saúde inerentes e sem valorizar o contexto em que se dá o seu processo saúde/doença. Portanto, dentro do contexto da Saúde

Indígena, não há espaço para tecnicismo e biologicismo isolados, e essa perspectiva é defendida pela *Política Nacional de Saúde Indígena* (BRASIL, 2002a), apesar de que, no que concerne ao trabalho do Agente Indígena, há ainda que se avançar para aproximar-se ainda mais desses princípios discutidos no item a seguir.

### **2.3. O agente indígena de saúde na equipe multidisciplinar de saúde indígena**

A origem do agente de saúde no contexto mundial emana de um movimento global que teve início há mais de três décadas no Congresso Mundial de Alma-Ata, em 1978, de onde brotaram as primeiras discussões a respeito do “acesso universal aos cuidados primários<sup>20</sup> de saúde integral, ou seja, a promoção, prevenção, cura e reabilitação, e o reconhecimento e colaboração entre os representantes das práticas tradicionais e os da biomedicina” (LAGDON et al., 2006a, p.26).

No Brasil, mais de uma década depois, em 1992, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), esse agente denominado Agente Comunitário de Saúde (ACS) possibilitou a descentralização das ações preventivas, em busca de um cuidado integral à saúde. De acordo com o Ministério da Saúde, a profissão dos ACS caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde e sob supervisão do gestor local (BRASIL, 2002a).

No contexto da saúde indígena, em que há uma grande dificuldade de acesso aos bens básicos como a saúde e a educação, o trabalho de tais agentes é essencial. Por isso, no sentido de minimizar tais desafios e com o advento do PSF é que, no meado da década de 1990, “foi implantado um modelo de Atenção Básica, tendo como protagonistas os próprios índios enquanto agentes indígenas de saúde (AIS), visando contribuir na resolução dos problemas de suas comunidades, inspirado no PACS e no PSF do Sistema Único de Saúde (SUS)” (LANGDON et al; 2006a, p.28)

Mas, historicamente, a participação do AIS na Atenção Básica à saúde dos povos indígenas tem se caracterizado de forma pontual e fragmentada, o que é reforçado por Erthal (2003), ao afirmar que, no início dos anos 1990 eram

---

<sup>20</sup> **Cuidados Primários/ Atenção Básica de Saúde:** neste estudo, optamos por utilizar a sinonímia brasileira Atenção Básica de Saúde.

executadas apenas ações de combate e controle da cólera na região amazônica, apesar da importância dessa atuação para o controle dos surtos epidêmicos.

Quanto ao seu processo de formação, a iniciativa de capacitação desse 'novo' agente de saúde partiu de um movimento pioneiro oriundo do Alto Solimões, entre os índios Tikúna, no final da década de 1980, com o objetivo de desenvolver e formar AIS. É importante destacar que essa iniciativa foi dos próprios índios Tikuna em parceria com a Universidade Federal do Rio de Janeiro e a Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ (ERTHAL, 2003).

A partir de 1991, quando a Fundação Nacional da Saúde (FUNASA) passou a assumir a Saúde Indígena, os cursos de capacitação dos AIS passaram a concentrar-se, especificamente, sobre a questão da cólera, com o intuito de impedir um surto da doença no Brasil, uma vez que chegou ao território nacional através da região do Alto Solimões (ERTHAL, 2003).

Em 1993, foi realizada a *II Conferência Nacional para Povos Indígenas*, e alguns avanços já puderam ser vistos no tocante ao processo de formação do AIS, pois em seu Relatório Final traz definições sobre o processo formativo dos AIS, que vêm a ser ampliadas e consolidadas no documento 8 *Formação de AIS - Propostas e Diretrizes* (BRASIL, 1996). Apesar de sete anos antes ter ocorrido *I Conferência Nacional para os Povos indígenas* em novembro de 1986 com propostas voltadas à saúde desses povos, a questão do AIS não fez parte das discussões.

Assim, diante das propostas e diretrizes defendidas nesse relatório, são formulados critérios de seleção dos AIS como a exigência de ser alfabetizado, ser maior de 18 anos, residir na aldeia de atuação, não ter outro vínculo empregatício, ter um bom relacionamento com a comunidade e manifestar interesse, aptidão e responsabilidade para o trabalho em saúde. O Relatório recomenda ainda que a formação do AIS deverá ser um processo de complexidade crescente, com capacitação e supervisão permanentes, realizado nas comunidades e que contemple as abordagens das medicinas tradicionais, ocidental e outras formas de tratamento (BRASIL, 1996).

Todavia, questionamos como se processou essa formação diante a outra realidade e visão de mundo de mundo diferentes, sem despertar a identidade cultural desse povo, com crenças, valores e saberes e práticas do processo de saúde-doença tão diferentes do saber acadêmico?

Dessa forma, foi a partir dessas Conferências (a primeira em 1986 e a segunda em 1993) que foram construídas as bases teóricas que norteariam a proposta de um Modelo de Atenção Diferenciada à Saúde<sup>21</sup>, que anunciava o Agente Indígena de Saúde/AIS como um ator fundamental e estratégico para possibilitar um elo num contexto em que atuam e coexistem, pelo menos, dois saberes sobre saúde, doença e tratamento (o biomédico e o indígena) (BRASIL, 1996). Para tanto, reforçava que o AIS devia ser autóctone, “*alguém de dentro* de uma sociedade com saberes e práticas diferenciadas, permitindo em suas funções, por ser um conhecedor ainda que não um especialista, desenvolver práticas semelhantes a de um tradutor” (DIAS-SCOPEL, 2005, p.15).

A representação do AIS como ‘tradutor’ é por nós entendida, por um lado, na perspectiva dos saberes e práticas inerentes à cultura indígena, utilizadas no processo saúde/doença de sua população e, de outro, dos saberes e práticas biomédicas. Na realidade, é preciso que haja um reconhecimento da equipe de saúde diante desses saberes e da posição de ambigüidade em que se encontra o AIS, mediante o seu saber tradicional e os saberes da medicina científica adquiridos. Nesse contexto, o que nos intriga é a seguinte questão: Como traduzir concretamente uma prática de saúde com conhecimentos diferentes e/ou divergentes, sem desvalorizar os saberes indígenas ou acadêmicos sobre o processo saúde/ doença?

Nesse sentido, o Ministério da Saúde elaborou uma proposta de capacitação para os AIS no sentido de fornecer os instrumentos e informações básicas para articular os saberes, técnicas e práticas (biomédico e indígena) em suas atividades desenvolvidas dentro da Equipe Multidisciplinar de Saúde e no interior da área indígena (BRASIL, 1996).

Com a implantação da *Política Nacional de Saúde Indígena* (BRASIL, 2002a), e a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) em 1999, a proposta de um Modelo de Atenção Diferenciada à Saúde das Populações Indígenas foi reforçada. Nesse modelo, são recomendadas diretrizes que defendem o direito aos saberes e práticas tradicionais indígenas, sobre seu processo saúde/doença, com uma articulação aos saberes e práticas desenvolvidos pela biomedicina. Por conseguinte, o processo de formação e capacitação dos AIS e dos

---

<sup>21</sup> **Modelo de atenção diferenciada** – de acordo com este modelo, as ações de saúde devem ser socioculturalmente adaptadas, levando em consideração as particularidades culturais, epidemiológicas e logísticas para as comunidades indígenas (SILVEIRA, 2011).

demais membros da EMSI deverá perpassar por conteúdos que articulem ambos os saberes, técnicas e práticas (biomédico e indígena).

Desta forma, caberia ao AIS realizar a articulação entre saberes e práticas tradicionais na promoção dos cuidados à saúde dos povos indígenas, com os saberes e práticas da medicina ocidental. Por conta disto, a formação do AIS deve abranger conhecimentos técnico-clínicos biomédicos, resgate e valorização dos conhecimentos médicos tradicionais, bem como, informações sobre a política e a forma de organização do sistema de saúde indígena e do SUS, vez que prevê-se, também, a atuação dos indígenas na gestão, promoção, execução e avaliação dos serviços prestados na área indígena conforme a proposta do Modelo de Atenção Diferenciado à Saúde dos Povos Indígenas (BRASIL, 1996; 1999; 2002a).

Ainda em 1999, é lançada a proposta de implantação do *Programa de Agentes Indígenas de Saúde*, cujos objetivos são normatizar as atividades desenvolvidas pelos AIS, com respeito às suas especificidades culturais, e delinear os conteúdos e metodologias a serem trabalhados em cursos de formação e capacitação dos AIS sem muito distanciamento do que já estava preconizado em 1996. De acordo com esse documento,

o agente indígena de saúde deve ser capacitado para prestar assistência à saúde a todos os membros de sua comunidade [...] devendo desenvolver prioritariamente ações de vigilância em saúde, prevenção e controle das doenças por meio de visitas domiciliares, atividades educativas individuais, familiares e coletivas e ações de assistência primária à saúde, sob supervisão e acompanhamento de profissionais de saúde capacitados para exercerem essa função (instrutores-supervisores), lotados nas equipes de saúde dos distritos sanitários (BRASIL, 1999, p.7).

Como podemos ver, a partir da explicitação das ações, há uma necessidade de esforços interinstitucionais em promover o reconhecimento do AIS como categoria profissional, reforçado por um documento oficial do Ministério da Educação, através do Conselho Nacional de Educação, dos cursos oferecidos e realizados pelos AIS. Além disto, o documento também explicita as competências e habilidades a serem desenvolvidas nos cursos de capacitação e no processo de trabalho dos AIS.

Ressaltamos, ainda, que o reconhecimento de tais competências e habilidades a serem desenvolvidas pelos AIS, de acordo com Dias-Scopel (2005, p. 70)

[...] tem suscitado reflexões acadêmicas sobre o papel potencial destes. Como, por exemplo, o de configurar uma nova liderança dentro das comunidades indígenas, caracterizada, por um lado, pela divulgação, resgate e valorização dos sistemas médicos indígenas tradicionais e, por outro, pela capacidade de articular tais saberes e práticas com os saberes e práticas da biomedicina.

Até 1999, no Brasil, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a), já havia, pelo menos, 1.400 agentes indígenas atuando nas aldeias, de forma voluntária, sem quaisquer recurso financeiro e acompanhamento como 'profissionais'. Apesar disto, em regiões como a Amazônia, em que há uma dificuldade de acesso, os agentes representaram, por muito tempo, a única possibilidade existente no combate às doenças.

Em 2001, é realizada a *III Conferência Nacional de Saúde Indígena* (BRASIL, 2010), e o AIS, mais uma vez, é foco de discussão. E, como resultado de tais discussões, é elaborado um capítulo em seu Relatório Final com o título *Agente Indígena de Saúde: formação, reconhecimento e inserção social* e, dentre as suas propostas, destacamos algumas delas, a seguir:

- oferta de educação básica associada ao processo de formação dos AIS;
- capacitação diferenciada e contínua, utilizando metodologia problematizadora, considerando as especificidades de cada povo;
- estabelecimento de estratégias pedagógicas diferenciadas para os Agentes Indígenas que tenham pouco domínio da língua portuguesa;
- garantia da contratação dos Agentes Indígenas de Saúde pela Consolidação das Leis Trabalhistas;
- garantia de participação de representantes indígenas nos fóruns de debates sobre formação e atuação dos Agentes Indígenas de Saúde;

A importância desse relatório, enquanto instrumento legal que faz referência à implantação do cargo de AIS, o torna mais relevante para servir como base legal para estruturação da *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI)* em 2002, aprovada pela Portaria nº 254, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b).

Segundo Dias-Scopel (2005, p.72-3), tal documento procura avançar nos obstáculos e impasses, tanto na implantação dos DSEI, quanto na inserção do AIS, na promoção e avaliação dos serviços de saúde dirigidos aos povos indígenas. Para

isso, prioriza a realização de cursos de formação e capacitação que estimulem os indígenas a se “emponderarem de sua função de agente de saúde e exercerem seu papel de articulador político, tanto entre sistemas médicos diferenciados como entre as demandas, necessidades e dificuldades encontradas no transcorrer das ações cotidianas no sistema de saúde”.

Nas diretrizes dessa Política, o trabalho do AIS deve envolver a sua participação no planejamento e implantação das atividades de saúde (organização, fluxo e contatos da unidade local), o mapeamento da área de abrangência para a identificação de situações de risco e o cadastramento e orientação das famílias sobre a promoção de saúde e o tratamento das doenças. Diante dessa realidade, cabe aos AIS a realização de visitas domiciliares, o acompanhamento nos exames e consultas, o auxílio na administração de medicamentos e em procedimentos curativos, quando necessário. Assim, a PNASPI (BRASIL, 2002b, s/p) torna-se

[...] uma estratégia que visa favorecer a apropriação pelos Indígenas de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não.

A proposta dessa política visa garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, que deve contemplar a sua diversidade sociocultural, geográfica, histórica e política na superação dos determinantes que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura (BRASIL, 2002a). Para tanto, a fim de alcançar tais propósitos, são aqui explicitadas as diretrizes:

- monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;
- preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural;
- articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;
- promoção do uso adequado e racional de medicamentos;
- promoção de ações específicas em situações especiais;
- promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;
- promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena;
- controle social.

Com a organização do serviço de saúde nas comunidades, foram implantados então os polos-base, que passaram a ser a primeira referência dos AIS que atuavam nas aldeias, fornecendo apoio técnico e estrutural, garantindo-lhes insumos para realização de suas atividades.

Todavia, há de se lembrar que a atuação dos AIS sofreu muitas mudanças, com a incorporação de novas ações e com o surgimento do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) em 1991, quando o indígena passou a incorporar as ações pertinentes à profissão, passando a se inserir, também, nas equipes das Unidades de Saúde da Família (LAGDON et al., 2006b).

Em 2005, foi elaborado o documento *Referencial para a formação de agentes comunitários indígenas de saúde* produzido pela Associação Saúde Sem Limites (2005), uma Organização não-governamental que tem como missão atuar junto às comunidades socialmente excluídas. O documento propõe uma matriz das competências, habilidades e desempenhos conforme os quadros 2, 3, 4, 5 e 6 a seguir:

**Quadro 2** Matriz de Competências<sup>22</sup>, Habilidades e de Atividades para a Formação Inicial dos AIS

Competência	Habilidades (Saber Fazer)	Atividades (para a Avaliação de Desempenho)
<b>1 Participar da gestão social das políticas públicas e estimular o exercício do controle social sobre o setor da saúde.</b>	1.1 Argumentar sobre os direitos dos povos indígenas com base na Constituição, direitos humanos, legislação indigenista, Política Nacional de Saúde e Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 1.2 Articular-se com os atores sociais e políticos envolvidos 1.3 Mobilizar a comunidade para o exercício do controle social.	a) Realizar reuniões periódicas com a comunidade para discutir questões referentes à cidadania dos povos indígenas. b) Participar de atividades dos Conselhos de Saúde. c) Expressar-se com fluência sobre o subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas para indivíduos, famílias e comunidade. d) Orientar indivíduos, famílias e comunidade sobre as rotinas e ações de saúde existentes no âmbito do DSEI. e) Utilizar recursos de informação e de comunicação adequados à realidade local.

FONTE: Associação Saúde Sem Limites (2005).

O controle social é um dispositivo importante a ser assumido pelos AIS. Conhecedores dos seus direitos, cabe a esse profissional a articulação política e a

<sup>22</sup> **Competências** baseia-se na visão do trabalho como conjunto de acontecimentos, com forte dose de imprevisibilidade e baixa margem de prescrição, que envolve a capacidade de ação diante dos fatos e não o estoque de saberes, distanciando-se assim do que propõem os estudos clássicos sobre a organização e gestão do trabalho, identificados com o fordismo, o taylorismo ou o fayolismo (BRASIL, 2005).

mobilização social das pessoas da sua comunidade na tentativa de estimular a prática da gestão participativa. Dessa forma, a atuação do AIS, além do plano técnico, deverá ser sobretudo política e deve vir ao encontro dos princípios propostos na *III Conferência Nacional de Saúde Indígena* que defende

o fortalecimento do controle social e a sua abrangência intersetorial sobre as diversas formas de relação que afetam os povos indígenas [...] para a implantação de uma política de atenção integral aos povos indígenas (BRASIL, 2010).

Por conseguinte, defendemos uma participação indígena em todas as etapas do planejamento, implantação e funcionamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Todavia, o AIS deverá estimular essa participação mediante a realização de reuniões em suas comunidades locais sob sua responsabilidade para discutir problemas de saúde que, posteriormente, poderão ser levados às reuniões dos Conselhos Locais e dos Conselhos Municipais de Saúde.

Os Conselhos Locais de Saúde (CLS) serão constituídos pelos representantes das comunidades indígenas, incluindo lideranças tradicionais, professores indígenas, agentes indígenas de saúde, especialistas tradicionais, parteiras e outros segmentos sociais, sendo que estes representantes serão escolhidos pela comunidade, para articulação com gestores locais para encaminhamento das discussões pertinentes às ações e serviços de saúde (BRASIL, 2002a).

No quadro 3, é exposta mais uma competência que deverá ser desenvolvida no processo de formação dos AIS.

**Quadro 3** Matriz de Competências, Habilidades e de Atividades para a Formação Inicial dos AIS

Competência	Habilidades (Saber Fazer)	Atividades (para a Avaliação de Desempenho)
<b>2 Promover a integração entre as equipes de saúde dos DSEI e a população indígena, considerando o contexto intercultural e o processo de trabalho.</b>	2.1 Interagir com a comunidade, equipes de saúde e instituições. 2.2 Mediar as relações interculturais entre os sistemas médicos. 2.3 Trabalhar em equipe considerando as suas atribuições e os aspectos éticos no processo de trabalho.	a) Organizar reuniões periódicas com a comunidade e a equipe de saúde, visando à integração. b) Identificar a importância do acompanhamento da população no desenvolvimento de suas ações. c) Identificar as práticas tradicionais de cura. d) Promover a aproximação das equipes de saúde com os especialistas tradicionais e com suas respectivas práticas tradicionais de cura.

FONTE: Associação Saúde Sem Limites (2005).

Diante desta competência, torna-se necessário que o AIS esteja preparado para realizar uma articulação entre dois tipos de “saberes e práticas” referentes ao processo saúde/doença - os saberes e práticas concernentes à biomedicina e os saberes e práticas tradicionais da cultura indígena- pois assim ele poderá mediar ações e condutas de atenção primária à saúde no contexto intercultural. Para tanto, o AIS, em seu processo de formação, deverá ter o contato com conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, mas não no sentido de substituir os saberes de sua cultura, ao contrário, que eles venham a se somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não (BRASIL, 2002a, p. 15).

A partir de tal competência é que se traduz a atuação do AIS enquanto interlocutor dentro dessa relação assimétrica que existe nas Equipes de Saúde, o que quer dizer que ele deverá se apropriar desses conhecimentos técnico/clínicos da biomedicina e aliá-los aos seus conhecimentos tradicionais no resgate e valorização da sua cultura.

Ao articular os saberes da medicina clínica com os saberes tradicionais, o AIS, como mediador da intercessão desses saberes, deverá ter uma prática política dentro da sua comunidade. Para tanto, ele deverá estar preparado para executar atividades que vão desde ao planejamento das ações dentro do serviço de saúde, até a implementação de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos como demonstrado nos quadros 4 e 5.

**Quadro 4** Matriz de Competências, Habilidades e de Atividades para a Formação Inicial dos AIS

Competência	Habilidades (Saber Fazer)	Atividades (para a Avaliação de Desempenho)
<b>3 Planejar e avaliar as ações e serviços de saúde no âmbito do Polo-Base, em conjunto com as equipes dos DSEIs e com base no processo saúde-doença.</b>	3.1 Identificar, de modo participativo, as necessidades da comunidade relacionadas ao processo saúde-doença. 3.2 Identificar situações e hábitos presentes nas comunidades que interferem nas condições de saúde. 3.3 Relacionar os aspectos ambientais, econômicos, sociais e culturais e dos serviços de saúde com o processo saúde-doença. 3.4 Elaborar, junto às equipes dos DSEIs, o plano de ação e suas estratégias de implementação, de avaliação e de reprogramação. 3.5 Analisar os principais problemas de saúde que afetam a população e propor medidas de intervenção no contexto da interculturalidade.	a) Caracterizar o território e a população. b) Desenvolver ações de Vigilância à Saúde. c) Organizar, interpretar e divulgar para a comunidade informações de saúde. d) Realizar reuniões periódicas com a comunidade para discussão de seus problemas de saúde e propor medidas de intervenção. e) Estimular a participação da população no planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde.

FONTE: Associação Saúde Sem Limites (2005).

**Quadro 5** Matriz de Competências, Habilidades e de Atividades para a Formação Inicial dos AIS.

Competência	Habilidades (Saber Fazer)	Atividades (para a Avaliação de Desempenho)
<b>4 Desenvolver, em equipe, ações de promoção da saúde que resultem na melhoria da qualidade de vida de forma articulada com outros setores.</b>	<p>4.1 Participar de processos de reflexão junto aos indivíduos, famílias e comunidade sobre suas condições de saúde e doença.</p> <p>4.2 Promover trabalhos educativos voltados para a promoção da saúde considerando os fatores de risco e a vulnerabilidade dos grupos populacionais específicos.</p> <p>4.3 Mobilizar a comunidade, com o respaldo das lideranças indígenas, em torno das demandas e necessidades de saúde.</p> <p>4.4 Relacionar os aspectos ambientais, econômicos, sociais, e dos serviços de saúde com a qualidade de vida.</p> <p>4.5 Buscar parcerias intersetoriais que contribuam para a melhoria da qualidade de vida da população.</p>	<p>a) Orientar indivíduos quanto ao autocuidado.</p> <p>b) Orientar a população quanto às medidas de proteção à saúde (alimentação, higiene, meio ambiente e saneamento).</p> <p>c) Realizar atividades educativas com a população.</p> <p>d) Realizar ações de promoção à saúde, voltadas para indivíduos, famílias e comunidade, utilizando as estruturas e os recursos disponíveis.</p> <p>e) Estimular hábitos e práticas culturais potencialmente promotores de saúde.</p> <p>f) Propor e implementar ações intersetoriais.</p> <p>g) Estimular e participar de ações coletivas que contribuam para a melhoria das condições de vida e saúde da população.</p> <p>h) Estimular o envolvimento e a participação da população nas discussões e encaminhamentos referentes à sua saúde.</p> <p>i) Utilizar recursos de informação e comunicação adequados à realidade local.</p>

FONTE: Associação Saúde Sem Limites (2005).

Como são conhecedores da realidade local, e das suas especificidades, os AIS constituem uma fonte rica de informações que podem embasar o processo de planejamento em saúde local, trazendo como pauta das reuniões de equipe os problemas e as necessidades de saúde da sua população. Além disso, cabe ao AIS dar o retorno à comunidade sobre como a equipe tem se portado diante de seus problemas e o que tem sido feito no intuito de dar a eles a resolubilidade necessária.

Congruentes com os princípios do SUS e da Reforma Sanitária, a promoção à saúde faz parte da gama de atividades que são atribuídas ao AIS e, para isto, este profissional deverá se adequar à realidade local, dentro das limitações de recursos e espaço físico. Todavia, é necessário o embasamento nos conhecimentos clínicos adquiridos para promover o autocuidado e orientar a comunidade sobre medidas de higiene e saneamento básico, para que a ela assuma, de forma consciente, ações

próprias da sua cultura consideradas saudáveis, transformando os hábitos não-saudáveis.

Entretanto, sabemos que, apesar da importância de uma interlocução de saberes (biomédico e tradicional) nas ações de promoção da saúde, poderá o profissional de saúde entrar num terreno de valores morais e socioculturais diferentemente arranjados, valorizados, pensados e vividos e, por vezes, no terreno do tabu, sobretudo em se tratando da questão de higiene (DIAS-SCOPEL, 2005, p.64).

Da mesma maneira, nas ações descritas no quadro 6 o AIS necessita dos dois saberes. Contudo, observamos que, nesta atividade, a prevenção dos agravos à saúde e o monitoramento das doenças e situações de risco, há uma exigência maior de conhecimentos da biomedicina, caracterizando-se como uma requisito de maior complexidade. Além disso, o número de atividades e habilidades exigidas podem ser, sem dúvida, um determinante que venha a comprometer a proposta.

**Quadro 6** Matriz de Competências, Habilidades e de Atividades para a Formação Inicial dos AIS

Competência	Habilidades (Saber Fazer)	Atividades (para a Avaliação de Desempenho)
<b>5 Empreender ações de prevenção e monitoramento dirigidas a grupos específicos, doenças prevalentes e situações de risco ambiental e sanitário conforme o plano de ação da equipe.</b>	<p>5.1 Identificar fatores de risco e vulnerabilidade de segmentos populacionais específicos a fim de implementar ações dirigidas a prevenção e controle de enfermidades.</p> <p>5.2 Identificar condições ambientais e sanitárias que constituam risco para a saúde a fim de implementar medidas de redução de risco ou prevenção.</p> <p>5.3 Reconhecer sinais indicativos de problemas de saúde e encaminhar as demandas de atendimento, de acordo com protocolos de saúde pública.</p> <p>5.4 Acompanhar a situação de saúde da população e realizar ações básicas de saúde com ênfase na prevenção e no controle das doenças prevalentes, considerando também as práticas tradicionais.</p> <p>5.5 Compreender os principais mecanismos de agressão e de defesa do corpo humano às doenças relacionados à ação dos agentes patogênicos aos aspectos biológicos.</p> <p>5.6 Alimentar o sistema de informação em saúde mediante a realização contínua de registros de saúde.</p>	<p>a) Realizar ações que possibilitem a discussão e a apropriação do conhecimento pela população das informações de saúde.</p> <p>b) Orientar indivíduos, famílias e comunidade quanto a medidas de prevenção e de redução de riscos ambientais e sanitários.</p> <p>c) Realizar ações de Vigilância Ambiental e de saneamento básico.</p> <p>d) Estimular situações e hábitos presentes nas comunidades que potencialmente previnam as enfermidades.</p> <p>e) Identificar sinais das doenças prevalentes na população.</p> <p>f) Encaminhar ao serviço de saúde as demandas de atendimento, conforme estabelecido pela equipe.</p> <p>g) Orientar indivíduos e famílias na identificação de sinais de problemas de saúde.</p> <p>h) Orientar e acompanhar indivíduos e famílias sobre as medidas de prevenção e controle das doenças prevalentes.</p> <p>i) Apoiar e realizar ações de prevenção dirigidas a grupos populacionais específicos.</p> <p>j) Realizar ações de Vigilância Epidemiológica.</p> <p>k) Registrar as atividades de saúde desenvolvidas conforme estabelecido pela equipe.</p> <p>l) Identificar práticas culturais que possam implicar em riscos para a saúde</p>

FONTE: Associação Saúde Sem Limites (2005)

Consideramos que as competências estabelecidas para os AIS pela *Associação Saúde Sem Limites* estão muito distanciadas da realidade dos indígenas do Brasil, pois encontramos altos índices de analfabetismo e baixa escolaridade desses agentes, o que nos leva a crer na verticalização da proposta sem a participação dos agentes como sujeitos na construção das ações numa perspectiva coletiva. Do contrário, é sensível um conjunto de atos prescritivos de condutas descontextualizadas, dessincronizadas com o grau de formação e cognição dos AIS, aproximando-se de uma concepção bancária de educação, em que os conteúdos são 'retalhos' da realidade desconectados da totalidade em que se engendram. Por conseguinte, nesta proposta comungamos com Freire (1970) que a palavra se esvazia da dimensão concreta que deveria ter e se transforma em palavra oca, em verbosidade alienada e alienante.

No conjunto de atos prescritivos aqui apresentados, fica implícita a falta de diálogo com os principais sujeitos deste processo – os AIS, sobretudo pela sua linguagem essencialmente técnica, o que nos leva a crer que o foco dessa proposta é exclusividade do educador em uma relação de dominação com os demais sujeitos. Desta forma, sob a perspectiva alienante da proposta bancária de educação há um comprometimento do emponderamento necessário ao agir comunicativo de uma prática que deve essencialmente se pautar em tecnologias relacionais e que não pode, portanto, se engessar em atos prescritivos e anular a sua potencialidade criadora e reflexiva.

A proposta da Associação Saúde Sem Limites (2005) utilizada como base para o processo formativo dos AIS, inicialmente, é caracterizada como autoritária e imposta. Contudo, atualmente, reconhecemos a existência de propostas de ensino aprendizagem mais libertadoras, a exemplo da metodologia da construção coletiva da rede explicativa do problema, em que são levantados problemas reais da área de abrangência dos grupos participantes, e todos os saberes sobre o problema passam a ser compartilhados dentro do grupo. Por que é um problema? Por que ele acontece nesta área? E, desta forma, todos os determinantes do problema são levantados pelo grupo e todos podem se ver envolvidos na tal rede (OLIVEIRA; RECH, 2011). Nessa proposição podemos visualizar uma horizontalidade na relação educador-educando, pois o problema emerge dos próprios educandos o que já faz com que ele se identifique como parte daquele processo e não como alheio ou alienado a tudo.

A partir do PNACS e da criação da *Política Nacional de Saúde Indígena*, é então definido o perfil ocupacional dos AIS na ABS, com base nas atribuições apontadas por NOVO (2010, p. 141):

- 1) Cadastrar os membros de cada família em sua microárea de atuação;
- 2) Realizar de visitas domiciliárias;
- 3) Prestar assistência de serviços de saúde à sua comunidade;
- 4) Promover saúde, educação e prevenção, como por exemplo, em saúde bucal, diarreia, desidratação e IRA;
- 5) Realizar ações preventivas e educativas em saúde bucal;
- 6) Assessorar a equipe técnica para a adequação das intervenções de saúde à realidade cultural e na comunicação com a comunidade;
- 7) Identificar os principais problemas que afetam a saúde do seu grupo populacional e encaminhar à equipe de saúde
- 8) Realizar procedimentos semitécnicos correlacionando sinais e sintomas para abordagem sindrômica;
- 9) Realizar ações básicas de saúde individual, familiar e coletiva, com ênfase na prevenção e controle das enfermidades transmissíveis e no controle do meio ambiente;
- 10) Localizar ambientes/área que ofereçam riscos à saúde da sua comunidade e planejar a sua intervenção;
- 11) Organizar o trabalho, com base nas demandas da comunidade e na programação do distrito sanitário de sua região;
- 12) Realizar ações de comunicação, buscando o apoio das lideranças e a utilização dos meios de comunicação disponíveis para interagir com a equipe e com a sua comunidade;
- 13) Registrar atendimentos diários e os procedimentos realizados;
- 14) Entregar os relatórios mensais ao coordenador da equipe de saúde;
- 15) Registrar óbitos, gestantes e nascimento;
- 16) Auxiliar as pessoas da comunidade na medicação oral;
- 17) Realizar atendimento, acompanhamento e controle das doenças e encaminhamento a equipe de saúde, se necessário;

- 18) Realizar procedimentos de termometria, verificação de peso, administração de soro de reidratação oral e verificação da respiração;
- 19) Organizar a área de trabalho, mantendo a ordem do local de atendimento, as medicações em uso e em estoque e abastecer de água limpa o local de atendimento;
- 20) Realizar trabalho educativo junto à comunidade, utilizando técnicas educativas, convidando as lideranças, envolvendo os professores e utilizando material didático disponível, como cartazes, álbum seriado, fitas de vídeo e outros;
- 21) Coletar informações sobre saúde/doença na comunidade, observando e registrando as doenças mais comuns e as faixas etárias em que elas mais ocorrem;
- 22) Participar da análise das informações coletadas junto à equipe de saúde;
- 23) Orientar o paciente quanto à consulta padronizada;
- 24) Usar protocolos de atendimento.

Apesar da delimitação destas ações, observamos que a incorporação das práticas de saúde indígena foi processada de forma desarticulada, sem levar em consideração as especificidades culturais e as sócio-ambientais da população indígena. As mesmas ações que são destinadas aos ACS, são incorporadas pelos AIS sem nenhuma criticidade. Portanto, no que diz respeito a atuação dos AIS, os DSEI vêm proporcionando sua institucionalização de modo assistemático, descontinuado e descontextualizado, inserindo-os como trabalhadores operacionais de baixa qualificação sem desenvolver uma política efetiva de formação e inserção no processo de trabalho da equipe de saúde.

De acordo com Langdon (2001), cabe-nos chamar a atenção às dificuldades de se fazer uma generalização sobre o ocidente e os povos indígenas, pois abarcam uma pluralidade e diversidade de visões de mundo, valores, ideias, práticas sociais e culturais, pois,

cada povo indígena tem suas próprias concepções, valores e formas próprias de vivenciar a saúde e a doença. As ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde devem considerar esses aspectos, ressaltando os contextos e o impacto da relação de contato interétnico vivida por cada povo (BRASIL, 2002a, p.1).

Mas, ainda assim, acreditamos que é possível fazer um recorte que apresenta certa semelhança que perpassa ambas as sociedades.

## 2.4 Cultura, relações de poder e dominação

A diversidade das culturas humanas é, de fato no presente [...] muito maior e mais rica do que tudo aquilo que delas pudermos chegar a conhecer (LÉVI-STRAUSS, 1989, p. 331).

O termo cultura é constituído de diversas formas de definição, mas tem sua origem na expressão proveniente do latim *colere* que significa cultivar (CALDAS, 1986). Assim, nesta perspectiva, compreendemos cultura como aquilo que cultivamos, aquilo que mantemos e perpassamos, aquilo que fornece a um determinado povo, nação ou indivíduo uma identidade social.

De acordo com Caldas (1986), as comunidades seguem padrões de conduta ou padrões culturais que constituem as normas, regras, leis, convenções e condutas construindo assim o conjunto de valores que o indivíduo deverá respeitar, obedecer e perpetuar para manter o equilíbrio e funcionamento normal da sociedade.

A Cultura, sob a perspectiva do mais conceituado antropólogo Francês-Claude Lévi-Strauss, surgiu no momento em que o homem convencionou a primeira regra, a primeira norma (LARAIA, 2007). Sob o aspecto religioso, o homem adquiriu cultura no momento em que recebeu do criador uma alma imortal, após a evolução orgânica do seu corpo que lhe tornasse digno dessa alma e, conseqüentemente, da cultura.

A cultura é concebida, segundo Laraia (2007), sob três perspectivas. Na primeira delas, a cultura é vista como um sistema adaptativo, ou seja, padrões de comportamentos que são transmitidos para adaptar as comunidades humanas aos seus embasamentos biológicos. Na segunda perspectiva, correspondente às teorias idealistas de cultura, ela pode ser compreendida como um sistema de conhecimentos, ou seja, tudo aquilo que alguém deve conhecer e crer para operar de maneira aceitável numa sociedade, ou como um sistema simbólico de criação acumulativa como defende Lévi-Strauss (1989). A cultura é, portanto, vista como um sistema de símbolos e significados.

Entretanto, definir um conceito de cultura é muito difícil, diante de tantas teorizações existentes. Mas, para este estudo, adotaremos o conceito defendido por Thomas (1995, p.427) que define cultura como um

fenômeno unicamente humano [que se] refere à capacidade que os seres humanos têm de dar significado às suas ações e ao mundo que os rodeia [...] é compartilhada pelos indivíduos de um determinado grupo, não se referindo pois a um fenômeno individual, [constui] um código simbólico – código que possui uma dinâmica e coerência interna.

No caso do indígena, este grupo é conhecido como Etnia, ou seja, formas de organização social em populações, em que os grupos se identificam e identificam seus membros, e para isso são reconhecidos símbolos e significados através dos quais os grupos étnicos se diferenciam dos demais grupos que possam interagir (BARTH, 1970).

Por esta razão, a cultura deve ser vista como algo constantemente reinventado, como um fluxo, muitas vezes contraditória e incoerente, mas dinâmica e em constante transformação e não como algo estático e pronto. De acordo com Barth (1970), devemos abandonar a noção de cultura pura e adotar o conceito de cultura de contraste, que é aquela que não se perde na interação com outros grupos e não se funde de forma simplória à cultura do outro, mas, do contrário, se reinventa.

Assim, por ser dinâmica, a cultura irá sofrer variações em épocas, lugares e grupos distintos, dada à capacidade diferenciada de atribuição de significados distintos a coisas e fenômenos. Não podemos desconsiderar os significados individuais e particulares de significação dos fenômenos e do mundo de cada um. Contudo, o homem, por ser um ser social, é capaz de compartilhar com outros homens as suas visões de mundo, a sua forma de pensar e de agir e esse compartilhamento é que gera a cultura.

A cultura, portanto, se refere à capacidade e necessidade humana de aprender, pois como afirma Geertz (1978, p.58), “não dirigido por padrões culturais – sistemas organizados de símbolos significantes – o comportamento do homem seria virtualmente ingovernável, um simples caos de atos sem sentido e de explosões emocionais”.

Diante de padrões diferenciados de cultura, sobretudo na sociedade brasileira que possui um arcabouço cultural inestimável, com “200 etnias indígenas que falam pelo menos 180 línguas diferenciadas” (THOMAS, 1995, p. 430), o contato interétnicocultural é gerador de um estranhamento natural denominado pelos antropólogos de etnocentrismo. O etnocentrismo consiste em julgar como “certo” ou “errado”, “feio” ou “bonito”, “normal” ou “anormal” os comportamentos e formas de

ver dos outros povos sob a ótica dos seus próprios padrões culturais (THOMAS, 1995).

Da mesma forma, as noções de saúde, doença, normal e patológico, podem variar de cultura a cultura, como aponta Canguilhem (1978), sendo essas noções partes das normas e convenções que definem e determinam uma cultura. Portanto, são socialmente constituídas, e diretamente determinadas pelo mundo de valores e ideologias da sociedade que as gerou e, sobretudo, são politicamente determinadas pela ordem social que detém o poder.

Ao levarmos em conta a questão sobre o poder, vemos que os padrões de conduta que determinam a cultura, historicamente, têm sido utilizados como instrumentos de poder e de dominação, além de constituírem elementos de diferenciação de classes. Gramsci (1988) estudou a questão da dominação cultural pelos intelectuais, tomando como base a escola. Nessa época, a educação apresentava-se dividida de acordo com o nível socioeconômico de cada classe social, criando as diferenças sociais no que diz respeito ao acesso ao conhecimento. Portanto, é através da cultura que o Estado reforça as posições das respectivas classes sociais.

Segundo Caldas (1986), Marx defende a mesma ideia ao reforçar que os indivíduos que constituem a classe dominante possuem, entre outras coisas, uma consciência sobre o que pensam à medida que determinam enquanto classe, e dominam uma época histórica em toda sua extensão. Outrossim, é esperado que esses indivíduos tenham uma posição dominante como seres pensantes, como produtores de ideias, que regulamentam a produção e a distribuição dos pensamentos de sua época.

A dominação social, através do conhecimento, penetra profundamente em todas as sociedades, pois são os próprios intelectuais que as compõem e que estruturam esse sistema de poder, defendendo a ideia de que eles são agentes da “consciência” e do discurso. Por conseguinte, seguindo esse sistema de poder, todas as outras formas de saber produzidas são proibidas, descartadas e desvalorizadas socialmente, apesar de que elas não deixam de ser produzidas, pois as massas reconhecem que são capazes de produzir seu próprio saber sem as influências dos intelectuais (FOUCAULT; DELEUZE, 1992).

O fenômeno de dominação aqui colocado é denominado por Bourdieu (1983) de ‘racismo da inteligência’, que é aquilo que os dominantes visam produzir,

uma "teodiceia de seu próprio privilégio" para justificar a ordem social que eles dominam.

Se o discurso científico é invocado para justificar o racismo da inteligência, não é apenas porque a ciência representa a forma dominante do discurso legítimo; é também e sobretudo porque um poder que se crê fundado na ciência, um poder de tipo tecnocrático, pede naturalmente à ciência para fundar o poder; é porque é a inteligência que legitima o governar quando o governo se pretende fundado na ciência e na competência 'científica' dos governantes [...] A ciência pactua com aquilo que lhe pedem para justificar (BOURDIEU, 1983, P.2),

Assim, como em todos os âmbitos da sociedade, no campo da saúde, percebemos da mesma forma defendida por Gramsci (1988), Marx (2008), Foucault (1992) e Bourdieu (1983), que a cultura é colocada como elemento de poder e dominação. No âmbito da saúde, é expressa concretamente a dominação do saber médico acadêmico sobre os demais saberes das diversas profissões da equipe de saúde. Mas, essa dominação fica ainda mais evidente quando o saber acadêmico se contrapõe ao saber popular.

Isso se dá, de acordo com Caldas (1986), devido a dois aspectos: a tendência natural da sociedade como um todo, de supervalorizar a cultura científica, e ao fato de o saber científico monopolizar a 'verdade' [?]. No entanto, é necessário que, enquanto profissionais de saúde a relativizemos, uma vez que a cultura popular<sup>23</sup> precisa ser considerada, diante dos significados distintos os fenômenos do processo saúde-doença.

Como elementos da sociedade, os sistemas de saúde também são fundamentados por crenças, valores e atitudes que vêm a direcionar as ações em saúde. Por conta disto, um sistema ou serviço de saúde pertencente a uma determinada comunidade não pode ser estudado de forma isolada, sem que sejam considerados aspectos da sua organização social e as representações simbólicas, vez que esse sistema está interligado a tais aspectos e fundamentado nas concepções, valores e visões de mundo da comunidade (NASCIMENTO, 1997, p.12).

Contudo, o que tem se observado, na realidade, é que a abordagem conceitual da saúde se direciona àquela visão hegemônica de interesse do

---

<sup>23</sup> **Popular** – vem do latim *populare*, é tudo aquilo que vem do povo, as coisas que são agradáveis a ele, que contam com a sua simpatia, ainda que parcialmente. Assim, cultura popular pode entender-se como aquela parte da cultura produzida pelo povo para o próprio povo (CALDAS, 1986).

capitalismo ocidental. Ou seja, mesmo admitindo-se a existência de outras formas de se conceituar a saúde, baseadas em outras visões de mundo, o paradigma teórico adota aquela conceituação que esteja sendo determinada pelo complexo médico-industrial, sem consideração por outras formas de pensamento contra-hegemônicas.

As formas de pensamento contra-hegemônicas, para serem aceitas no meio científico de acordo com Oliveira (2004), precisam sofrer modificações através de parâmetros estabelecidos para que haja uma possível legitimação, uma vez que aquilo que não se adequa às normas e aos padrões científicos é descartado, sendo esse processo de normatização dos saberes e práticas tradicionais, considerados danosos, o que poderá gerar um processo social conhecido como genocídio cultural.

Por conseguinte,

para poder ser aceita, a prática deve abdicar dos elementos que constituem sua força terapêutica ou promotora de saúde. As racionalidades dissidentes devem então se ajustar às formas de interpretação hegemônicas, isto é, ser apresentadas de maneira a satisfazer as condições que as caracterizem como 'científicas' (OLIVEIRA, 2004, p.8).

Dessa maneira é que enxergamos o monopólio da 'verdade', que é exercida pela ciência, e como a cultura é subjugada a esse processo de racionalidade científica, de forma a determinar a aceitação ou não dos saberes e conceitos a serem adotados.

Sobre essa dominação, Satriani (1997) afirma que as classes subalternas seriam produtoras de uma cultura original e autônoma em oposição à cultura da classe dominante de onde emergiriam os conflitos de natureza ideológica, entre duas culturas distintas e antagônicas que entrariam em choque: uma, procurando manter a dominação e a outra, tentando resistir a essa dominação.

No que concernem às práticas e aos saberes indígenas, o processo de racionalização do conhecimento é, muitas vezes, inapropriado, pois segundo Oliveira (2004), um saber para ser reconhecido, sobre olhares da ciência positivista, deve ser comprovado e testado através de métodos estatísticos específicos e os saberes indígenas que atuam no campo transcendental, sendo quase impossível reduzir esses saberes a dados quantificáveis, isentos de uma subjetividade.

Logo, medicina tradicional indígena não tem condições de ser determinada pelo paradigma positivista, uma vez que a representação da saúde para esse grupo

passa pelo equilíbrio entre corpo e alma e entre o ser total e a natureza. Os hábitos de cura indígena integram os elementos químicos (plantas, chás), mágicos (benzeduras, rituais xamânicos) e etéreos (estado da alma). Os protagonistas de seus sistemas de saúde – pagés, kuiãs – passam por formação empírica e espiritual (OLIVEIRA, 2004).

Entendemos que aceitar esta racionalização é, portanto, dar um passo para uma reforma em todo um modelo de pensamento e tal mudança imprime uma dinâmica indesejável para um sistema que se baseia em conceitos essencialmente estáticos, onde pouco se admite de flexibilidade no pensar.

Por conseguinte, destacamos o conhecimento da fitoterapia<sup>24</sup>, sistema amplamente utilizado no cuidado à saúde dos indígenas um exemplo clássico deste choque cultural e do dilema entre a absorção *versus* a manutenção de princípios que se coadunam com os paradigmas da medicina industrial. O uso de fitoterápicos, em sua concepção tradicional, popular, leva em consideração uma série de propriedades que não se resumem às fórmulas químicas, às análises farmacológicas, às classificações taxonômicas pois o indígena fitoterapeuta evoca uma série de outros elementos que para ele constituem maior importância até do que as propriedades farmacológicas da planta utilizada (OLIVEIRA, 2004, p.9).

Em contrapartida, o cientista que venha a estudar as propriedades medicinais das plantas não considera nenhum desses aspectos como importantes. O que, realmente, lhe interessa é o princípio ativo, a dosagem terapêutica e a composição química. Diante disso, questionamos: há como conciliar esses saberes populares e os saberes científicos?

Na nossa compreensão, vemos que é possível uma aliança entre esses saberes. Porém, segundo Oliveira (2004, p.12) “há que cuidar para que a medicina hegemônica não acabe, pelas pressões que lhe são características, destruindo a essência da cultura étnica que conhece, de sua maneira, formas de lidar com a saúde”.

---

<sup>24</sup> **Fitoterapia:** também conhecida como medicina herbária compreende o uso de uma ampla gama de plantas utilizadas como medicinal ou para a nutrição (CAÑEDO et al; 2003).

---

### **3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA – o caminho do pensamento**

---

Jamais interprete, experimente (DELEUZE, 1992, p.109)

A metodologia representa o caminho do pensamento (HABERMANS, 1987).  
Portanto, neste item, delimitamos o caminhar metodológico adotado para tratar a

realidade estudada, desde a abordagem filosófica seguida no desenvolvimento da pesquisa, técnicas adotadas no contato com a realidade e o método de análise, tendo como produto final a produção do conhecimento científico.

### **3.1 Tipo de estudo**

Por envolver a questão étnica/cultural, este estudo tem aproximação com o que chamamos de pesquisa social definida por Minayo (2007) como os vários tipos de investigações que tratam do ser humano em sociedade, de suas relações e instituições, de sua história e de sua produção simbólica, e no caso específico da saúde, incluem-se aquelas que abordam as diversas representações sociais dos fenômenos da saúde/doença pelos muitos atores sociais que nela atuam.

Portanto, o objeto deste estudo envolve a área das Ciências Sociais, essencialmente qualitativa, pois não há como se aprofundar sentidos, significados e valores sociais se restringindo a números. Além disso, tal objeto é fundamentalmente histórico vez que as sociedades humanas se constituem em “um determinado espaço cuja formação social e configurações culturais são específicas” (MINAYO, 2007, p. 39).

Assim, no sentido de compreender a lógica interna dos grupos, instituições e atores sociais pesquisados, optamos pela pesquisa qualitativa para resgatar os valores culturais e representações sobre a história deste objeto, as relações entre os indivíduos, instituições e movimentos sociais e os seus processos sociais, históricos e de implementação de políticas públicas e sociais.

Para tanto, buscamos uma aproximação da realidade por meio da compreensão dos significados, dos sentidos, das intencionalidades e das questões subjetivas inerentes aos atos, às atitudes, às relações e às estruturas sociais a partir do processo de trabalho do AIS e sua inter-relação étnica e cultural na Atenção Básica de Saúde.

Ao optarmos pela a abordagem do método qualitativo numa perspectiva histórico-social consideramos sua adequação para estudar o processo de trabalho do AIS, ante os conflitos e contradições nos saberes e práticas em saúde, tendo em vista a relação de uma classe social com experiências culturais diferentes do saber acadêmico à compreensão de certos fenômenos sociais e ao entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos no processo saúde/doença (RICHARDSON; PERES, 1999; HAGUETTE, 1999).

Uma aproximação da abordagem histórico-social nos deu possibilidade de abranger os fenômenos e os processos sociais nas suas determinações e no âmbito de suas transformações dadas pelos sujeitos (MINAYO et al.; 1997). Não obstante, por envolver a questão da cultura, que é histórica e diferenciada em classes, gêneros e segmentos sociais, esta abordagem é também adequada, na medida em que reconhecemos que as “condições de vida e de trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual as classes, as etnias, os gêneros e seus segmentos pensam, sentem e agem a respeito dela” (MINAYO, 2008, p.30).

Por conseguinte, esta pesquisa, ao estudar a realidade sobre o processo de trabalho, considerando a sua dinamicidade, possibilitou uma aproximação nossa como pesquisadora enquanto sujeito desse processo. Todavia, reconhecemos que estávamos diante de uma realidade “um mundo cultural a ser desvendado” (TRIVNÕS, 2008, p. 121) que precisava ser conhecido, mas sem deixar também de reconhecer a presença de duas realidades culturais ambivalentes: a cultura sanitária indígena e a médica hegemônica.

E, quando se trata de cultura, perpassamos os limites da subjetividade e nos deparamos com uma realidade que é objetiva e multifacetada, pois articula-se com os determinantes cultural, político, social, religioso e econômico que repercutem na vida humana, fortalecidos em determinado mundo cultural – a etnia *Kiriri*.

Por conseguinte, a cultura

é o *locus* onde se articulam os conflitos e as concessões, as tradições e as mudanças e onde tudo ganha sentido, ou sentidos, uma vez que nunca há nada de humano sem significado e nem apenas uma explicação para os fenômenos (MINAYO, 2008, p. 31).

No entanto, não tivemos a pretensão de apreender a totalidade dessa realidade, uma vez que reconhecemos nossas limitações, pois, numa realidade concreta em que os sujeitos sociais reproduzem suas crenças, seus valores, seus hábitos, seus atos e suas atitudes na práxis<sup>25</sup> cotidiana, é muito difícil apreender os aspectos dessa práxis em sua totalidade (SILVA, 2006).

Reconhecemos que a realidade estudada assim como a cultura, é dinâmica, e está em constante mudança. Portanto, as análises teóricas e metodológicas deste

---

<sup>25</sup> A **práxis** no pensamento marxista é a “atividade concreta pela qual os sujeitos se afirmam no mundo, modificando a realidade objetiva e, para poderem alterná-la, transformando-se a si mesmo. É a ação que, para se aprofundar de maneira mais consequente, precisa de reflexão, do autoquestionamento, da teoria; e é a teoria que remete à ação, que enfrenta o desafio de verificar seus acertos e desacertos, cotejando-os com a prática” (KONDER, 1992, p.115).

estudo também não são estáticas e poderão sofrer questionamentos, avanços e recuos que poderão gerar novos questionamentos disparadores da produção de novos saberes. Mas acreditamos que só assim, seremos capazes de nos aproximar da totalidade das questões que permeiam esta realidade investigada.

### **3.2 Campo do estudo**

Esta pesquisa foi desenvolvida no município de Banzaê - BA, onde residem índios Kiriri. Banzaê é um município pertencente à macrorregião Nordeste e à microrregião de Ribeira do Pombal, segundo dados do Plano Diretor de Regionalização (BAHIA, 2005). Sua população, estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2008) é de 11.166 habitantes, dispersados em uma área de 221 km<sup>2</sup>.

A Cidade já foi um vilarejo do município de Ribeira do Pombal (Figura 5), tendo se emancipado em 24 de fevereiro de 1989. Foi criada pela Lei Estadual n. 4.485 de 24 de fevereiro de 1989, publicada no Diário Oficial de 25 de fevereiro de 1989 (BAHIA, 1989).



Figura 5 Localização do município de Banzaê – BA. Fonte: [http://banzaebahia.blogspot.com/2010\\_03\\_01\\_archive.html](http://banzaebahia.blogspot.com/2010_03_01_archive.html)

Em 1990, o Governo Federal, através da Presidência da República, reconhece as terras do aldeamento Kiriri como de ocupação tradicional e permanente indígena, sendo a demarcação finalmente homologada através do Decreto nº 98828 de 15 de janeiro de 1990 .

Os índios do grupo indígena Kiriri<sup>26</sup> são aproximadamente 2.500 que se distribuem em 11 localidades: Araçá, Mirandela (Sacão), Lagoa Grande, Baixa da Cangalha, Baixa do Juá, Marcação, Pau Ferro, Segredo, Gado velhaco, Canta Galo, Cajazeiras (SIASI, 2011).

<sup>26</sup> **Kiriri** - Segundo os índios mais antigos, o nome Kiriri tem seu significado relacionado a uma árvore KIRI, muito comum nas matas indígenas (CEZAR, 2010).

O mapa a seguir traz a ilustração de 6 dessas 11 localidades indígenas.

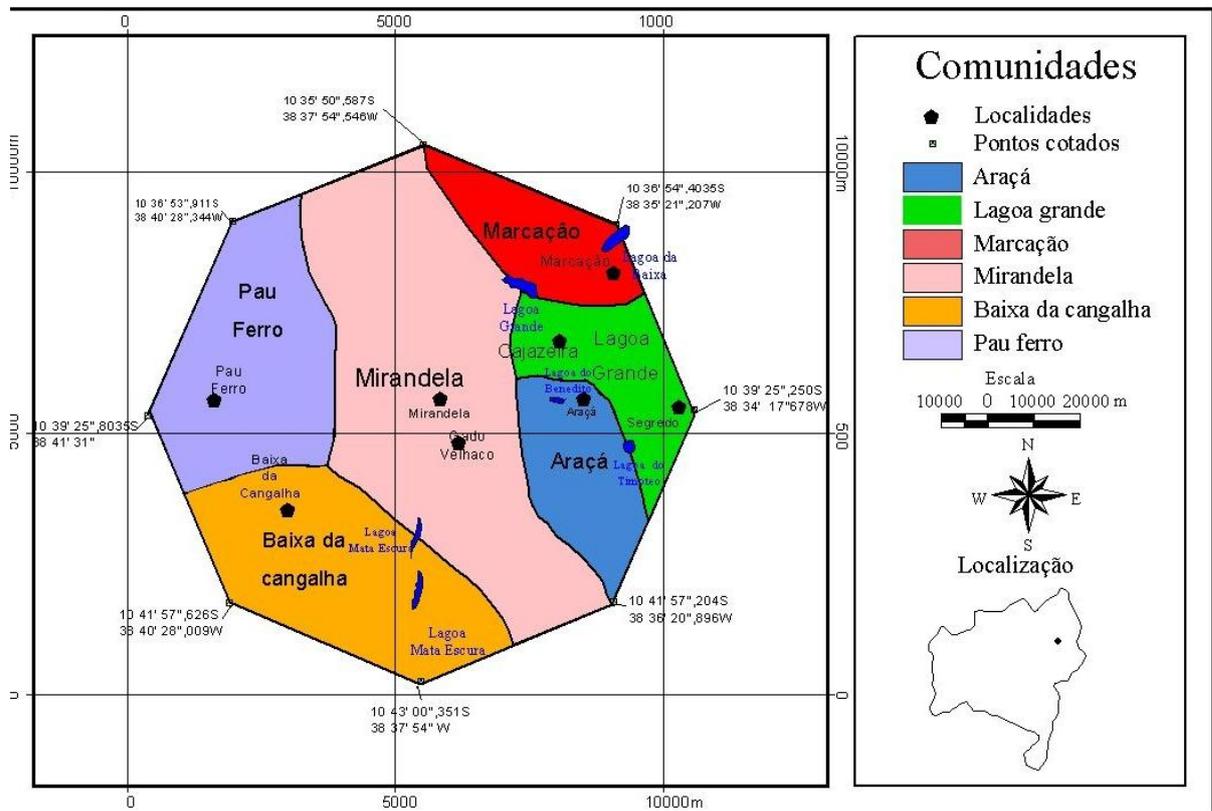


Figura 6 Mapa da área indígena Kiriri. Fonte: Relatório ANAÍ (2003) apud Pacheco (2007).

A EMSI atuante no GI Kiriri é composta por duas enfermeiras, uma médica, um cirurgião-dentista, duas técnicas de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem que atua como ACD, 11 AIS reconhecidos pela SESAI, e dois agentes de saúde que atuam sem reconhecimento e remuneração. As enfermeiras e técnicas de enfermagem se dividem entre as aldeias nas quais prestam atendimento programático, uma semana em cada aldeia, enquanto que o cirurgião dentista e a médica prestam atendimento a todas as aldeias, de acordo com o cronograma mensal, com atendimento em cada dia numa localidade, exceto em casos emergenciais que são prioridade de atenção. No quadro 7, trazemos a distribuição do número de agentes por aldeia e quantitativo de pessoas:

Quadro 7 Distribuição dos AIS atuantes nas aldeias do GI Kiriri. Banzaê, 2011.

Nome da aldeia	Nº de agentes	Nº populacional
Araçá + Canta Galo	01	524
Marcação	02	352
Cajazeiras	01	123
Mirandela + Gado Velhaco	01*	514
Lagoa Grande	01	292
Baixa do Juá	01	168
Baixa da Cangalha	01	198
Segredo	01	175
Pau Ferro	02*	163

\* O mesmo agente atende a essas três localidades

Fonte: SIASI (2011).

Estes dados nos permitem inferir que não há uma distribuição equitativa de famílias entre os AIS, sendo que alguns têm um número bem reduzido de famílias em relação a outros. Tal situação pode resultar em descontentamento do profissional com a sobrecarga de trabalho, e da comunidade com o cumprimento insatisfatório das atividades devido a sobrecarga de trabalho.

Quanto ao perfil de morbimortalidade, notamos uma maior incidência de doenças infectocontagiosas e uma menor incidência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, reflexo de condições sanitárias e sociais ainda precárias na realidade Kiriri (SIASI, 2011).

No que tange a subsistência, os indígenas vivem basicamente da roça, da pesca e da agricultura através do plantio do milho, feijão, mandioca, melancia, abóbora, quiabo e da colheita da castanha. No artesanato, destacam-se os trabalhos com a cerâmica, a fibra e o cipó (CEZAR, 2010).

#### A organização do sistema indígena de saúde

O subsistema de Saúde Indígena está organizado em 34 Distritos Sanitários Indígenas (DSEI), que são espaços étnico-culturais dinâmicos, delimitado nas dimensões geográficas, populacionais e administrativas. O território desses DSEI segue a lógica da distribuição geográfica, antropológica e de acesso aos serviços de saúde pelos povos indígenas e tem o objetivo de ordenar a rede de atenção à saúde dos povos indígenas (BRASIL, 2002a).

Os DSEI devem prestar atenção básica à população indígena aldeada, mediante a atuação de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, nos moldes do Programa de Saúde da Família (PSF). As equipes dos PSF indígenas devem ser composta por médicos, enfermeiros, odontólogo, auxiliares e técnicos de enfermagem e Agentes Indígenas de Saúde. O DSEI Bahia está sediado em Salvador e atende a toda população indígena do estado. Nesse distrito a população indígena é de 26.889, sendo a etnia pataxó a mais populosa (BRASIL, 2012).

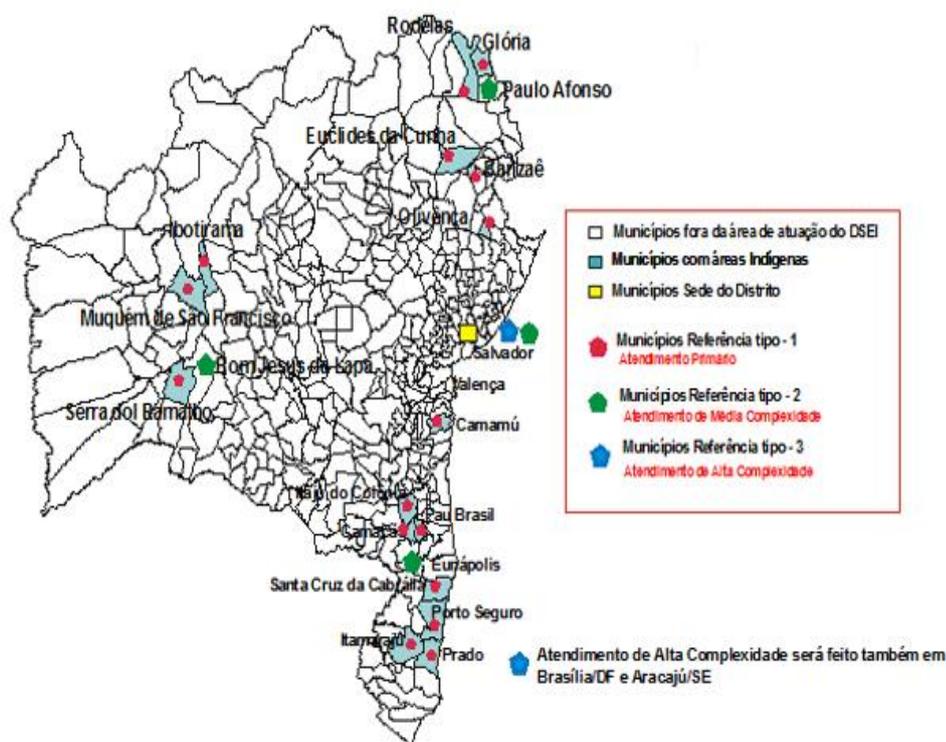


Figura 7: Organização do DSEI Bahia. Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Os serviços de saúde devem ser integrados e organizados de forma articulada à rede SUS, de forma hierarquizada, tendo como instância regional os Pólos Base. Os Pólos Base podem localizar-se tanto dentro da terra indígena, como no município de referência – nesse caso, constituindo-se numa unidade básica de saúde existente na rede de serviços do município (BRASIL, 2004). No nosso caso, o Polo base fica sediado em Feira de Santana e é responsável pelos municípios de Banae (etnia Kiriri) e Euclides da Cunha (etnia Kaimbé).



Figura 8 Organização do DSEI Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Os modelos de organização dos serviços de saúde para indígenas, busca a articulação com o SUS de forma a constituir uma rede de serviços com a estrutura já existente. No entanto, se necessário, deverá haver adaptações e ampliação de acordo com a realidade local (BRASIL, 2002a).

O atendimento da população da população é feito nas unidades de saúde localizadas nas aldeias. Quando necessário o deslocamento para outros municípios a Casa de Saúde do Índio (CASAI) terá a função de alojar e acompanhar as pessoas no período de seu tratamento.

A implantação do DSEI representou uma vitória do movimento indigenista no Brasil, muito embora possa parecer se contradizer ao processo de municipalização e organização operacional do SUS. Na realidade, os DSEI representam a tentativa do estado brasileiro de garantir os princípios da equidade e acesso a atenção universal e integral a saúde aos povos indígenas e a atenção deve se estender aos estados e municípios de forma complementar.

### 3.3 Procedimento e Técnicas de coleta de dados

Embora haja muitas técnicas para se realizar um trabalho de campo<sup>27</sup>, optamos inicialmente por duas técnicas, por considerá-las mais coerentes para tal objeto de pesquisa: a observação, por ser capaz de apreender “tudo aquilo que não é dito, mas pode ser visto e captado pelo observador atento e persistente” e a entrevista, pois tem como matéria-prima a fala de alguns interlocutores” (MINAYO, 2008, p. 63).

O tipo da observação realizada foi a **observação participante** (Roteiro-apêndice A). A observação participante é um método em si mesmo para compreensão da realidade e que se impõe por várias razões que decorrem, inevitavelmente, da natureza do estudo e da definição dos pressupostos (MINAYO et al; 1997).

A observação participante é definida, ainda, como um processo pelo qual o observador não é apenas um espectador do fato a ser pesquisado, pois ele se coloca na posição e ao nível dos outros elementos humanos que compõem o fenômeno a ser observado. O observador está face a face com os observados e, ao participar da vida deles no cenário natural, colhe dados. Assim, este sujeito é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por esse contexto (RICHARDSON; PERES, 1997).

Portanto, reconhecendo tal complexidade, nos inserimos no campo de estudo no sentido de compreendermos a realidade concreta e estabelecermos a relação entre a teoria e a vivência real, pois o conhecimento só torna-se útil, histórico e realizado, se for prático (DEMO, 2008).

Ressaltamos que esse primeiro contato com o GI Kiriri antevém a esta pesquisa, pois em 2008 fazíamos parte da EMSI em Euclides da Cunha. Assim, a partir da aproximação com alguns profissionais da EMSI de Banzaê, tais como enfermeiras e odontólogo, tivemos certa facilidade para retornar ao campo, pois não era totalmente desconhecido. Porém, para dar início à pesquisa estivemos em momentos pontuais na aldeia *kiriri*, durante os meses de fevereiro e março de 2011 a fim de conseguirmos a autorização da comunidade local e da FUNAI.

---

<sup>27</sup> Entendemos por **campo**, “na pesquisa qualitativa, como o recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto de investigação” (MINAYO, 2008, p. 201).

Naquele momento, a FUNASA estava em transição para SESAI e alguns cargos de chefia ainda não estavam definidos, o que impossibilitou a sua permissão para iniciar a pesquisa. Entretanto, por orientação da equipe de saúde, solicitamos, então, a autorização dos representantes locais: os caciques e o coordenador regional da Fundação Nacional do Índio que, naquele momento, assumiu a responsabilidade enquanto a SESAI se estruturava. Posteriormente, após a sua estruturação, quando já estávamos no campo, tivemos a preocupação de informar à nova chefia da SESAI, os objetivos e justificativas do nosso estudo, recebendo a sua aprovação informal.

A partir da autorização desses representantes para a realização da pesquisa, fizemos a nossa primeira visita ao campo no mês de fevereiro, com objetivo de discutir as estratégias de abordagem do GI. Como chegamos antes do horário marcado para tal reunião, aproveitamos o momento para interagir com alguns moradores indígenas.

Um dos indígenas com quem conversamos naquele momento, se propôs a nos apresentar ao segundo cacique que mora a pouca distância da unidade de saúde, tendo inclusive se prontificado para ir à residência desse cacique marcar um horário para que conversássemos. Infelizmente, o mesmo não estava em sua residência, porém seus familiares forneceram o número de seu celular. Prontamente, realizamos o contato telefônico e fizemos o agendamento da visita à sua residência, no período da tarde.

Pouco tempo depois, encontramos o outro cacique que chegou de moto ao pequeno comércio local. Fomos apresentamos a ele e naquele momento gentilmente concedeu-nos alguns minutos para que explicássemos os objetivos e pretensões da pesquisa. A apresentação foi objetiva e clara; solicitamos a seguir a sua autorização para o desenvolvimento do estudo. O mesmo mostrou-se receptivo ao estudo ao afirmar: “Se vai pesquisar pra trazer melhora para o meu povo, é bem-vindo”.

Alguns minutos depois, a EMSI chega à aldeia Araçá, porém, para nosso desespero, segue direto em direção à Mirandela sem ter nos visto. Ficamos aflitas diante desse desencontro e procuramos informações sobre como chegar até Mirandela. Fomos informadas da longa distância de quilômetros. Um dos índios presentes na conversa se ofereceu em nos dar uma carona de moto, porém preferimos aguardar o retorno.

Nesse ínterim, a enfermeira chegou à aldeia Araçá em seu próprio carro e abriu a unidade de saúde, onde aguardamos o retorno dos demais membros da EMSI para realizarmos a reunião. Neste momento inicial, foi realizada a nossa apresentação à equipe, bem como a finalidade da pesquisa, a proposta em si, além das discussões de algumas questões logísticas sobre nosso deslocamento e estadia, e tendo também aproveitado a oportunidade para realizar o agendamento da entrada no campo para o mês de julho de 2011.

Nesse mesmo dia, no final da manhã, seguimos para o município de Banzaê e conseguimos um encontro com o coordenador regional da FUNAI, tendo nessa oportunidade apresentado o projeto e, logo em seguida, obtivemos a sua autorização para desenvolver a pesquisa.

No período da tarde, fomos já com o carro da equipe de saúde até a casa do segundo cacique. Após a apresentação do nosso estudo, o mesmo fez críticas às pesquisas realizadas naquela área indígena que não dão qualquer retorno para os índios no que tange aos resultados das pesquisas, assim como os benefícios para a comunidade indígena. Referiu que esse desabafo foi por considerar estas pesquisas uma forma de exploração sobre os índios sem trazer quaisquer contribuições visíveis. Enfatizou, ainda, de forma explícita, que: “não são nem ao menos informados sobre os resultados alcançados pelos estudos”. Ficamos, no momento, perplexas diante da crítica coerente à realidade apresentada. Mas, tivemos a sensibilidade para argumentar sobre as questões éticas nas pesquisas com seres humanos, inclusive firmando o compromisso de encaminhar um relatório final da pesquisa e, desta forma, conseguimos a sua autorização.

Após esses primeiros contatos, em julho de 2011, fizemos a entrada definitiva no campo de estudo, permanecendo neste de forma ininterrupta, com exceção de dois finais de semana, convivendo com a comunidade durante todo o mês até início do mês de agosto.

No decorrer da observação, concomitantemente, utilizamos o **diário de campo** como técnica de registro de dados, que nada mais é do que um registro fiel e detalhado da experiência no campo, independente do fato de terem sido usadas outras técnicas de pesquisa (VICTORIA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

No diário de campo, fizemos anotações referentes aos fenômenos ali experienciados relativos não só ao processo de trabalho dos AIS, mas também aos conflitos, diálogos e questões culturais, tendo a sensibilidade de realizar os registros

em momentos oportunos, quando sentíamos que não intimidaria o segmento natural dos fatos. À noite, procedíamos a releitura destas escritas e a sua complementação com fatos em que não houve condições de serem registrados no decorrer do dia.

À medida que fazíamos esses registros, sentíamo-nos mais próximas da realidade do objeto pesquisado; em vários momentos, fizemos reflexões sobre a vivência de cada dia e isto fez com que percebêssemos a importância da observação participante aliada ao diário de campo, pois possibilita ao pesquisador não apenas o registro descritivo da sua experiência, mas uma análise dos fenômenos que, muitas vezes, não somos capazes de fazer no momento em que estamos vivenciando, e novas reflexões são possíveis a partir desta releitura. Por esta razão, comungamos com Nascimento (1997), quando reforça que o diário de campo tem sua importância por retratar, através da escrita, a existência de uma participação íntima e uma associação simbólica pela instalação de quase-identidade e de comunhão entre ambos, o (a) pesquisador (a) e a comunidade.

Outra técnica utilizada foi a **entrevista semiestruturada**, que é aquela que “parte de questionamentos básicos apoiados em teorias e hipóteses de interesse da pesquisa que oferecem amplo espectro de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo com as respostas do entrevistado” (TRIVIÑOS, 2008, p.146).

As entrevistas foram realizadas em momentos e locais oportunos, escolhidos pelos próprios sujeitos participantes do estudo. Para algumas delas, conseguimos realizar o prévio agendamento; outras, aproveitamos a disponibilidade do entrevistado sempre buscando respeitar a sua privacidade. Assim, as entrevistas foram realizadas em locais privativos, reservados exclusivamente às pesquisadoras e seu entrevistado, como a unidade de saúde, pontos de apoio (escolas ou espaços utilizados pela equipe de saúde para atendimento), casa de indígenas e quando não era possível estar em ambiente fechado, realizávamos embaixo de árvores.

Antes da entrevista, os sujeitos foram orientados a respeito dos riscos, benefícios, objetivos e justificativas do estudo; bem como o direito à recusa da sua participação, respeitando a sua autonomia, conforme preconizado pela lei 196/96 (BRASIL, 2000), garantido através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ( Apêndice C).

Para realização das entrevistas, em princípio, planejamos três instrumentos de coleta: um mp3, um gravador de fita cassete e um celular. Porém, por problemas técnicos, o gravador não foi utilizado. No momento da digitação das entrevistas,

perdemos os dados coletados no mp3, restando-nos apenas os arquivos em celular. Esta, sem dúvida, constituiu uma das maiores dificuldades no processo de construção dos depoimentos, uma vez que os arquivos em celular estavam com o som pouco audível, o que tornou trabalhosa a digitação, para atender, com fidedignidade, a realidade ali retratada.

A presença do gravador, na maioria dos casos, não se mostrou intimidador, pois percebemos que as pessoas conseguiam transmitir seus discursos com legitimidade e clareza sem que fosse necessário, em nenhum caso, desprezar o seu uso. Como prerrogativa da entrevista semi-estruturada, utilizamos um roteiro norteador (Apêndice B).

No sentido de complementar os dados coletados, tanto da entrevista quanto da observação e o diário de campo, tivemos a oportunidade de analisar documentos como a Regulamentação da Política Nacional de Saúde Indígena, Atas do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e/ou Conselho Local de Saúde (CLS), Relatórios, Decretos e outros documentos, conforme o quadro 8:

Quadro 8 – Distribuição dos documentos utilizados na pesquisa

Nº do documento	Nome do documento	Fonte
1	Relatório do curso de qualificação profissional dos agentes indígenas da Bahia – módulo introdutório, 2006	FUNASA
2	Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, 2002.	Ministério da Saúde/FUNASA
3	Formação inicial para Agentes Indígenas de Saúde: módulo introdutório, 2005	Ministério da Saúde/ FUNASA
4	Termo de cooperação técnica para qualificação dos Agentes Indígenas de Saúde FUNASA/SESAB, 2006.	FUNASA
5	Termo de cooperação técnica para qualificação dos Agentes Indígenas de Saúde FUNASA/EFTS, 2006.	EFTS
6	Referencial para a Formação de Agentes Comunitários Indígenas de Saúde, 2005.	Associação Saúde Sem Limites
7	Módulo introdutório – Educação Profissional Básica para Agentes Indígenas de Saúde, 2005	FUNASA
8	Constituição Federal de 1988.	BRASIL
9	Ata da Reunião do Conselho Local de Saúde de Mirandela, julho de 2011.	Secretaria Municipal de Saúde de Banzaê
10	<i>Relatório Final da 1ª Conferências Nacionais de Saúde Indígena</i>	Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde/FUNASA
11	<i>Relatório Final da 2ª Conferências Nacionais de Saúde Indígena</i>	Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde/FUNASA
12	<i>Relatório Final da 3ª Conferências Nacionais de Saúde Indígena</i>	Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde/FUNASA
13	<i>Relatório Final da 4ª Conferências Nacionais de Saúde Indígena</i>	Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde/FUNASA

\*Secretaria de Saúde do Estado da Bahia \*\*Escola de Formação Técnica em Saúde prof. Jorge Novis

Para termos acesso aos referidos documentos, fizemos uma visita à Coordenação Regional da FUNASA, em 2010, em Salvador, tendo recebido alguns documentos relacionados ao processo formativo dos AIS; outros documentos foram oriundos da Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis (EFTS). No decorrer da coleta de dados, participamos de algumas reuniões do Conselho Local de Saúde e tivemos a oportunidade de palestrar na Conferência Municipal de Saúde (CMS) de Banzaê a convite do Secretário Municipal de Saúde e da Coordenação da Atenção Básica, e a partir de então tivemos acesso às atas da referida CMS. Vale ressaltar que, nesta conferência, 11 indígenas, muitos deles AIS, foram delegados e uma parcela significativa participou como ouvinte.

De posse desses dados, mediante o entrecruzamento de tais técnicas, fizemos a triangulação dos dados, ou seja, a convergência ou corroboração dos dados coletados e interpretados a respeito do mesmo fenômeno (DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007) no intuito de estabelecer a relação dialética entre as diferentes fontes.

Além dessas técnicas, fotografamos o trabalho dos AIS, a partir da autorização dos sujeitos participantes, particularmente durante o acompanhamento das práticas de saúde no sentido de ilustrar a realidade.

### 3.4 Sujeitos do estudo

Participaram deste estudo, três segmentos sociais, classificados em três grupos, a seguir:

- a) **Grupo I:** AIS que atuam na Unidade de Saúde da Família Indígena (USFI) e/ou Unidades Básicas de Saúde (UBS) e demais membros da EMSI;
- b) **Grupo II:** Informantes-chave - benzedeiros, pajés, professores e outros.
- c) **Grupo III:** usuários da unidade de saúde.

Os participantes do estudo foram selecionados intencionalmente a fim de atender às necessidades deste estudo, porém respeitando alguns critérios de inclusão, tais como:

- Agentes Indígenas e demais membros da EMSI de ambos os sexos, com mais de um ano de experiência profissional no USFI;

- Os usuários maiores de 18 anos, de ambos os sexos, residentes na aldeia em estudo, que tenham mais de seis meses frequentando Unidade de Saúde Indígena.

A escolha destes grupos teve como objetivo o alcance da totalidade do fenômeno estudado, considerando os diversos olhares, ideias e experiências dos grupos no confronto, na identificação das contradições, consensos e dissensos dos depoimentos.

Contudo, por ser um estudo qualitativo, não tivemos uma preocupação com grande amostragem, uma vez que a nossa pretensão não se resumia a números, mas à essência e saturação das respostas relativas ao objeto pesquisado, de forma que fossem absorvidos os significados, sentidos e comportamentos dos sujeitos e sua relação com o mundo real, sem a preocupação com o quantitativo numérico (MINAYO, 2003).

Portanto, participaram desta pesquisa 28 sujeitos, sendo 18 trabalhadores da EMSI (entre eles 10 AIS), seis informantes-chave e quatro usuários. Os quadros 9, 10 e 11 a seguir, trazem informações que permitem uma caracterização desses sujeitos.

Quadro 9 Caracterização dos trabalhadores de saúde da EMSI de Banzaê, julho de 2011.

N°	Idade	Sexo	Escolaridade	Função/ ocupação	Tempo de serviço na área	Capacitação na área
01	31	F	Ens. Fund. Inc.*	AIS/ACD	5 anos	Em andamento
02	45	M	E. Médio Inc.*	AIS	18 anos	Em andamento
03	27	M	Ens. Fund. Inc.*	AIS	7 anos	Em andamento
04	60	M	Ens. Fund. Inc.*	AIS	11 anos	Em andamento
05	29	F	Ens. Médio Inc.	AIS	6 anos	Em andamento
06	26	F	Ensino Médio Inc.	AIS	6 anos	Em andamento
07	44	F	Ensino Médio	AIS	11 anos	Em andamento
08	28	M	Ensino Médio	AIS	5 anos	Em andamento
09	32	F	Ens. Médio Inc.	AIS	8 anos	Em andamento
10	34	F	Ensino Médio	AIS	6 anos	Em andamento
11	35	M	Ens. Fund. Inc.	AIS	5 anos	Em andamento
12	26	F	Ensino médio	Téc. de enf.	2 anos	Não
13	44	F	Ensino Médio	Téc. de enf./ ACD	Joana	Em andamento
14	35	F	Ensino Médio	Téc. de enf.**	7 anos	Não
15		F	Superior	Médica	2 anos	Em andamento
16	34	M	Superior	Odontólogo	8 anos	Em andamento
17	52	F	Superior	Enfermeira	6 anos	Em andamento
18	25	F	Superior	Enfermeira	2 anos	Em andamento

\*Ensino médio incompleto \*\* técnica de enfermagem

No quadro 9, foram apresentadas as características dos trabalhadores de saúde que atuam na USFI Kiriri, tendo todos eles sido entrevistados. Como pode ser visto, nenhum deles concluiu o curso de formação para trabalhar na EMSI. Os AIS referiram que cursaram até então dois módulos, dos seis necessários para concluir o seu processo de formação. No mês de novembro do ano de 2011, recebemos informações dos próprios agentes, via telefone, informando que estavam participando do terceiro módulo do processo formativo na cidade de Feira de Santana-BA. Quanto aos profissionais de nível superior, todos eles estão fazendo Pós-graduação em Saúde Indígena, promovida pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), com o apoio da FUNASA, com provável conclusão em 2012. Os profissionais de nível médio, como os técnicos de enfermagem, até o momento não

receberam qualquer tipo de formação para o trabalho na área indígena, apenas qualificações gerais para o trabalho na saúde como sala de vacina, entre outras.

Quadro 10 Caracterização dos informantes-chave de Banzaê, julho de 2011.

Nº	Idade	Sexo	Escolaridade	Ocupação	Tempo que frequenta a USFI
19	19	F	Ensino Médio Inc.	AIS substituto	Desde 1992
20	22	M	Ensino Médio	Professor indígena	Desde 1992
21	19	M	Ensino Médio	AIS substituto	Desde 1992
22	40	F	Ensino Fund. Inc.*	Professor Indígena	Desde 1992
23	65	F	Alfabetizada	benzedeira	Desde 1992
24	65	M	Analfabeto (Sabe assinar o nome)	Pajé	Desde 1992

\*Ensino Fundamental Incompleto

No quadro 10, trazemos a caracterização dos informantes-chave que participaram desta pesquisa. Consideramos relevante esclarecer que, dentre os informantes-chave, há dois sujeitos que exercem a função de AIS em substituição aos agentes que não residem mais na aldeia por terem se casado com pessoas brancas, algo que não é aceito na comunidade indígena *Kiriri*. Na ausência de um posicionamento da FUNASA, hoje SESAI, para eleger novos integrantes, a comunidade os indicou para substituir as ações dos agentes que não mais integram a equipe de saúde, porém eles não são reconhecidos pela equipe de saúde como AIS, apesar de aceitarem seu apoio; também não são remunerados pela SESAI para exercer suas atividades e não participaram de capacitações como os demais AIS. Dessa forma, não se adequam aos critérios de inclusão estabelecidos para nosso estudo na categoria de AIS. Outrossim, os consideramos importantes fontes de informação e, por esta razão, os incluímos na categoria de informantes-chave:

Quadro 11 Caracterização dos usuários da USFI Kiriri, fevereiro a julho de 2011.

N°	Idade	Sexo	Escolaridade	Ocupação	Tempo que frequenta a USFI
25	Não sabe	F	analfabeta	lavradora	Desde 1992
26	33	F	Ensino Fund. inc.*	lavradora	Desde 1992
27	45	F	Ensino Fund. Inc.*	do lar	Desde 1992
28	53	M	analfabeto	lavrador	Desde 1992

\* Ensino Fundamental Incompleto

O quadro 11 caracteriza o grupo III, os usuários (4); tal quantitativo chegou à exaustão a partir da quarta entrevista quando percebemos que os depoimentos começaram a se repetir, atendendo, portanto, ao critério de saturação.

No sentido de sistematizar os dados empíricos nos textos produzidos, os depoimentos dos sujeitos são identificados por um número conforme a ordem crescente de cada entrevista realizada. Portanto, no caso da primeira entrevista, leia-se entrevistado 1 (Ent.1) e assim sucessivamente. A numeração de 1 a 18 corresponde ao grupo I (EMSI); à numeração de 19 a 24 ao grupo II (informantes-chave) e o grupo III, os usuários, com as numerações de 25 a 28. Os documentos analisados (11) também são identificados por um número de ordem, ou seja, documento 1, leia-se (doc.1) e assim sucessivamente.

### 3.5 Método de análise de dados

O método utilizado para a análise de dados foi a Análise de Conteúdo, que tem o propósito de “ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica ante a comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas e resultados de observação” (MINAYO, 2010, p. 308). Essa modalidade de análise é constituída por

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1977, p. 42).

Este tipo de análise procura instituir uma relação entre os significantes e os significados dos enunciados, articulando-os com fatores associados, como as

questões psicossociais e culturais e o processo de produção da mensagem, que influenciam diretamente as suas características (MINAYO, 2010).

O objetivo da análise de conteúdo, portanto, é reconhecer as mensagens que se encontram por trás das palavras (BARDIN, 1977). Nesse sentido, a fala dos entrevistados e a observação do ambiente e das práticas nele realizadas revelaram significados que permitiram à pesquisadora uma interpretação mais profunda em relação aos conflitos, as expectativas na interrelação étnica e cultural.

Seguindo a perspectiva do método sob o olhar de Minayo (2008) e Assis (2003), sistematizamos os momentos da análise de dados constituído de três fases: ordenação, classificação e análise final, apresentados a seguir.

### **1º PASSO – ORDENAMENTO DOS DADOS**

Esta fase constituiu o primeiro contato da pesquisadora com o material empírico, através da transcrição e digitação *ipsi literis* das entrevistas gravadas. Após a ordenação desses dados, fizemos a leitura geral do material transcrito e tivemos a oportunidade de identificar, superficialmente, as ideias e/ou núcleos de sentido<sup>28</sup> contidos nos depoimentos dos entrevistados, bem como a organização dos dados das observações e do diário de campo.

### **2º PASSO – CLASSIFICAÇÃO DOS DADOS**

Foi o momento em que fizemos uma leitura flutuante<sup>29</sup>, ou seja, uma leitura exaustiva das entrevistas a fim de identificar os núcleos de sentidos extraídos dos depoimentos dos entrevistados, dos relatórios de observação e anotações do diário de campo. Para tanto, nos detemos, pacientemente, na leitura dos conteúdos, atentando-nos às entrelinhas dos textos a fim de apreender as ideias centrais presentes nos depoimentos e as ideias ocultas que poderiam estar presentes na observação da intencionalidade, expressividade, intensidade das emoções que são evidenciadas no momento da entrevista. Neste momento, confrontamos os dados -

---

<sup>28</sup> **Núcleos de Sentido** – “o que dá sentido às representações das falas ou outras formas de expressão, relacionadas ao objeto de estudo” (ASSIS, 2003, p.11).

<sup>29</sup> **Leitura flutuante** – “Exercício que permite apreender as estruturas de relevância dos atores sociais, as ideias centrais que tendem a transmitir e os momentos-chave de sua existência sobre o tema em foco” (MINAYO, 2000, p. 235).

“leitura transversal<sup>30</sup>”, através de uma análise crítica tomando, por base, as questões norteadoras, os objetivos, os pressupostos teóricos e referencial teórico do estudo.

Após a realização da leitura flutuante das entrevistas, foram construídos os núcleos de sentido que dão representatividade aos discursos: Trabalho dos AIS, dificuldades, facilidades, saber cultural x saber científico, concepção de saúde, espaço de intervenção, instrumentos de trabalho, relação dos AIS com a equipe e comunidade. Após esta identificação, selecionamos os trechos de cada entrevista que se relacionavam ao núcleo de sentido e guardamos nas “gavetas” correspondentes, o que pode ser melhor compreendido através dos quadros 12, 13, 14, organizados de acordo com cada grupo de sujeito pesquisado.

**Quadro 12 Confronto dos depoimentos dos trabalhadores da saúde da USFI Kiriri.**

<b>Núcleos de sentido</b>	<b>E.1</b>	<b>E.2</b>	<b>E3</b>	<b>...</b>	<b>E18</b>	<b>Síntese Horizontal*</b>
Trabalho dos AIS						
Saber cultural X Saber científico						
Concepção de saúde						
Espaço de Intervenção						
Instrumentos de trabalho						
Relação do AIS com a EMSI						
Relação do AIS com a comunidade						
Facilidades						
Dificuldades						
<b>Síntese Vertical</b>						

\* Síntese horizontal – leitura de cada categoria representada por cada entrevistado a fim de mostrar os temas e ideias comuns (ASSIS e JORGE, 2010).

\*Síntese Vertical- ideia global de cada entrevista e do conjunto de entrevistados de cada grupo representativo (ASSIS e JORGE, 2010).

O quadro 13 refere-se à apresentação do confronto dos depoimentos entre os integrantes do grupo dos informantes-chave. Neste grupo, alguns núcleos de

<sup>30</sup> **Leitura transversal** – confronto de ideias entre as diferentes representações dos sujeitos e grupos representativos (...) tornando possível construir e reconstruir as categorias empíricas do estudo (ASSIS, 2003)

sentido não estiveram presentes devido à especificidade de cada grupo dos sujeitos envolvidos no contexto da saúde, assim como no quadro 14, referente aos usuários.

**Quadro 13 Confronto dos depoimentos dos informantes-chave do GI Kiriri.**

<b>Núcleos de sentido</b>	<b>E.19</b>	<b>E.20</b>	<b>E21</b>	<b>...</b>	<b>E24</b>	<b>Síntese Horizontal*</b>
Trabalho dos AIS						
Saber cultural X Saber científico						
Relação do AIS com a EMSI						
Relação do AIS com a comunidade						
Facilidades						
Dificuldades						
<b>Síntese Vertical</b>						

**Quadro 14 Confronto dos depoimentos dos usuários da USFI Kiriri.**

<b>Núcleos de sentido</b>	<b>E.25</b>	<b>E.26</b>	<b>E27</b>	<b>E28</b>	<b>Síntese Horizontal*</b>
Trabalho dos AIS					
Saber cultural X Saber científico					
Relação do AIS com a EMSI					
Relação do AIS com a comunidade					
Facilidades					
Dificuldades					
<b>Síntese Vertical</b>					

É importante lembrar que para que chegássemos a tal classificação, foi essencial o apoio da disciplina **Análise de dados qualitativos**, do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UEFS no semestre 2010.2. com o objetivo de instrumentalizar/ preparar os mestrands para a análise de dados qualitativos. Foi uma construção coletiva – docentes e discentes, na sistematização dos dados coletados – organização e classificação..

A partir do confronto entre os sujeitos do estudo (trabalhadores, informantes-chave e usuários) guiados pelas categorias analíticas elaboradas, buscamos dialeticamente estabelecer, através dos depoimentos, as convergências, divergências, diferenças e complementaridades entre si, o que nos oportunizou a elaborar as seguintes categorias empíricas:

**CATEGORIA 1** – O processo de trabalho do AIS no contexto Kiriri: fragmentado, pontual, contraditório e conflitante.

**CATEGORIA 2** – O Agente Indígena de Saúde: um mediador das fronteiras culturais na atenção à saúde dos Kiriris.

### **3º PASSO – ANÁLISE FINAL DOS DADOS**

Nesse momento, procuramos estabelecer uma articulação entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo às questões da pesquisa com base em seus objetivos. Constituiu o produto das duas etapas anteriores, momento em que articulamos o empírico e a teoria; do concreto ao abstrato, da parte ao todo para se alcançar a concretude do pensamento (MINAYO, 2008).

Buscamos, assim, na análise final dos dados, desvendar o “conteúdo latente” dos textos, numa tentativa de compreender o objeto de estudo, através da técnica da **triangulação dos dados** coletados a partir da entrevista, da observação, do diário de campo, dos documentos e do marco referencial, destacando-se as convergências, divergências, complementaridades e diferenças, no intuito de estabelecer uma análise crítica entre as diferentes fontes de dados para mergulhar nas realidades históricas e sociais que plasam em diferentes contextos das políticas e práticas de saúde (ASSIS; JORGE, 2010). Assim, a partir da intercessão de diferentes olhares e falas, fizemos o uso simultâneo de diversos pontos de vistas distintos e de diversos sujeitos.

### 3.6 Questões éticas

Por se tratar de um estudo que envolve seres humanos, tornou-se necessário atentarmos às recomendações da Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde – CNS, intitulada de “Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos” (BRASIL, 2000).

Por conseguinte, no sentido de assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica e aos participantes do estudo, buscamos seguir os princípios éticos contidos na Resolução nº 196/96 (BRASIL, 2000), no sentido de resguardar pesquisador, pesquisado e instituições, dos riscos da pesquisa e/ou danos associados ou decorrentes da pesquisa, em prol da defesa da vida do ser humano. Além disto, esta pesquisa está em conformidade com as recomendações da Resolução nº 304, de 09 de agosto de 2000, referente às normas para pesquisas envolvendo seres humanos – área de povos indígenas (BRASIL, 2000b).

Portanto, esta pesquisa só foi realizada mediante autorização dos representantes da comunidade local (Caciques), além da autorização da coordenação regional da FUNAI, após a explanação de seus objetivos, riscos e benefícios à comunidade, durante uma reunião do conselho local de saúde. Para isto, tivemos que nos deslocar até o campo do estudo em fevereiro de 2011 para conseguirmos tal autorização.

Após o consentimento das lideranças locais do GI Kiriri, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana, tendo sua aprovação em 21 de março de 2011, sob resolução nº 74 do CEP/UEFS.

---

#### **4 O PROCESSO DE TRABALHO DO AIS NO CONTEXTO KIRIRI: fragmentado, pontual, contraditório e conflitante.**

---

A liberdade constitutiva do trabalho vivo em ato associado aos agenciamentos de desejos iminentes à atividade produtiva de cada trabalhador, vão produzindo uma dada realidade social inscrito no mundo do trabalho em saúde. O trabalho em Saúde vai se produzir circunscrito a uma determinado território existencial, que opera em uma referencial ético-político no qual os trabalhadores adotam como plano de consistência entre ele e o cuidado que realiza (FRANCO et al., 2008, p.7)

Dedicamos uma seção deste estudo para analisarmos o processo de Trabalho dos Agentes Indígenas de Saúde da forma que ele é instituído. Contudo, por reconhecermos que os processos de trabalho em saúde têm potencial criativo na lógica do seu agir produtivo em ato, trazemos a discussão para o contexto indígena Kiriri, resgatando os elementos do processo de trabalho do AIS perpassando pela questão dos modelos assistenciais em saúde, sem contudo, em esgotarmos as discussões nesta perspectiva.

A imersão na micropolítica do processo de trabalho desses agentes locais de saúde sem dúvida perpassa por uma discussão, que não é nova, sobre os modos de produzir saúde. Pois, todas as tentativas, a nosso ver, de mudanças de modelos de atenção são inutilizadas se não são incorporadas à micropolítica dos processos de trabalho dos profissionais que estão inseridos nos serviços, ou mesmo na gestão desses, no desenvolvimento dos processos de trabalhos que operam cotidianamente.

O trabalho, uma atividade essencialmente humana, dar-se na inter-relação entre o homem e a Natureza que ao tentar modificá-la, ele- o homem- também modifica ao mesmo tempo a si próprio. “A capacidade teleológica do homem de antever o produto final do trabalho, o constitui agente transformador de seu próprio processo de trabalho” (SÁ et al., 2009, p.2s). Desta forma, todo trabalho, com este modo de pensar, tem como resultado um determinado produto final e o homem ao tentar satisfazer a uma necessidade qualquer através do seu produto final dá a este um valor de uso.

No referencial teórico deste estudo já foram explorados os elementos do processo de trabalho sob o olhar de Marx, que são: a atividade orientada a um fim ou **o trabalho mesmo** (trabalho vivo em ato), **seu objeto** (trabalho morto) e **seus meios** (trabalho morto); Entretanto, o processo de trabalho em Saúde tem suas especificidades. Mendes-Gonçalves (1992) traz uma sistematização sobre o trabalho no campo da saúde, destacando as necessidades de saúde como algo a ser transformado (que constitui o seu objeto de trabalho), sendo esta transformação planejada, intencionada, o que gera um produto, por meio da utilização de instrumentos e força de trabalho. Assim, o valor de uso das ações de saúde constitui-se na manutenção ou restabelecimento da saúde o que poderá possibilitar aos usuários a autonomia para exercer o seu modo de caminhar na vida (MERHY, 1997).

Diante das finalidades dos processos de trabalho em saúde, sejam elas atender as necessidades de saúde da população, o trabalho em saúde, no seu micro-espaco opera através de um núcleo tecnológico composto por “Trabalho Morto” (TM) e “Trabalho Vivo” (TV), sendo o trabalho morto aquele que resulta de um trabalho anterior e o TV em ato, o espaco potencial de ação e organização das tecnologias para o cuidado (MERHY; FRANCO, 2003a).

Na figura 9, trazemos a relação entre os elementos do processo de trabalho relacionando-os com o tipo de trabalho morto ou vivo.

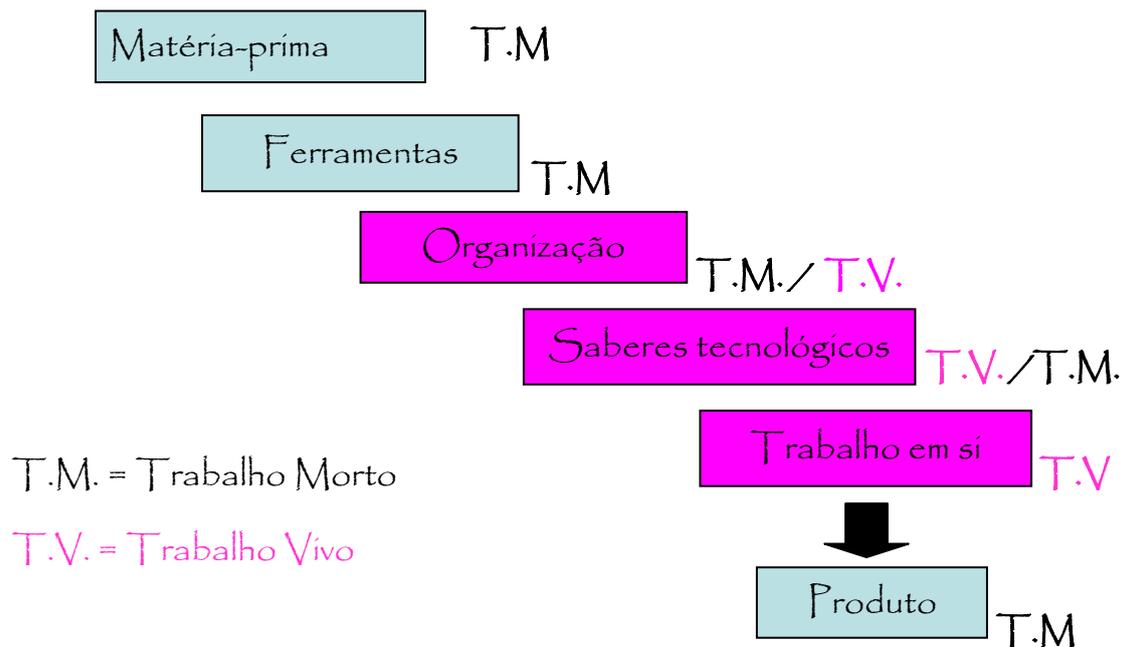


Figura 9 Elementos do processo de trabalho X Relação Trabalho Morto/Trabalho vivo. Fonte: adaptado de Merhy (2002).

O trabalho em saúde, diferente dos outros processos de trabalho como o fabril, por exemplo, é centrado no trabalho vivo em ato permanentemente (MERHY, 2002), e o seu produto final é a resolubilidade das necessidades de saúde dos usuários. No desenvolvimento dos processos de trabalho em saúde, o profissional organiza seu arsenal tecnológico com liberdade para priorização de tecnologias (leve, leveduras e duras) que resultarão em diferentes modos de produzir o cuidado.

Ao fazer a comparação entre o trabalho da Abelha e do Arquiteto, Marx (2008) os diferencia pela capacidade criativa do Arquiteto, que pode ter produtos diferenciados do seu trabalho, enquanto que a Abelha é instintivamente programada para produzir os mesmos resultados do seu ato de trabalhar. Desta forma, essas

imagens produzidas por Marx reforçam a discussão a cerca do trabalho em saúde, do seu potencial criativo fortalecido pelo seu autogoverno pois, o trabalhador da saúde exerce o trabalho vivo de forma instituinte, e mesmo que seu trabalho se pautem em um trabalho morto produzido anteriormente (a citar os seus saberes constituídos no seu processo formativo) no uso de suas tecnologias aplicadas ao seu processo de trabalho ele tem certa autonomia para “instituir” o produto final do seu trabalho, e isso é o seu autogoverno, o que lhe diferencia das Abelhas.

Assim, em busca de atender as finalidades do processo de trabalho em saúde, o trabalhador não deve se deixar capturar pela lógica de um trabalho morto apenas, de forma estruturada, pois é revertido de certa autonomia para definir quais ferramentas que irá utilizar no seu trabalho vivo em ato para atender a tal finalidade, buscando respeitar o objetivo final deste, e sendo ou não instituído pelo trabalho morto.

No entanto, não há como negarmos que, atualmente, o trabalho em saúde não vem atendendo, de certa maneira, somente às necessidades de saúde individuais e coletivas, mas as necessidades do mercado, contrapondo-se a reestruturação produtiva necessária aos atos em saúde na direção dos pilares da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde.

Na sociedade capitalista, de acordo com Pires (1996), o corpo saudável é a fonte da força de trabalho, por esse motivo, se desenvolve duas formas de trabalho em saúde na perspectiva capitalista, um para controlar ocorrência das doenças e outro para recuperar a força de trabalho a fim de manter a produção.

Contudo, vemos que os novos desafios que se conformam no atual contexto da saúde, pautados em uma visão ampliada do processo saúde/doença, exigem a utilização de novas “ferramentas” nos processos de trabalho com ampliação da utilização de tecnologias leves na produção do cuidado em saúde.

Destarte, neste estudo delimitamos como elementos constituintes do processo de trabalho em saúde definidos por Nascimento e Assis (2003) a concepção de saúde, o espaço de intervenção, os agentes da saúde além dos clássicos objeto de trabalho, finalidade e instrumentos de trabalho (meios de trabalho).

No contexto das sociedades indígenas, o trabalho em saúde é realizado originalmente pelos seus xamãs ou pajés, considerados os mediadores entre o homem e a natureza. Na crença indígena, os causadores dos males à saúde são

entidades provenientes da natureza por isso, cabe ao Pajé intervir nesse processo de adoecimento dado o seu poder em realizar rituais para a cura (LONGHI, 2011). Neste sentido, de acordo com tal autor, o **objeto de trabalho** nessa sociedade é o “mal” manifestado no indivíduo, seu **instrumento** é o ritual mítico-mágico-religioso e a **finalidade** desse trabalho é reintegrar o homem na vida em sociedade, para a reprodução social.

Para que fiquem mais claros alguns conceitos sobre tais elementos, o objeto de trabalho representa aquilo que vai ser transformado, ou seja, aquilo sobre o qual vai incidir a ação dos trabalhadores. Desta forma, o objeto de trabalho não vai existir enquanto objeto em si, mas se conforma na relação objetal, ou seja, no recorte dado pelo sujeito ao objeto para o qual ele define um projeto de transformação, uma finalidade.

Assim neste estudo, foi concebido, de forma expressiva, que o objeto de trabalho para os Agentes Indígenas de Saúde é a sua **comunidade indígena**.

Meu trabalho mesmo é envolvido com **a comunidade**, com as famílias. Meu trabalho é isso. (E.5, grupo I)

È a comunidade [...] o povo (E.6, Grupo I)

As pessoas da **comunidade** (E.7, Grupo I)

Meu trabalho é destinado à **minha comunidade**, ao povo que me escolheram (E.10, Grupo I).

Da mesma forma, pautados nessas concepções, os profissionais não indígenas da equipe de saúde também apontam como objeto de trabalho dos AIS a sua comunidade:

O objeto deles é a **sua comunidade** (E.15 Grupo I).

**A comunidade deles**, as famílias (E.16, Grupo I).

**A própria comunidade** deles né (E.17, Grupo I).

**A comunidade** deles (E.18, Grupo I).

As falas aqui colocadas apresentam convergências na ideia de objeto de trabalho dos AIS entre indígenas e não indígenas da EMSI. A comunidade é a razão das ações de saúde desses agentes, constituindo o seu objeto de trabalho. Estes achados nos possibilitam analisar que parte dos AIS detém uma compreensão de

uma ação voltada para a coletividade, contrariando os princípios do modelo clínico de atenção ao qual o objeto de trabalho é o corpo individual em sua dimensão anatomo-fisiológica, orientado pela concepção de saúde como ausência de doença, e pela intencionalidade de correção (SÁ et al., 2009).

No entanto, um AIS e um profissional não indígena da EMSI colocaram, como objeto de trabalho o índio numa perspectiva individual:

É o **índio** (E. 2., Grupo I).

O objeto deles é o **índio** (E.18, Grupo I).

Sob esta perspectiva, nós podemos inferir que para esses sujeitos, a ação do agente volta-se ao índio como um ser individual, com necessidades individuais e não como um sujeito coletivo que faz parte de um contexto social e cultural que traz determinações ao seu processo saúde-doença. Nesta perspectiva de ação, o AIS tende a desconsiderar esses elementos que sabemos, são determinantes para a saúde, voltando-se a uma ação para o indivíduo em um enfoque da cura.

O SUS nos apresenta um arsenal ideológico que exige a incorporação na práxis dos sujeitos da saúde de valores como a equidade, a cidadania, a integralidade e participação dentre outros. Tais elementos induzem a transposição dos limites da ação individual, ao demandar o olhar ampliado da atenção para o indivíduo e a sua família dentro do seu contexto coletivo. Isto porque, o SUS nos remete a Promoção da Saúde como finalidade, e neste sentido a comunidade é convidada a integrar-se como copartícipe e protagonista do seu processo saúde/doença.

No entanto, não é nossa intenção dicotomizar a relação entre a atenção individual e atenção ao coletivo, mas compreender qual o foco dos AIS Kiriri para as suas ações de saúde (individual ou coletivo? Ou a integração de ambos?) e como isso reflete o seu processo de trabalho.

Além da comunidade, famílias e os índios na perspectiva individual citados pelos entrevistados, outros complementam que a equipe também constitui objeto de trabalho dos AIS:

Eu sirvo a **minha localidade** né, e as **enfermeiras** (E.3, Grupo I).

Todo mundo, tanto a **comunidade** como a **equipe** (E.8, Grupo 10).

No período das observações na área indígena, vimos que mais do que um trabalho, a atuação do AIS é considerada ‘um dever’ em prol da sua comunidade. Notamos inclusive que para muitos deles o seu compromisso é maior com a comunidade do que com os seus órgãos contratantes ou membros não indígenas da EMSI, realidade concreta observada durante o desenvolvimento do trabalho por dois membros da comunidade que trabalham na área indígena, “atuando” como agentes indígenas sem quaisquer remuneração e reconhecimento pela EMSI, apesar de suprir a ausência de dois AIS que se desligaram da área, de forma a atender as necessidades de seu grupo como podemos observar nesta fala:

Eu entrei assim pra ajudar eles (a comunidade), mas só por isso. Eu nem to preocupada se nós vamos receber cedo ou tarde, to tranqüila com isso (E.19, Grupo II).

Na fala destacada vemos que a agente tem a preocupação em beneficiar a sua comunidade com o seu trabalho, mesmo que não haja benefícios individuais. O que nossa observação revela é que o GI Kiriri possui uma noção de grupo que lhes confere uma forte integração sendo resultante de uma consciência étnica e orgulho identitário, que em alguns momentos nos deixaram a sensação de que o eu “individual” é parte quase indivisível do eu “grupal” na forma que eles se colocam em relação ao grupo.

A identidade étnica, a nossa ver, parte da necessidade de diferenciação que tem os grupos indígenas, na tentativa de autoafirmação da sua indianidade, muitas vezes questionável para a população não indígena, sobretudo entre os Kiriri, dado a sua realidade histórica de conflitos com a população de brancos com os quais convivem territorialmente. Desta forma, assumem-se sempre enquanto grupo e em grupo sentem-se fortalecidos para afirmar os seus “semelhantes coletivos”. Esses “semelhantes coletivos” são constituídos pelos grupos através de seus sinais diacríticos que se conformam nas suas relações concretas, a que se chama de “cultura de contraste” (VIVEIROS DE CASTRO, 2002; VAZ FILHO, 2011).

As identidades étnicas são construídas nas relações de contraste, pois como afirma Barth (1970), todo grupo étnico é um “tipo organizacional” e não uma “unidade portadora de cultura” e por esta razão, os grupos étnicos só podem ser caracterizados pela “própria distinção que eles percebem entre eles próprios e os outros grupos com os quais interagem” (CUNHA, 1987, p.111).

Em todos os casos, o discurso da indianidade carrega consigo as denúncias das injustiças históricas cometidas contra os indígenas e fundamenta e legitima as reivindicações dos direitos humanos específicos devido à sua condição de indígenas (VAZ FILHO, 2011, p.2).

No entanto, diferentemente desta ideia de grupo de todos os entrevistados, o entrevistado 8, grupo I, uma agente indígena, mas assume sua função voltada apenas para a saúde bucal, coloca que o seu objeto de trabalho é o cirurgião dentista:

No meu ver, eu acho que é o doutor [ no caso o cirurgião dentista] (E. 1, Grupo I).

O trabalhador de saúde, conforme relata Sá e outros (2009) é quem define seu objeto de trabalho, ou seja, o que será transformado por sua ação intencional. Essa definição, de acordo com as autoras, é determinada pela concepção do trabalhador sobre saúde, e as necessidades de saúde que se conformam no encontro com o usuário. Sendo assim, o objeto de trabalho é definido pelo modo como o trabalhador vai compreender as demandas do usuário a partir da relação aí estabelecida nesse encontro.

No modelo clínico de atenção à saúde, o objeto de trabalho é o corpo em sua dimensão anatomo-fisiológica, e volta-se para uma concepção de saúde pensada como ausência de doença, sendo que a finalidade das ações é a recuperação e correção do processo de adoecimento (SÁ et al.; 2009).

Para a entrevistada o seu objeto de trabalho é o profissional que detém o saber técnico ao qual se subsume os seus atos. De acordo com Ferreira (2008), o processo de trabalho pode ser analisado a partir de duas perspectivas: profissional/procedimento centrado quando está perpassado por lógicas capitalísticas, mais comprometidas com a produção de procedimentos com foco no profissional (médico, odontólogo, enfermeiro... e outros) na solução dos problemas de saúde que deve enfrentar e encontra-se preso às estruturas de segmentação molar, do organizado e do instituído; e usuário-centrado quando os projetos terapêuticos e os atos assistenciais estão voltados para necessidades das pessoas, segundo uma lógica relacional.

Assim, a fala do entrevistado mostra uma concepção voltada para o modelo clínico hegemônico, profissional centrado e tecnicista. A esse respeito, Franco e

Merhy (2003) propõem uma reorientação da organização dos processos de trabalho em saúde, com uma mudança do foco profissional centrado para o foco nos usuários e as suas necessidades de saúde.

No que se refere as **finalidades** do processo de trabalho, muitos entrevistados têm olhar convergente sobre as necessidades coletivas do grupo indígena:

Bom, o objetivo é de **melhora pra comunidade**, assim o desenvolvimento. (E. 3, Grupo I).

Atender a comunidade, **as necessidades da comunidade**. (E.7, Grupo I).

A **melhoria da comunidade** mesmo. (E. 10, Grupo I).

Da mesma forma, alguns profissionais não indígenas e um usuário têm o mesmo entendimento sobre a finalidade do trabalho dos AIS:

Cada um tem um perfil diferente. No geral, é para **atender a comunidade, suprir a comunidade** de qualquer forma. Mas cada um tem um perfil diferente. (E.18, Grupo I).

De ta ajudando **na saúde da população deles**. Com a finalidade assim, de ta ajudando ali na saúde, né, da comunidade deles. (E. 14, grupo I)

Pra ajudar mais o povo aí, a **melhorar mais a saúde deles**. (E.25, Grupo III)

Inversamente a esses depoimentos, em relação ao processo de trabalho do AIS, os entrevistados 15 (profissional de saúde) e 8 (AIS) referem finalidades do processo de trabalho do AIS voltado para a satisfação das necessidades individuais e não um trabalho voltado para o coletivo.

Eu acho que eles trabalham com uma finalidade mesmo é pra ter uma renda. Não, eu acho que é mais do que pra ter uma renda. [...] Eles estão ali como quem ta assim 'é meu espaço, não posso abrir mão, sabe?' (E.15, grupo I).

A minha finalidade que eu queria alcançar, como eu já faço parte do trabalho da saúde, é ser um pouco mais, ser um enfermeiro, [...] carreira né, na área de saúde, fazer meu papel, seguir em frente [...] meu objetivo né? (E.8, grupo I).

Como vemos, estas falas explicitam que nem todos os agentes trabalham para atender as necessidades coletivas, mas também há aqueles que busquem

atender as suas necessidades individuais – de renda – ou de aspirações pessoais, como seguir carreira na área de saúde.

O modo de agir do trabalhador, segundo Pereira (2009), é orientado pelo que compreende como seu trabalho e sua finalidade; também é influenciado por seus projetos, desejos e interesses, pelo modo como lida e participa individual e coletivamente do processo de trabalho.

A experiência pela qual passamos como observadora participante no acompanhamento do modo de vida Kiriri é traduzida no olhar que se contrapõe ao falado pelo entrevistado 15 “trabalham com a finalidade mesmo de ter uma renda”. Percebemos que o povo Kiriri tem seus meios de subsistência seja na pecuária, na agricultura ou no artesanato que dão conta satisfatoriamente das suas necessidades sem grandes aspirações, conforme sustenta o entrevistado 16

[...] Estilo de vida mesmo é diferente, né. Acho que assim, a gente quer comprar um, sei lá, um carro, uma casa, eles não, o estilo de vida deles é outro, não almejam isso tudo que a gente quer, o estilo é diferente do nosso [...] sei lá, coisa material, é diferente (E.16, Grupo I).

Esta fala traduz-se em uma característica geral e cultural dos povos indígenas de uma organização econômica simplificada, geralmente baseada em sistemas domésticos de produção que só dão lugar a objetivos econômicos limitados, os quais são definidos:

[...] más bien cualitativamente en función de una forma de viver que cuantitativamente como una fortuna abstracta. Por consiguiente, el trabajo nos es intensivo: es intermitente y susceptible a todas las formas de interrupción que ofrecen las alternativas culturales y los impedimentos, desde un importante ritual hasta un ligero aguacero. La economía es sólo una actividad parcial de las sociedades primitivas, o al menos es una actividad de una sola parte de la sociedad (SAHLINS, 1977, p.172 apud SOUZA, 2002).

Voltando a discussão sobre a finalidade do processo de trabalho dos AIS, o entrevistado 3, grupo I, coloca como sua finalidade a atenção de sua necessidade individual (desenvolver-se) e de necessidades coletivas do seu grupo:

O desenvolvimento para mim e pra minha comunidade (E.3, Grupo I).

Um dos entrevistados (E.16, Grupo I), em toda sua fala traz argumentos convergentes na questão da finalidade coletiva do AIS, na busca de melhorias para

seu grupo porém faz uma crítica a essa “busca de melhorias” pois, segundo ele não flui em direção a promoção da saúde como deveria ser.

A promoção da saúde que eles deveriam fazer, mas...eles deviam retomar isso aí (práticas educativas), e esquecer um pouco esta parte de ficar ligando para pedir carro.

Desta maneira, a fala do entrevistado nos leva a compreender que há uma preocupação do AIS com o coletivo, ao estruturar as suas ações que definem o seu processo de trabalho, porém esta ação não tem a finalidade de promover a saúde, mas de atender a uma necessidade emergencial de cura ou reestabelecimento da saúde diante de uma evento emergencial que o leva a solicitar a transferência do usuário para uma unidade hospitalar. Assim, as ações são voltadas ao coletivo (objeto de trabalho), mas com a finalidade da cura.

Divergentemente do mencionado pelo entrevistado 16, a prevenção e a promoção da saúde por meio de ações educativas é colocada como finalidade para o trabalho do AIS por eles próprios e por um trabalhador da equipe:

Eu acho que deve, deve não, serve para **educar**, é que na realidade a gente é o elo de informação (E.2, Grupo I)

**Trazer mais conhecimento para cada família**, sobre saúde, como higiene, informar mais, trazer informações pra cada família, buscar informações pra trazer (E.5, Grupo I)

[...] para você trabalhar com **educação**, ensinando a pessoa a trabalhar na **prevenção** né, porque o trabalho do Agente de Saúde é preventivo, na prevenção e não na cura (E. 7, Grupo I).

Ele trabalha para **melhorar a qualidade de vida** das pessoas, evitar certos tipos de doenças (E.13, Grupo I).

O documento nº 6 *Referencial para a formação de Agentes Comunitários Indígenas de Saúde* da Associação Saúde Sem Limites (2005) refere, da mesma forma, a prevenção como atribuições do Agente Indígena de Saúde: Empreender ações de prevenção e monitoramento dirigidas a grupos específicos, doenças prevalentes e situações de risco ambiental e sanitário conforme o plano de ação da equipe.

Por conseguinte, o AIS tem uma responsabilidade e compromisso para com o seu povo, no sentido da busca por novos saberes e neste sentido, tende a ser um

dos mais importantes meios para obtenção de novos conhecimentos sobre saúde da sua comunidade a fim de instrumentalizá-los nas escolhas de atitudes que vão ser determinantes para o seu processo saúde-doença.

Todavia, tais atividades devem transcender o campo da saúde à medida que requerem atenção a inúmeros aspectos das condições de vida e da relação intercultural dos povos indígenas com a sociedade nacional, até porque “Estas características situam os AIS como uma categoria muito particular, não comparável ou agrupável a outras que existem historicamente no setor saúde” (ASSOCIAÇÃO SAÚDE SEM LIMITES, 2005, P.11).

Porém, entendemos que não deve ocorrer nesse espaço relacional entre o AIS e sua comunidade uma transferência de saberes provenientes da biomedicina, no sentido de considerar os usuários como receptores vazios de conhecimentos sobre o seu próprio processo saúde-doença (FREIRE, 1982). Até porque, os agentes de saúde devem atender, enquanto mediadores deste espaço intercultural de produção de atos de saúde, aos princípios e diretrizes da *Política Nacional de Atenção à Saúde* (BRASIL, 2002a) (Doc.2), que os direciona ao respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios das suas comunidades, de forma a promover a articulação de saberes pois,

o reconhecimento da diversidade social e cultural dos povos indígenas, a consideração e o respeito dos seus sistemas tradicionais de saúde são imprescindíveis para a execução de ações e projetos de saúde e para a elaboração de propostas de prevenção/promoção e educação para a saúde adequadas ao contexto local (BRASIL, 2002a, p.17).

No entanto, não podemos deixar de chamar a atenção para o fato de que, dentro do referencial de ação de um agente local de saúde, idealizado desde o final da década de 1970 em Alma-Ata, no *Congresso de Cuidados Primários ou Atenção Primária de Saúde* (APS), voltado para a prevenção e promoção da saúde aliada às ações de cura e reabilitação, um número pequeno de agentes indígena deste estudo parece incorporar a ação educativa à sua práxis.

Ficou evidente, durante a nossa observação que as ações dos Agentes Indígenas Kiriri têm se distanciado do referencial da prevenção e promoção da saúde por meio das práticas educativas. Quando questionamos sobre a prática educativa a ser desenvolvida, alguns AIS responderam que já fizeram e não fazem mais tais atividades; os depoimentos posteriores dos profissionais de saúde

reforçam que simplesmente só fazem participar dos eventos promovidos pelos demais membros da EMSI (enfermeiras, odontólogos) com a sua presença e também na convocação da comunidade.

Sempre eu fazia com o pessoal [...] agora o conselheiro tribal ele faz uma reuniãozinha, junta e marca aqui [...] de vez enquanto a gente faz uma reuniãozinha, aí chama o pessoal e conversa sem ser de saúde, entre nós mesmo (E.2, Grupo I).

A gente conseguiu logo no início mesmo, a gente acompanhando, ia fazendo uma palestra sobre Diarréia, IRA, DST, mas depois parou bastante (E.16, Grupo I).

As atividades educativas quando eles participam, digamos, nós da equipe vamos fazer uma atividade educativa naquela aldeia, eles ficam presentes com a gente ali. Eles ajudam até buscar, né as pessoas que não vem, eles vão, nos ajudam (E.17, Grupo I).

Participavam, quando eu fazia palestra, todos os agentes...porque assim, todo atendimento que a gente faz lá na aldeia, eles estão presentes. Pode ser qualquer tipo de atendimento, ou consulta ou atividade educativa ou campanha de vacina [...] eles estão presentes (E.18, Grupo 1).

Neste mesmo sentido, o documento *Formação inicial para agentes indígenas de saúde: módulo introdutório*, (BRASIL, 2005, p.47) (Doc.3) destaca como atividade do AIS – “Realizar ações de promoção da saúde, que resultem na melhoria da qualidade de vida, utilizando os recursos dos serviços e práticas existentes, de forma articulada com recursos de outros setores”.

As falas de um AIS e de um profissional de saúde complementam ainda que a não realização das atividades educativas pelos AIS são justificadas pela falta de adesão da própria comunidade e a dificuldade dos AIS em fazê-la:

[...] é as pessoas assim, palestras sobre saúde, acho que tem muita dificuldade entendeu? Todas as áreas têm sua dificuldade. E as vezes os agentes vai, marca, tal dia tem reunião ou palestra. Aí é difícil mesmo aparecer paciente (E.6 Grupo I).

A comunidade não tem adesão, não adere a essas atividades, e eles também eu acho que eles são muito tímidos, são muito fechados, são muito introspectivos e isso dificulta muito para eles fazerem qualquer ação educativa (E.17, Grupo I).

A nossa observação é convergente com as falas das entrevistadas 6 e 13, pois notamos que a atividade “educação em saúde” é frágil ou ausente entre os AIS. Realmente os AIS demonstraram ter grande dificuldade de realizar atividades educativas (palestras) na sua comunidade pela questão do seu “despreparo”. A falta

de incentivo da equipe de saúde constituiu outro limite observado para a sua realização, pois como foi referido anteriormente pelo entrevistado 16, no início ele acompanhava e supervisionava as atividades educativas dos AIS, contudo isto não é mais realizado.

Discordamos, porém, da questão da falta de adesão da comunidade, pois no período em que estivemos na área indígena, as atividades aos quais os membros da comunidade foram convidados teve uma participação massiva. Destacamos aqui dois momentos: o primeiro, uma reunião dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) em que houve a participação de 140 indígenas, mesmo em condições climáticas e ambientais desfavoráveis, tendo inclusive conformado o maior quórum de reuniões de Conselho Local de Saúde do município de Banzaê; e o segundo a participação também expressiva da comunidade indígena na Conferência Municipal de Banzaê como demonstrado nas fotos.



Foto 6 Reunião do conselho local do Araçá (BASTOS, 2011).



Foto 7 Chegada de indígenas em trator para reunião do Conselho Local de Saúde de Araçá (BASTOS, 2011).

Neste dia em que participamos da Reunião do CLS do Araçá, chovia bastante, no entanto, tal condição não impossibilitou a participação de um número grande de indígenas. O local em que foi realizada a reunião foi em um espaço abaixo de uma árvore nas proximidades da aldeia Araçá, um espaço pequeno, sem cobertura, que não acomodava todos os participantes. Ainda assim, nos surpreendemos com a chegada de um grupo de moradores de uma aldeia mais distante que não se deixaram intimidar pelas dificuldades de acesso e chegaram até o local trazidos por um trator.



Foto 8 Reunião do Conselho Local de Saúde do Araçá (BASTOS, 2011).

Pensamos que talvez, diante das poucas possibilidades de atividades existentes naquele pacato local, qualquer atividade torna-se um evento para a comunidade e uma oportunidade de fugir um pouco da rotina, o que da mesma maneira justifica uma grande demanda de pessoas ao serviço de saúde diariamente. Além do mais, as reuniões comunitárias, frequentemente realizadas pelo GI são espaços potenciais para se tratar a questão da saúde. Portanto, é preciso um trabalho mais proativo da equipe no incentivo à realização de práticas educativas nesses espaços de convivência do grupo, e a nosso ver, a equipe poderia inclusive, integrar-se aos referidos espaços a fim de realizar as suas ações de saúde (campanhas, avisos, palestras, vacinação). Um agente refere o uso desse espaço para abordar as questões de saúde.

[...] é o conselheiro tribal, o AIS não é quem organiza não [...] mas tem o momento de cada pessoa falar. O AIS fala de saúde, o pajé faz a oração e o cacique e os conselheiros falam dos problemas da comunidade (E.2, Grupo I).

Acreditamos que o que pode justificar a baixa adesão da comunidade às atividades educativas, mencionada por alguns entrevistados, é a questão da metodologia utilizada, pois, para mobilizar sujeitos e prender a atenção deles em busca da transformação de práticas e hábitos considerados não saudáveis, sobretudo em uma realidade intercultural, é necessário se despir de barreiras, tabus, e preconceitos compreender as necessidades de quem se auto educa. Ressaltamos ainda, que os conteúdos abordados devem emergir de seus próprios interesses, de forma contextualizada, com linguagem clara, acessível e adaptada, de maneira que não ocorra apenas a transmissão de conceitos, mais que provoque uma inquietude, um questionamento de seus próprios hábitos, de forma a sensibilizá-los e motivá-los para uma possível mudança – de sua própria escolha.

De acordo com Traesel (2002), para que a prática educativa realmente aconteça, é preciso haver comunicação, ou seja, o profissional de saúde, usando linguagem clara, deve relativizar os seus conhecimentos, aproximar-se da realidade com a qual deseja trabalhar e perceber o indivíduo como um ser relacional, com toda a sua subjetividade, permitindo que ele se aproprie do conhecimento técnico sem descaracterizar o seu saber popular.

No contexto intercultural da saúde, espaço da realidade estudada, este é sem dúvida um grande desafio. Por isso, devem ser os AIS os interlocutores do processo,

conduzindo as práticas educativas (ou não) para um intercâmbio, uma articulação com esses saberes e práticas para a obtenção da melhoria do estado de saúde dos povos indígenas, mesmo quando são divergentes (BRASIL, 2002a). Outrossim, para Freire (1991), é pelo diálogo que se dá a verdadeira comunicação, onde os interlocutores são ativos e iguais. Entretanto, defendemos que os profissionais de saúde devem também ser preparados/orientados para o trabalho no espaço interétnicocultural, a fim de minimizar conflitos.

Apesar das atividades educativas configuradas como evento coletivo mostrarem-se pouco presentes na práxis do AIS Kiriri, muitos referiram como uma de suas atividades a **orientação para saúde**, uma prática educativa, voltada não para o coletivo, mas para o indivíduo e sua família.

[...] Muito menino assim, muita índia que adocece às vezes não sabe a quem vai procurar, aí vai procurar uma pessoa pra tá lhe **orientando**...como aqueles índios mais velhos, eles não querem, é difícil ir no médico, eles tem medo [...] de injeção. Aí eles colocam essa pessoa, no caso colocaram eu né, pra tá orientando. Quando a pessoa tá com diarreia né? eu tenho aquela colherzinha, aí eu ensino (E.1, Grupo I).

[...] **Oriento** elas a fazer alguns procedimentos, né, que a enfermeira pede, olho o cartão, vejo se a pressão tá elevada, oriento a não comer sal, beber bastante líquido, essas coisas todas...recolher lixo né (E.5, Grupo I).

A gente **orienta** aquela pessoa, os cuidados que deve ter, o lixo, a água tratada (E.7, Grupo I).

Eu **oriento** as pessoas, pra ela ter saúde, por exemplo, eu chego numa casa, eu vejo a pessoa, eu oriento a pessoa pra ela ter saúde ela tem que lavar os pratos, tem que lavar as mãos, não pode andar descalço, tem que manter a casa limpa, que eu oriento muito. Não pode deixar os filhos na chuva, se ficar na chuva vai ficar gripado, tem que arejar a casa (E.9, Grupo I).

Da mesma forma, a fala de um profissional de saúde e de um usuário reforçam tais afirmativas.

Eles **orientam**, no caso o preparo do soro caseiro, quando tem alguma criança, eles já têm essa capacitação né, para fazer isso (E.17, Grupo I).

Eles chega lá (na casa), a gente recebe eles, eles fazem as explicações deles (E.26, Grupo III).

Além da orientação, alguns entrevistados referem outras atividades realizadas, dentre elas as visitas domiciliares, a aferição do peso das crianças, a

troca de informações entre a comunidade e a equipe de saúde e os encaminhamentos.

Tem que **pesar** todas as crianças de 0 a 5 anos, medir, a gente tem o compromisso de ter cuidado para eles não atrasarem a vacina, a gente tem que visitar as famílias né, no mínimo uma vez por mês, dependendo da necessidade [...] tem que **visitar** essas pessoas que teve tuberculose, **orientar** eles, pra não contaminar os outros [...] Então a visita do AIS, ele realmente melhora a vida da comunidade (E.2, grupo I).

Meu trabalho aqui é eu **andar nas casas** né? Pra ver se tem pessoa doente naquela família, ai vou, tirando isso aí, **faço peso**, e qualquer problema que tem **encaminha** pra unidade de saúde que nós temos o ponto de apoio aí no Araçá (E.3, Grupo I).

**Visita** em casa só (E. 6, Grupo I).

Eu faço praticamente as visitas, oriento né? Trabalho só mesmo com as **visita e orientação** (E.7, Grupo I).

Meu trabalho é andar assim, de casa em casa, pra ir ver quem tá doente [...] é **encaminhar**, **pesa** as crianças, de casa em casa (E.10, Grupo I).

A gente tem que fazer as **visitas**, tem que ter o atendimento do dentista, da enfermeira, a gente vai lá e comunica (E.11, Grupo I).

Outros profissionais de saúde confirmam em suas falas as atividades desempenhadas pelos AIS no seu agir em ato:

O agente indígena é assim, ele vai acompanhar a família, vê a pessoa que ta doente [...] ele vai **avisar** que a enfermeira vem atender no posto, no dia de gestante, avisa só as gestante, no dia de hipertenso avisa só os hipertenso, se for o caso de ir no médico, ele vai ver na comunidade as pessoas que precisam de médico. Então é pra isso, passar também o problema da saúde para a comunidade [...] **informar** o que falta pra melhorar pra comunidade [...] fazer **visitas**. (E.13, Grupo I).

Eles fica pra dar assistência assim: fazendo **visita**, vê quem tá doente [...] informa a gente, tanto informa a equipe, como dependendo da doença ele **informa** lá o Polo né, solicitando carro pra levar pro Hospital Santa Tereza e não sendo uma coisa mais grave, na maioria das vezes, eles procuram a gente da equipe e também pra tá informando, né, dando essa informação. E eles também ficam pra fazer os avisos que a gente pede, assim, como o conograma da equipe, né, o que vai estar fazendo. Então ele fica pra **informar também a comunidade** a respeito do trabalho também da equipe (E.14, Grupo I).

O trabalho deles é observar dentro da comunidade quem ta precisando de algum atendimento, quem tá precisando de passar pelo médico, por consulta, alguma avaliação, e apartir daí, desta necessidade eles sinalizam pra gente, né? A função deles é visitar, **visita em domicílio**, dar orientações gerais a respeito de higiene, alimentação, basicamente isto (E.17, Grupo I)

No contexto da Saúde da Família, e na reorientação das práticas em direção aos princípios do SUS, “novos” territórios são abertos para o trabalho além dos espaços institucionais. Para Franco e Merhy (2008), o domicílio é um complexo e singular cenário que possibilita o olhar sob múltiplos elementos essenciais para o cuidado integral em saúde, dentre eles o ambiente sociocultural, a condição econômica, as intersubjetividades presentes nas relações de família e o significado da doença no meio familiar.

Portanto, diferentemente de outros ambientes institucionais, o domicílio abre espaço para toda essa complexidade de análises, e por conta disto, deve ser para o agente de saúde um espaço privilegiado de desenvolvimento dos seus processos de trabalho pois por ser “morador da área de abrangência da unidade de saúde, trabalha principalmente no ‘território’, no espaço onde pulsa a vida, para além dos muros das unidades de Saúde (FEUERWERKER; MERHY, 2008, p.185).

De acordo com o documento 3, *Formação Inicial para Agentes Indígenas de Saúde - Módulo Introdutório* (BRASIL, 2005), o agente indígena de saúde terá na sua formação bases para participar da atenção à saúde de todos os membros de sua comunidade e localidades de sua área de abrangência, devendo desenvolver, de forma prioritária, ações de vigilância em saúde, prevenção e controle das doenças e agravos, por meio de visitas domiciliares, atividades educativas individuais, familiares e coletivas e ações de atenção primária à saúde, sob a supervisão e acompanhamento de profissionais de saúde capacitados para exercerem essa função (instrutores/supervisores), lotados nas equipes de saúde dos distritos sanitários.

A partir da descrição sobre as atividades desenvolvidas pelos AIS no seu campo de atuação, vemos que há uma consonância com o preconizado no seu processo formativo. Contudo, o que observamos é que no contexto kiriri a realização de visitas domiciliares (VD) e orientações em domicílio não são atividades executadas por todos os AIS de uma forma isonômica e que muitas vezes quando realizadas, não se direcionam a finalidade de ser instrumento da promoção da saúde e “tecnologia de interação potencialmente capaz de contribuir para uma nova proposta de atendimento integral e humanizada” (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009, p.1104).

Além disto, notamos durante o período em que estivemos em convivência com a EMSI que a V.D. é também realizada sem supervisão dos profissionais de

nível superior, em contraposição ao recomendado, e que, talvez por esta razão, alguns AIS não as realizem da forma adequada, mas sim breves passagens nos domicílios para levar avisos sobre os atendimentos, campanhas de vacinação entre outras coisas; um entrevistado chegou inclusive a afirmar que deixou de fazer as visitas (Ent.6), e esta é uma das situações que contribuem para queixas e insatisfação da comunidade como relata a (Ent 23, grupo II).

Meu trabalho de AIS é visitar né? às vezes...como a FUNASA tá agora assim meia, vamos dizer tá aí na falência, aí agora eu deixei. Mas assim, se alguém disser 'tô passando mal' aí eu converso, 'vou encaminhar (E.6, grupo I)'.  
.

[...] eu vejo muita falta, tem muita falta, vamos deixando [...] porque a pessoa tem o direito, não tá trabalhando ali, não tá ganhando o seu salário. Pelo menos uma vez por semana passar na casa dos velhos, dos pais de família, vê como é que tão, fazer as visitas (E. 23, Grupo II).

Por outro lado, alguns usuários referiram receber visitas dos AIS para realização dos avisos sobre as consultas, vacinação e da aferição do peso.

Foi no mês passado que eles tiveram lá, avisando das consulta médica. [...] eles avisa da vacina, confere peso, quando é campanha de vacina eles avisa (E. 26, Grupo III).

Toda vez que vinha, eu gostava, é dever deles né? Pra Pesar (E.27, Grupo III).

O agente de saúde que chegou aí, quando tem médico aqui ele passa na casa da gente avisando, quando tem uma coisa ele vai e avisa a gente, quando tem pra pesar ele passa avisando, é isso que ele faz. Ele só passa e avisa: 'tal dia vai ter médico' ou tem as enfermeira aí atendendo, e só. Só isso, passa e avisa. (E.28, Grupo III)

[...] o trabalho deles aqui tão mais para levar as comunicações a gente, quando tem médico, passa, eu vejo só isso mesmo, avisar a FUNASA quando tem paciente precisando com urgência (E.22. Grupo II)

A partir destas atividades levantadas, pudemos observar ainda o foco das ações de alguns sujeitos na doença "O agente indígena é assim, ele vai acompanhar a família, vê a pessoa que ta doente" (E.11) e não na promoção da saúde, como se pode notar nas falas dos entrevistados 3, 10, 13 e 14 que declaram como objetivo da visita domiciliar a busca de doentes.

No que tange a discussão de modelos assistenciais, essas falas são contraditórias à reorientação das práticas em saúde voltadas aos nortes da Reforma

Sanitária e do SUS. E a visita domiciliar deixa de cumprir o seu papel de facilitador da mudança e da reorientação, pois deixam de confrontar o modelo hegemônico, com o foco na doença, no qual predomina uma postura profissional de indiferença e de pouca interação com os usuários (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009).

Além disso, as falas também nos remeteram a lógica de trabalho territorializada na execução de procedimentos técnicos restringindo o cuidado do agente a transmissão de recados da equipe “a gente tem que fazer as visitas, tem que ter o atendimento do dentista, da enfermeira, a gente vai lá e comunica” sobre o cronograma de atendimento, vacinação, pesagem de crianças e outros, refletindo um modo de produção procedimento centrado, que mais se adequa ao modelo clínico de atenção à saúde.

Neste sentido, Franco e Merhy (2008, p.1512), discutem a necessidade da reestruturação produtiva das práticas de saúde na direção do território das tecnologias leves e reconhecem que

O núcleo de maior tensão para a reestruturação produtiva está no trabalho vivo em ato, pois é dele que vem a potência instituinte do processo de trabalho, e por outro lado é aí também que ocorrem os processos de captura pelo modelo hegemônico.

No processo de formação do AIS a visita domiciliar é discutida desde o seu módulo introdutório, e os seus instrutores recebem uma capacitação técnica e pedagógica para atuarem como docentes na habilitação/qualificação profissional dos AIS. O documento *projeto de realização do módulo introdutório da Formação dos Agentes Indígenas do DSEI-BA* traz uma carga horária de 180 horas divididas em dois momentos: o primeiro a concentração, com 120 horas, em que são concentrados em um só lugar todos os AIS dos diversos grupos étnicos que fazem parte do DSEI – BA; e o segundo momento, constitui a dispersão, com carga horária de 60 horas, e representa o retorno do AIS à sua área indígena para por em prática os conhecimentos adquiridos, sob a supervisão dos instrutores.

No documento *Formação Inicial para Agentes Indígenas de Saúde - Módulo Introdutório* (BRASIL, 2005), na etapa da concentração, a questão da visita domiciliar aparece em várias discussões e na etapa da dispersão é reservado um momento para os AIS realizarem a visita domiciliar acompanhada dos seus instrutores/supervisores que irão avaliar se esses agentes estão aptos para tal atividade.

No item específico de avaliação da habilidade de realizar a visita domiciliar, os agentes são avaliados a partir dos seguintes critérios:

- preparo do material necessário;
- uso da criatividade de acordo com a realidade encontrada.
- orientação do paciente conforme conduta padronizada.
- verificação correta da Temperatura e respiração.
- encaminhamento do paciente para a unidade de saúde quando necessário.
- uso de protocolos de atendimento.
- orientação dos familiares quanto à conduta assumida.
- registro de dados no livro padronizado.

Nas demais atividades que o AIS deve executar durante o processo de dispersão, a visita domiciliar sempre está presente. Por conta disto, consideramos que o processo formativo do AIS pode dar a ele subsídios suficientes para que a visita domiciliar seja uma das suas atividades prioritárias, associada sempre a prevenção e promoção da saúde, e não no foco da doença como ela tem sido realizada até o momento.

É importante esclarecermos que não é nossa intenção discutir o cumprimento ou não das atividades propostas pelos AIS e demais trabalhadores da EMSI, mas buscar compreender e analisar os nós críticos que inviabilizam o seu cumprimento e as dificuldades enfrentadas pela equipe, sobretudo os AIS para implementação das ações em saúde na conjuntura indígena, no sentido de contribuir criticamente para uma reflexão sobre essas práticas, indicando possíveis contradições existentes no processo.

A importância da VD sob a supervisão de diversos profissionais é inclusive referendada em diversos documentos que tratam sobre o processo de sua formação dos AIS. Porém, na realidade, essa atividade não tem sido assumida pelos profissionais das equipes de saúde no contexto geral, constituindo um dos principais nós críticos ao processo de formação e trabalho desses agentes, pois, como relatado no documento *Referencial para a Formação de Agentes Comunitários Indígenas de Saúdes* da Associação Saúde sem Limites (2005) (Doc. 6) a experiência de alguns anos desta Associação revela que o acompanhamento prático dos agentes indígenas por profissionais de nível superior é bastante precário, tanto

pela ausência de profissionais qualificados para supervisão quanto pelas dificuldades de compreensão por parte das equipes da atuação do AIS e sua inserção profissional nas equipes de trabalho. Desta forma, fica esta atividade restrita aos momentos pontuais dos cursos de formação dos AIS, sem continuidade nos processos de trabalho desenvolvidos no interior das aldeias.

No depoimento do profissional (E.18, grupo I), é admitida a ausência de supervisão da prática dos AIS

O que eles deveriam fazer, eles não faziam. Eles entregavam as visitas pra gente em forma de condensado, “fizeram tantas visitas”. Só que a gente não supervisionava, a gente não sabe se essas visitas eram feitas realmente (E.18, Grupo I).

Quando questionamos os motivos da não realização dessa atividade foram apontadas algumas dificuldades do trabalho no GI Kiriri:

O cronograma não dava. Porque são aldeias distantes, então era feito muito rápido as consultas, por exemplo: tinha o transporte, a gente não tinha transporte suficiente pra ficar esperando as visitas nas aldeias. Então a gente ia pra uma aldeia longe, tipo Juá, então lá eu não poderia tirar um dia de atendimento pra botar supervisão, até porque a médica só atende uma vez por mês em cada aldeia. Então eu fazia o meu papel e tinha que fazer o papel dos outros profissionais também. Então eu não tinha tempo no cronograma pra fazer supervisão (E.18, Grupo I).

Algumas dificuldades relatadas são comuns aos depoimentos de outros entrevistados como a falta de carro, a carência de profissionais na EMSI, contrariando as propostas trazidas na 3ª e fortalecidas na 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, explicitadas a seguir:

Garantir o **acompanhamento e supervisão** sistemática dos Agentes Indígenas de Saúde nos processos de formação e de trabalho por enfermeiros instrutores/supervisores (BRASIL, 2001).

A FUNASA proverá recursos financeiros e pedagógicos para formação, educação continuada e **supervisão** dos AIS [...], em cada pólo-base, devendo ser encaminhadas as articulações intersetoriais necessárias para que sejam reconhecidos como categoria profissional (BRASIL, 2007).

Porém, na realidade não é o que se observa. A FUNASA, hoje SESAI, não tem dado a EMSI condições de realizar as suas atividades de forma satisfatória. Faltam medicamentos, insumos e, sobretudo transporte para o deslocamento da

equipe. Em vários momentos presenciamos o comprometimento de atividades planejadas pela equipe devido a tais dificuldades, sobretudo a falta de carro, levando muitas vezes, de forma a garantir a assistência, a enfermeira e o cirurgião dentista a se deslocarem em seus próprios veículos até a unidade de saúde central para assumir suas atividades profissionais.

Presenciamos inclusive uma conversa da enfermeira com o cirurgião dentista sobre esta questão, que nos pareceu comum ao seu cotidiano profissional - disporem de apenas um carro que estava ocupado transportando usuários das outras aldeias para a aldeia central (Araçá) onde é feito o atendimento odontológico e que por conta disto estava inviabilizando o deslocamento da enfermeira para realizar seu atendimento em outra aldeia. O odontólogo chegou a criticar o fato de necessitar deslocar um usuário até Feira de Santana para realização de um simples eletrocardiograma, sendo que o mesmo custa em torno de, segundo ele, 40 reais em Ribeira do Pombal, município vizinho a área indígena. Uma situação que resulta em transtornos para o atendimento da equipe e dos demais usuários, além de um maior custo para a própria FUNASA. Alguns depoimentos confirmam as dificuldades com relação a transporte:

[...] às vezes a equipe deixa de cumprir com seus deveres por falta de carro [...] que era só um, e agora chegou mais um, e a gente tem esse problema de carro também pra atender algumas pessoas, pra levar pra fora, no caso: Banzaê, Pombal... Algumas emergências. Aí às vezes atrasa um pouco. Mas enquanto isso a gente ta levando essa vida assim até as coisas resolver, né. Mas a gente tem algumas dificuldades, assim (E.4, Grupo I).

A gente não tem carro suficiente, a gente precisa ta pedindo ajuda a um e outro pra chegar com o paciente até o hospital (E.2, Grupo I).

Aqui acontece muito assim do profissional marcar o exame, aí no dia que precisa esse paciente ser deslocado para o exame, aquele profissional acaba sendo culpado. Acha que a culpa é de Fulano, que marcou, e porque marcou se o carro não vinha buscar (E.10, Grupo I).

*O Relatório Final da 2ª e 4ª Conferências Nacionais de Saúde Indígena* (Doc. 11 e 13 respectivamente) trazem propostas que se contrapõem a realidade apresentada nas falas.

O DSEI deve ser caracterizado pela existência de uma rede de serviços, com equipes de saúde, adequadamente capacitadas para o atendimento aos povos indígenas, com suprimento regular dos insumos necessários à execução das ações, bem como meios de transporte e de comunicação para as equipes de saúde (BRASIL, 1993);

O DSEI oferecerá transporte de qualidade para o deslocamento da equipe multidisciplinar de saúde para o trabalho nas aldeias. Deve exigir o cumprimento da determinação que define como responsabilidade do profissional, chegar até a cidade onde está localizada a aldeia (BRASIL, 2007).

A falta de transporte, medicamentos, exames de média e alta complexidade são as queixas mais comuns apresentadas nos depoimentos. Verificamos que as propostas advindas da 3ª e 4ª *conferência Nacional de Saúde Indígena*, na área estudada, não estão sendo cumpridas, pois não estão sendo garantidos, estrutura e insumos necessários para um trabalho adequado. E, diante da situação vivenciada tivemos a oportunidade de ver diversos conflitos gerados entre a comunidade e a Equipe de Saúde, sobretudo os AIS que mais absorvem as críticas e acusações por pertencerem a comunidade e, conseqüentemente, acaba comprometendo a inter-relação deles com a própria EMSI.

Eu fiquei doente... como é que chama... depressão. Porque teve muita pressão da comunidade porque faltava as coisas, mas hoje já to melhor, eu sofri muito, mas é controlado (E.2, Grupo I).

[...] eles querem que venha rápido achando que vai fazer aquele exame e lá demora bastante, ai eles não bota critica na FUNASA, só bota a crítica em cima dos agente, eles diz que o culpado somos nós, ou eu né, no caso, no caso o culpado sou eu. E eu falo que não é eu (E.3, Grupo I).

[...] uns entende e outros não entende. Aí fica meio complicado, mas aí aqueles que não entende, eu consigo explicar pra eles. Oi Fulano Agora ta numa crise, né [...] os exames, muito exame atrasado aí... Eles me cobram muito isso (E.10, Grupo I).

A mais difícil de todas mesmo é o medicamento, isto é o mais difícil, caí muita crítica em mim, os índios, é só o que o povo me cobra medicamento, exame, uma coisa que eu não posso fazer nada né. Porque tem muito medicamento que não vem, manda um, falta dois, vem 01 falta três. Marca um exame passa 2 até um ano sem vim, e os povo cobra muito isso, aí fica muito difícil trabalhar por causa disso (E.11, Grupo I).

Alguns profissionais da EMSI reforçam essa situação vivenciada pelo AIS de serem culpabilizados pela escassez de recursos e insumos:

Gosto, eu gosto de trabalhar com eles. Não é difícil, nós temos dificuldades de exercer a nossa, assim, a nossa profissão por conta das dificuldades que aparecem. Mas se não tivesse dificuldade com transporte, não tinha problema; se nós não tivéssemos dificuldades aí nos exames desses que somos nós que somos cobrados porque somos que estamos ali junto com eles; se nós não tivéssemos dificuldade pra medicação desse índio, que às vezes falta. Na maioria das vezes eles cobram da gente com razão (E. 14, Grupo I).

Principalmente com negócio de transporte, consultas com os médicos, né, exames, eles se queixam muito com os agentes, como se a responsabilidade disso fosse deles, né, que não conseguem marcar (E. 17, Grupo I).

Notamos, nestas falas que os AIS e os demais integrantes da equipe são responsabilizados pela comunidade pela precariedade e escassez de insumos e infraestrutura básica para o trabalho na área indígena. Essa situação é grave, sobretudo quando ela traz como consequência o desenvolvimento de transtornos psíquicos menores como o relatado pelo entrevistado 2 (página 111), e observado por nós no entrevistado 27. Desta forma, nota-se que nos encontros do AIS com as famílias ele sofre afetamentos múltiplos por vivenciar duplamente os conflitos e dificuldades, vez que eles fazem parte dessa realidade tanto como trabalhador, quanto sujeito coabitante daquela localidade.

Além disso, os depoimentos de profissionais da EMSI referem ainda o excesso de cobranças a que são submetidos os AIS pela sua comunidade por desconhecerem o trabalho específico desses sujeitos, o que os levam muitas vezes a realizar atividades que não são de sua competência.

Eu vejo que eles respeitam o agente de saúde. Eles têm a visão de que o agente de saúde tá ali pra ajudá-los. Se bem que muitos acham, eles não conseguem ver a função do agente de saúde, eles veem uma outra função, eles veem como eles tendo que fazer tudo: fazer acompanhamento, marcar consultas, marcar exames, né, e o agente tendo que ir junto. Então muitas vezes tem essa visão deturpada da função do agente (E.12, Grupo I)

[...] eles defendem mesmo a localidade de cada um, eles em geral, mas na área que cada um atua, porque eles são cobrados por isso também. Tem uns que passam até dos limites, tem gente que não entende o trabalho deles e cobram até demais. Quer que vá pro hospital, quer que o agente vá aplicar insulina nele de manhã todo dia, então não é o trabalho dele, mas as vezes eles são cobrados até mais do que era pra ser. Promoção de saúde que tinha que fazer, mas...(E.15, Grupo I)

A pressão da comunidade é assim, na hora que quer, achar. Ela cobra você, que ela acha que você tem que dar aquilo pra eles, que você é um funcionário da comunidade, e nem sempre é assim (E.2, Grupo I).

Tivemos a oportunidade de testemunhar que os próprios AIS se submetem a executar essas atividades que não lhe competem por muitas vezes desconhecerem as ações inerentes ao seu trabalho como AIS. E por conta disto, acabam se

distanciando das atividades preventivas e de promoção da saúde. As falas a seguir vem reforçar a percepção equivocada do próprio AIS sobre as suas atividades na atenção à saúde da comunidade.

[...] aí quando ela (a auxiliar de enfermagem) pede pra ir na casa que às vezes chega algum paciente, que eu to, aí a auxiliar que ta aqui às vezes vai, às vezes eu pego quando é gestante, hipertenso, chego pego a balança pra ajudar a enfermeira, quando a auxiliar não está aí eu afiro a pressão do paciente (E.7, Grupo I).

Porque eu chego às vezes, não to com o material na mão, porque às vezes chego na casa de um paciente, tem ali uma ferida, não posso fazer nada, não tem um curativo preu limpar, aí não to eficiente pro meu trabalho, né? (E. 10, grupo I).

[...] quando eu não to muito ocupada aí pego e acompanho esse paciente até no hospital (E.11, Grupo I).

Sabemos que os Agentes de Saúde não têm formação técnica para executar procedimentos como aferição de pressão arterial e curativos, com exceção de aferição de peso e temperatura, nem tão pouco devem atuar como acompanhantes de usuários em situação de emergência, pois são atividades que não lhe competem. Compreendemos, no entanto, que no cotidiano dos serviços de saúde, principalmente em um contexto com tantas peculiaridades e dificuldades, alguns 'arranjos' talvez sejam feitos como estratégias para contornar tais dificuldades e dar resolubilidade aos problemas de saúde da comunidade.

Por esta razão, nas aldeias mais isoladas como as da região Amazônica, onde as distâncias são medidas em dias de viagem por estradas em precário estado de conservação, os AIS constituem a única alternativa de acesso a serviços de saúde, e esses sujeitos tendem assumir atividades que fogem da sua competência técnica, realizando procedimentos que são típicos de um técnico de enfermagem ou enfermeiro (BRASIL, 2002a).

Na aldeia Kiriri pudemos presenciar alguns desses arranjos, a exemplo de uma AIS que realizou o curso técnico de enfermagem, mas assume a função de Auxiliar de Consultório Dentário para suprir a falta de um funcionário destinado a esta função. Outro agente também foi treinado para aplicar insulina em paciente portador de Diabetes por recusa do próprio e de seus familiares em realizar tal procedimento. Há ainda uma agente que atua apenas na Saúde Bucal, com

atividades de orientação às crianças e realização de escovação coletiva nas escolas, “pois não mostrou-se preparada para assumir todas as atribuições dos AIS” segundo fomos informadas, e na falta de uma capacitação e formação para o seu trabalho, a AIS recebeu do cirurgião dentista informações que orientam a sua prática para esse fim como ela relata no fragmento a seguir:

Só explicação assim, no caso de doutor H. (cirurgião dentista) ele explicou como é que faz a escovação dos dentes. Só isso [...] Eu, no caso, pego esses materiais aqui, escova, creme dental, entrego nas escolas, aí, cada um dia da semana, aí chega lá, tem uma merenda pra dar [...], aí depois que o povo merenda, deixa eu coisar boca a boca, aí depois eu vou fazer esse negócio aí (escovação) (E.1, Grupo I).

Não discordamos totalmente desses “arranjos”, eles são como “dobras<sup>31</sup>” de uma superfície que é povoada por singularidades anônimas e nômades, elas constituem estratégias para contornar as dificuldades encontradas no cotidiano das ações de saúde e são necessárias. Porém, para isto, é preciso que os agentes sejam preparados para assumirem tais atividades e que as façam por sua livre aceitação e não por desconhecerem suas atribuições conforme pudemos observar que acontece entre alguns AIS Kiriri.

Não obstante, reconhecemos nas políticas de saúde indígena iniciativas neste sentido, contidas nos *Relatórios Finais da 3ª (Doc.12) e 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (Doc. 13)*, em que nota-se esta preocupação em capacitar os AIS para que possam dar este retorno às suas comunidades e suprir as carências de profissionais que constitui a realidade da maioria dos GI no Brasil:

Avaliar a possibilidade de extensão e adequação do Programa de Formação de Auxiliares de Enfermagem - PROFAE - às comunidades indígenas (BRASIL, 2001).

Em relação aos povos indígenas, estimula a formação de pessoal em saúde das próprias comunidades, dos diversos níveis (agentes indígenas de saúde, auxiliares; enfermeiros; e outros), garantindo vagas nas universidades públicas para pessoas indígenas (BRASIL, 2007).

Na realidade Kiriri, nós testemunhamos que justamente por desconhecerem seu papel, os AIS se submetem a realizar outros trabalhos que não fazem parte das suas atribuições, deixando por fazer muitas atividades que lhes são próprias. Dentre

---

<sup>31</sup> A nomenclatura “Dobra” é extraída das reflexões Deleuzianas (1988) que nos leva a compreender o caráter particular dos diferentes processos de subjetivação do mundo, um mundo possível, em que o nômade seria aquele que mesmo sem sair do seu lugar, foge para não se deixar capturar pelo instituído e a dobra seria a curvatura destas linhas infinitamente móveis.

as atividades que nós presenciamos a realização por tais agentes destacamos: a limpeza da unidade de saúde, a separação dos prontuários para o atendimento médico, a organização dos prontuários nos arquivos após o atendimento, ações estas realizadas, no nosso sistema de saúde convencional por outros profissionais como auxiliar de serviços gerais, auxiliares administrativos, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Eu fico aqui (na unidade de saúde) na semana que eu tenho a **limpeza**. Já tem uma semana minha e outra semana que é de E. (AIS) (E.1, Grupo I).

Quando eles querem ver as pessoas nos prontuários aí as fichas é passado por mim. Eu que vou escolher e quando a pessoa vem, eu passo as fichas pras enfermeiras, né. [E depois que a enfermeira atende] aí eu boto no arquivo cada uma. Vou **arquivar** cada uma. E no fim eu escrevo no livro aquelas pessoas que foram atendidas, no caso, alguma dúvida, o dia de atendimento, alguma coisa assim, eu tenho o livro pra dizer que a médica veio, as pessoas que foram atendidas, se teve outra coisa, tudo por escrito (E.4, Grupo I).

Aqui no posto ele faz a **limpeza**, as duas meninas, a AIS que é a agente de saúde e a agente bucal que eu também tava incluída, dividia as três, cada semana ficava uma. Só que ai ficou uma delas ficou grávida e deixou de fazer essa parte da limpeza [...] Na verdade a ficha (**prontuários**) é para ser pega pelo agente, mas eu como conheço, já tou aqui eu não sinto muita dificuldade não, vou lá faço tudo, pego tudo. Pego medicamento (E.13, Grupo I)



Foto 9 O AIS organizando os prontuários para o atendimento médico (BASTOS, 2011).



Foto 10 AIS arquivando os prontuários após atendimento médico. (BASTOS, 2011)

Os diversos documentos que abordam o Processo de Trabalho dos AIS como Associação Saúde Sem Limites (2005); Pereira Novo (2010) entre outros, não trazem claramente definidas as suas atribuições, e em muitos pontos chegam a ser contraditórios, com informações vagas e de difícil compreensão, que suscitam dúvidas a este respeito. No Referencial Teórico deste estudo apresentamos duas matrizes de competências e habilidades elaboradas para o AIS – (ASSOCIAÇÃO SAÚDE SEM LIMITES, 2005; PEREIRA NOVO, 2010).

A matriz de competências e habilidades presente no documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) assemelha-se bastante com a matriz da Associação Saúde Sem Limites (2005), apesar de a primeira apresentar mais atribuições do que a segunda. O conjunto de atividades que compõe a “agenda de trabalho” do AIS documentado no livro *Os Agentes Indígenas do Alto do Xingu* de Pereira Novo (2010) é a mais sucinta, objetiva e com uma linguagem de fácil compreensão, adequado ao público a quem mais interessa compreender tais atribuições – os próprios AIS.

No entanto, na ausência de uma regulamentação própria da sua profissão, o documento produzido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) é o que mais se aproxima de uma normatização da profissão do AIS e por conta disto, serviu como base para os processos de sua qualificação no País. Todavia, muitos avanços ainda são necessários no sentido do reconhecimento da função do AIS como categoria profissional e das definições das suas atribuições pois, essa situação de indefinição

é propulsora de diversos problemas a começar pelo que acabamos de discutir a respeito dos AIS assumirem atividades que não lhe são próprias deixando de assumir àquelas que são típicas de um agente local de saúde.

Um dos sujeitos do estudo, que é profissional de saúde da EMSI (E.10, Grupo I) relata como a falta de reconhecimento dos AIS como profissão implica no processo de trabalho deles:

Não encaram isso como deveriam encarar, né, falta coisa ainda. Falta ter reconhecimento profissional, falta as pessoas terem perfil para trabalhar. Falta tudo isso para o trabalho deles deslanchar [...] Falta capacitação, assim, na capacitação deles eles aprenderem a ter responsabilidade no trabalho deles, o principal é isso, eu acho né. Eles entenderem a profissão deles, o reconhecimento da profissão e entenderem que o trabalho deles é esse, que é um trabalho como outro qualquer, requer responsabilidades também. Como o meu requer, o do enfermeiro, o do médico (E. 10, Grupo I)

Por esta razão, a situação de instabilidade e indefinição em que se encontra o AIS impõe limites ao seu processo de trabalho:

- O cumprimento insatisfatório das atividades que lhe cabe;
- O cumprimento de atividades que não lhe cabem;
- O cumprimento exacerbado das suas atividades, extrapolando os limites das suas atribuições;

Alguns agentes indígenas de saúde reforçam em suas falas a sobrecarga de trabalho a que se submetem, talvez por desconhecerem os limites das suas atribuições e por não terem garantidos os seus direitos trabalhistas, consequências da falta de reconhecimento profissional deles:

Porque nós não tem hora né, pra parar de trabalhar, é de dia, de noite, 24 horas todo dia (E.8, Grupo I).

[...] É 24 horas no ar, aí eu fui pra Pombal (Ribeira do Pombal), pra festa de Pombal, aí eu fui pra lá, passei dois dias, aí quando eu vim fiquei mais 3 dias sem ir na casa do povo, aí pegaram pesado comigo, falou 'mas não tem enfermeiro, não tem médico, não tem dentista, mas você tem obrigação de andar nas casas...ser sincero dessa parte eu erreí, que a gente não tem direito de 'tirá' férias, e a equipe tava todo mundo de férias, mas eu sei que dessa parte eu erreí (E. 10, Grupo I).

Meu trabalho aqui é o seguinte: é de domingo a domingo, 24 horas no ar [...] (E.11, Grupo I).

Um dos AIS (E. 3, Grupo I) referiu ainda que no início da sua profissão deixou de cumprir com os seus compromissos como indígena como por exemplo estar presente nas reuniões de Conselho Tribal e nas atividades coletivas próprias do GI, como a Roça Comunitária, porque estava fazendo um número maior de visitas do que o necessário

Antes passou um pouquinho né (querendo dizer que deixou um pouco de lado as atividades citadas), mas agora não, porque antes eu era mais corrido e hoje foi maneirando mais, não sei se foi porque era direto andando nas casa e quando fizemo uma reunião e pediram pra ser uma visita na semana em cada casa, no máximo duas visita, ai eu fazia as visitas em todas as casas né, ai agora facilitou mais pra mim, ai eu tenho como fazer minhas atividades agora, cuidar das minhas coisinha pouca ai (E.3, Grupo I).

Para superar esta situação, acreditamos que um dos primeiros desafios seria a discussão compartilhada das Atribuições do AIS, partindo da realidade de cada lugar, discutida em conjunto com os próprios AIS para que fossem consideradas as dificuldades e facilidades, e até elementos da micropolítica de uma forma horizontalizada, sem que parecesse tão utópica e distante da conjuntura real, como se caracterizam as atuais propostas.

Desta forma, partindo do real e considerando os nós críticos que dificultam ou inviabilizam certas ações, novas atribuições poderiam ser criadas de forma estratégica para contornar as dificuldades e outras tantas poderiam ser extintas, considerando o critério da viabilidade. Da mesma forma, a liberdade para novos ‘arranjos’ e adaptações à realidade de cada localidade deverão ser garantidos, e desta forma, em um processo construção coletiva e socioculturalmente adaptada, a compreensão dos agentes sobre o seu papel seria facilitada. Pereira Novo (2010) destaca que as atividades dos AIS descritas no seu estudo – apresentadas na página 55- são provenientes de uma construção partilhada entre o AIS e uma pesquisadora e por esta razão nos parecem mais sólidas, viáveis, e comprometidas com a realidade cultural da comunidade indígena.

Em contrapartida, os ACS, cujas bases para o delineamento da agenda de trabalho dos AIS fora inspirada, estão muito à frente no processo de definição da sua identidade profissional e vinculação institucional.

A habilitação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde foi alcançada desde 2004, através do parecer do Conselho Nacional de Educação/Câmara de

Educação Básica nº 19/04 que aprovou a proposta do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

A proposta de habilitação dos ACS prevê a oferta do ensino profissional associado a escolarização como etapas de seu processo formativo. O seu ingresso no processo formativo não está condicionado à escolaridade do trabalhador, porém a habilitação profissional exige a conclusão de todas as etapas do processo formativo do curso e do ensino médio.

Para realidade dos AIS esta seria uma proposição interessante, pois apesar de ser critério para seleção dos AIS a conclusão do ensino médio, vemos que grande parte das pessoas que assume essa atribuição não completou nem se quer o ensino fundamental, e não são inseridos em propostas de educação como os ACS. No contexto Kiriri, grande parte dos AIS não completaram o ensino médio (quadro 9), o que alguns profissionais da EMSI apontam como **dificuldade** para a execução das atividades:

Porque tem agentes que são semi-alfabetizados, não sabem nem escrever direito. Então não dá pra fazer um trabalho com os agentes que são semi-alfabetizados. Hoje os ACS precisam ter 2º grau, não é? Pra ser... tem que terminar. Então, acho que os agentes indígenas de saúde também tem que ter pelo menos o 2º grau pra poder ta trabalhando na área de saúde. Então eles não cumpriam o papel deles. Os meus agentes eram quatro. Não. Eu tinha 5 agentes indígenas de saúde, dos cinco, apenas dois conseguia, vamos dizer assim, 70% cumprir com os objetivos deles. O restante , não, não conseguia (E.18, Grupo I).

[...] E os agentes de saúde que são indígenas, eles tem, assim, uma dificuldade muito grande de agilizar o processo do atendimento, não sei se é porque talvez eles tenham essa dificuldade seja por falta de conhecimento, eu acho que eles não estão preparados, não todos [...] (E.14, Grupo I)

No entanto, o documento 2, *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas* (BRASIL, 2002a) fez referência a

uma estreita cooperação com o Ministério da Educação e Secretarias Estaduais de Educação [...] para a execução de diversos aspectos desta política. Entre estes, destacam-se a necessidade de integração da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas com os currículos básicos das escolas indígenas, a garantia do ensino fundamental em programas especiais para jovens e adultos como componente fundamental na formação dos Agentes Indígenas de Saúde, o envolvimento das universidades nas atividades de pesquisa e extensão, a capacitação e certificação dos agentes indígenas de saúde e dos profissionais de saúde que atuam nas áreas, assim como o apoio ao desenvolvimento de atividades de educação comunitária em bases culturalmente adequadas (BRASIL, 2002a, p. 23).

O documento 5, *Termo de cooperação técnica FUNASA/SESAB (2006)* também refere como competência da FUNASA, órgão gestor da saúde indígena no período, hoje assumida pela SESAI

promover a articulação com o Ministério da Educação e Secretaria Estadual de Educação, com vistas a viabilizar o acesso dos Agentes Indígenas de Saúde à educação geral – ensino fundamental e aproveitamento de estudos em relação à educação profissional.

Enquanto isto, em 2006 os Agentes Comunitários de Saúde obtêm a regulamentação da sua profissão e suas atribuições são definidas através da Lei 11.350 de 5 de outubro de 2006, que também regulamenta a profissão dos Agentes de Endemia, em substituição a Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Além disso, são estabelecidos os requisitos para o seu exercício profissional, seleção pública e a sua vinculação trabalhista com base na Consolidação das Leis do Trabalho (BRASIL, 2006).

É necessária uma mobilização e organização da categoria dos AIS para se aproximarem destas conquistas alcançadas pelos ACS. Um primeiro passo foi dado, e nós pudemos testemunhá-lo, pois durante a *2ª Conferência Municipal de Saúde de Banzaê* estiveram presentes 11 delegados indígenas, dentre eles seis eram Agentes Indígenas de Saúde, e mediante esta participação puderam aprovar a proposta do seu reconhecimento profissional, a ser defendida na *Conferência Estadual de Saúde* e se aprovada nesta instância, chegaria até a *Conferência Nacional de Saúde*.



Foto 11 Ao centro vestidos na cor azul, três dos seis delegados AIS que participaram da 2ª Conferência Municipal de Saúde de Banzaê, e de amarelo no canto direito o Cacique 1, Banzaê, julho, 2011.

Admitimos que nós tivemos uma participação relevante neste processo, bem como os demais membros da EMSI, como o odontólogo e a enfermeira, mediante a nossa presença nas reuniões dos Conselhos Locais de Saúde das várias aldeias Kiriri, em que pudemos prestar orientações, tirar dúvidas e instrumentalizá-los para uma participação autônoma, democrática, consciente e deliberativa.

Na reunião do Conselho Local da Mirandela, tivemos inclusive a participação inédita, do Secretário Municipal de Saúde de Banzaê, juntamente com a Coordenadora Municipal da Atenção Básica, talvez pela nossa atuação na área naquele momento histórico.



Foto 12 Reunião do Conselho Local de Mirandela. Da esquerda para direita compõe a planária: o cacique 1, o coordenador Regional da FUNAI, o Secretário Municipal de Saúde, a coordenadora da EMSI, a enfermeira da EMSI e por último o AIS no papel de redator, 2011.

Portanto, a falta de reconhecimento e formação profissional dos AIS são elementos que contribuem para uma prática descaracterizada, voltada para a doença e não no sentido da promoção da saúde. As ações desses agentes acabam por resumir-se à identificação de quaisquer sinais e/ou sintomas relacionados a doença ou captação da informação sobre o adoecimento dada pela própria família, sendo feito o acionamento do Polo Base para posterior encaminhamento para unidade hospitalar. Alguns poucos agentes inclinam suas ações para a orientação para a saúde, mesmo com o foco individual, ou para a família durante as visitas domiciliares, sendo inexistentes as ações educativas voltadas ao coletivo. Uma realidade voltada para o desenvolvimento de ações individuais sob a doença, talvez pelo fato de ter havido um 'preparo' desarticulado do processo saúde-doença e até mesmo a falta de uma supervisão da equipe de saúde da família no

acompanhamento das suas ações no ambiente comunitário e/ou domiciliar das famílias.

No contrário, os ACS para assumirem a sua atribuição, de acordo com a Lei de seu exercício profissional 11.350/06 (BRASIL, 2006), devem ter concluído toda a etapa de formação profissional e do ensino fundamental. Desta maneira, o processo de formação do ACS apresenta uma carga horária mínima de 1.200 horas, incluindo prática profissional através de estágio supervisionado, sendo estes cursos executados por meio de Escolas Técnicas de Saúde do SUS.

Já o curso de formação do AIS tem uma carga horária total de 1.080 horas, sendo 700 horas no período de concentração e 380 horas na etapa de dispersão. A estrutura curricular está organizada em módulos temáticos, sob os princípios da interdisciplinaridade e intersetorialidade, enfocando a promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos de maior impacto epidemiológico entre os povos indígenas (ASSOCIAÇÃO SAÚDE SEM LIMITES, 2005).

O primeiro módulo aplicado introduz o contexto das relações interculturais e suas implicações no processo saúde-doença e na mudança do perfil de morbimortalidade e a organização dos DSEI. A ordem de aplicação dos demais módulos deve ser definida a partir do critério epidemiológico.

Sendo assim, os seis módulos que fazem parte da formação dos AIS são:

- 1 Módulo Introdutório;
- 2 Módulo Doenças Endêmicas;
- 3 Módulo DST/AIDS;
- 4 Módulo Parasitoses intestinais e doenças de pele;
- Módulo Saúde da Mulher, da Criança e Saúde Bucal; e
- Módulo Saúde do Adulto e Atendimento de Urgências

Cada módulo possui quatro eixos temáticos:

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

Outrossim, questionamos: como forma construídos tais módulos? Houve participação da comunidade? Quem os definiu? Há uma articulação teórico-prática voltada para a realidade local? Como se dá a participação dos AIS neste processo de construção das atividades inerentes a sua atuação?

Ressaltamos que as competências e habilidades previstas no processo de formação serão desenvolvidas ao longo destes seis módulos. Entretanto, até os dias atuais, apenas três dos seis módulos foram desenvolvidos: 1º módulo introdutório (em 2006), 2º módulo sobre DST/HIV (em 2009) E O 3º módulo de Saúde da Mulher, da Criança e Saúde Bucal (em novembro de 2011). Por conseguinte, a não conclusão do processo de formação dos AIS é referida pela EMSI como **dificultador** para o trabalho, repercutindo na autoestima e autoconfiança dos AIS. A fala do profissional de saúde reflete essa situação.

Eu acho assim, eles têm muita dificuldade, mas a capacitação seria muito interessante se a SESAI agora desse continuidade nessa capacitação deles, pra eles se sentirem mais seguros ainda, mais aptos pra fazerem determinados procedimentos, até mesmo coisa simples de orientações, ações educativas, que **a gente percebe que tem muita insegurança de fazer ainda, muita vergonha, e quando tem as capacitações acabam tendo mais confiança, né, e acabam se desenvolvendo melhor.** Eu acho que essa não capacitação deles atrapalha demais, emperra o trabalho, né, porque eles carregam muitas coisas ainda de tabus, de preconceitos e acabam levando isso pra dentro do trabalho e isso acaba atrapalhando o desenvolvimento (E.17, Grupo I).

Da mesma forma, dois agentes revelam em suas falas a necessidade que sentem de completar o seu curso de formação para ampliar a sua valorização profissional, o seu reconhecimento e a segurança para o trabalho.

**Eu como agente de saúde to me sentindo agora uma pessoa bem desenvolvida e quero ser uma pessoa capaz agora, de assumir esse cargo como agente de saúde,** porque pra ser agente de saúde, vamos dizer que eu tinha que **completar os módulos** tudo certinho sabe? Que eu sabia todas as regras que era pra ser feita, mas como ta so pela metade, **eu não posso dizer eu sou um legítimo agente de saúde** (E.3, Grupo I).

Eu acredito que nós seja o início de uma profissão, **porque a gente ta fazendo um curso que parou,** né. E a gente depois desse curso, que a gente até agora não é reconhecido como profissional, como uma profissão. **A gente é só um serviço prestado como um colaborador na comunidade. É, mas futuramente diz que a gente vai ser reconhecido** (E.4, Grupo I).

O sentimento de insegurança e “incapacidade” que os AIS sentem por não terem completado o seu processo de formação é explícito nestas falas. Outra

implicação sobre a formação dos AIS é o seu processo de reconhecimento profissional, pois se não há profissionais formados, não há como haver reconhecimento, sendo que eles se compreendem como “o início de uma profissão” e guardam a expectativa de “mas futuramente [...] ser reconhecido” (E.4, grupo I).

Em relação à falta de reconhecimento dos AIS, os delegados da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena formalizaram uma Moção de apoio (Doc. 13):

Nós, delegados da 4ª CNSI, realizada na cidade de Rio Quente/ GO no período de 27 a 31 de março de 2006, vimos por meio deste abaixo assinado, formalizar nossa MOÇÃO DE APOIO à 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 nº 10.507, de 10 de julho de 2002, 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 (BRASIL, 2006).

Todavia, o entrevistado 16, profissional de saúde, relativiza as dificuldades apontadas pela falta de formação do AIS e aponta algumas melhorias alcançadas pela qualificação dos AIS, apesar de tecer críticas a não conclusão desse processo. Faz referência ainda à solicitação frequente do AIS sobre o uso do carro para atender as necessidades de saúde dos usuários, restringindo suas ações aos encaminhamentos de problemas de fácil resolubilidade na atenção básica dentro da própria aldeia para uma assistência de maior complexidade em outra unidade.

Fazem aquela coisa de ligar, pra pedir carro, qualquer coisa tá pedindo carro. E tem coisa que podem resolver aqui, né. Principalmente se tratando do que eles aprenderam. Módulo 1 e módulo 2. Diarréia e IRA, no módulo 1, e no módulo 2 foi sobre DST/AIDS. Tinha muita coisa que, eu acho que até melhorou bastante, porque era pior, questão de diarréia, de infecção respiratória, que eles jogavam muito pra Pombal, e hoje eles já entendem um pouco mais, e as pessoas não viajam tanto por causa disso. Mas ainda vão. Sabem fazer o soro caseiro, sabem fazer que não faziam, e outras coisas, né ( 16, Grupo I).

O hábito de ligar para a FUNASA, da mesma forma, foi referido pelos AIS como sua atividade corriqueira.

[...] bom o meu foco é o seguinte: chega uma pessoa aqui, pede pra ligar pro Pólo porque tá doente, aí eu ligo pro Pólo, o nosso é em Ribeira do Pombal e aí eu tento avisar ao motorista (E. 9, Grupo I).

Quando não tem enfermeira, eu ligo pra Pombal. Eu ligo pro carro, o carro vem buscar: leva e traz, é isso que eu faço (E.8, Grupo I)

A situação de insegurança em que se deparam os AIS quando não se sentem amparados num trabalho em equipe, nos passa a idéia de eles têm que dar resolubilidade à problemas de saúde que eles não sabem como resolver, mas que são compelidos a isso pela sua comunidade. Esta situação poderá ser reforçada pela falta de qualificação em que os AIS se encontram, que faz com que diante de situações de fácil resolubilidade eles optem pelo encaminhamento do usuário para unidade hospitalar, pois não se sentem seguros para tomar decisões. Por conta disto, acreditamos que ainda estamos longe de alcançar o que intenciona o Ministério da Saúde a despeito da formação dos AIS:

O processo de formação dos agentes indígenas de saúde será elaborado dentro dos marcos preconizados pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB (Lei nº 9.394/96), no que diz respeito ao ensino básico, direcionado para a construção de competências/habilidades, visando facilitar o prosseguimento da profissionalização nos níveis médio (técnico) e superior (tecnológico). Deverá seguir metodologia participativa, propícia à comunicação intercultural, de modo a favorecer o processo recíproco de aquisição de conhecimentos. Os estudos e levantamentos sócioantropológicos existentes e os realizados de forma participativa deverão ser aproveitados como subsídios à formação de recursos humanos e à própria prestação de serviços a Lei nº 9.394/96 (BRASIL, 2005, p 6) (Doc.3).

Outrossim, questionamos: como será operacionalizada essa Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei 9394/96) diante de um grupo diferenciado culturalmente – o índio? a medicina acadêmica/científica ainda é hegemônica e as relações de poder são visíveis? Como trabalhar tais diretrizes sem ter ouvido os seus sujeitos – o AIS e a comunidade na qual está inserida? Será que os “formadores” desses sujeitos foram ou estão sensibilizados e imbuídos da necessidade de se atentar e respeitar um trabalho de comunicação intercultural entre eles?

Por estas razões mencionadas, o processo de trabalho dos AIS Kiriri mostra-se incongruente com as prerrogativas traçadas para sua agenda de serviços. Uma das razões mais apresentadas nas queixas dos AIS e demais membros da EMSI diz respeito a não conclusão do seu processo formativo. O desconhecimento das atividades levantadas na sua agenda de serviços leva a esses agentes a atuarem de

forma descaracterizada, afastando-se do referencial preventivo e da promoção da saúde.

Além de todos esses problemas que afetam o andamento do processo de trabalho dos AIS, outro ponto que origina muitas queixas dos AIS diz respeito ao seu próprio deslocamento, pois não lhes são fornecidos mecanismos de deslocamento, o que pode comprometer o serviço prestado por eles. No caso do GI Kiriri a questão do deslocamento dos AIS tem a peculiaridade de se tratar de uma área extensa territorialmente, dividida em 11 localidades, distantes umas das outras. Ressaltamos ainda que alguns AIS chegam a ter mais de uma localidade sob sua responsabilidade, conforme as convergentes falas:

Diz eles que nós somos uma equipe, mas equipe essa que quando é o índio, eles não se sentem no compromisso de transportar o funcionário índio. Assim: hoje é dia do médico, a enfermeira, aí eles programam lá e vem, mas se for pra levar o índio de uma comunidade pra outra pra trabalhar eles não vem (E.2, Grupo I).

[Uma dificuldade que temos] É a localidade. Porque aqui é muito distante as casas pra mim andar. As casas são muito distantes. A dificuldade que eu acho é isso. Porque quando acontece, no caso, hoje mesmo não tem carro, transporte, né, aí no caso se é pra mim avisar todos, não tem como porque a distancia, é muito distante as casas, e já aconteceu muito isso, de não acontecer o atendimento, aí eu tenho que sair de casa em casa. Aí eu acho muita dificuldade nisso (E.5, Grupo I).

[Uma dificuldade que temos] É o transporte até a comunidade que é distante. A mais longe Baixa da Cangalha e Baixa do Juá [...] Umas duas horas de moto. Alguns dias eu vou de moto, outros dias eu tenho que 'caçar'. Porque eu mesmo não tenho moto, aí eu tenho que caçar pra depois me levar. Aí no dia que não acho moto não tem como ir (E.8, Grupo I).

Portanto, a questão do deslocamento dos AIS é sem dúvida um dos nós críticos quem vem dificultar o seu trabalho na área indígena. As falas dos entrevistados 5 e 8 vem reforçar que o seu trabalho é realizado quando é possível, quando tem transporte, quando tem condição de fazê-lo, e quando não tem condições ficam sem fazer. Outros AIS referem que já receberam, no início da sua contratação, bicicleta para se deslocarem e guarda-chuva, mas que devido a sua baixa qualidade e uso contínuo logo ficaram desgastados e não houve reposição.

Apesar do trabalho do AIS ser através de ações desenvolvidas no espaço domiciliar, no seu cotidiano diário é preciso que haja um planejamento em situações extremas, de longas distâncias, para que ocorram as visitas. Mas temos clareza de

que é impraticável o uso exclusivo do carro para qualquer visita sem uma justificativa plausível.

Todavia, a FUNASA, gestora da saúde indígena no período estudado, no documento *Relatório Final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena* (BRASIL, 2007) (Doc. 13) assegura a garantia dos mecanismos de transporte, responsabilizando-se a estruturar o DSEI,

garantindo a aquisição e manutenção de transporte – carros, barcos, motores de popa, bicicletas, motos, etc. – para as equipes multidisciplinares e de apoio, conforme a realidade de cada região (BRASIL, 2007).

Diante da impossibilidade de deslocar-se, a visita domiciliar, principal atividade a ser realizada por tais agentes vai sofrendo prejuízos, e outros ambientes ganham espaço para as suas intervenções, tornando a sua prática ainda mais descaracterizada.

O ACS tem como atividades principais as visitas domiciliares e a educação em saúde, pois dentro da perspectiva do Programa Saúde da Família é uma atividade obrigatória, uma vez que a proposta do programa é a reorientação do modelo de atenção através da intervenção de saúde, tendo como alvo a família, e por conta disso, não deve resumir-se aos muros unidade de saúde (BRASIL, 1997).

Portanto, o principal espaço de intervenção do ACS deve ser a sua área de abrangência, porém vimos que o AIS tem muitas atribuições que prendem ele à unidade de saúde, o que implica na deturpação da sua concepção sobre seu espaço de trabalho, pois muitos citaram em seus depoimentos a unidade de saúde, a escola (ambiente utilizado para o atendimento da EMSI nas aldeias que não dispõem de posto de saúde) e um agente, diferente dos demais, cita até o domicílio dele [AIS] como seu espaço de trabalho. Nas falas a seguir, reunimos os depoimentos que são **convergentes** na compreensão da área de abrangência como seu espaço de trabalho:

Meu espaço de trabalho é Mirandela e Pau Ferro, as duas aldeias (E.2, Grupo I).

É a comunidade. Dentro da comunidade (E.5, Grupo I).

Meu espaço de trabalho é na comunidade, nas casas das pessoas (E.7, grupo I).

Daqui pro Araçá, da Lagoa Grande para o Araçá. Pra mim é dentro da comunidade. Só na comunidade, só. Pra mim. É na comunidade (E.3, Grupo I).

De forma complementar, alguns depoimentos referenciam a unidade de saúde como espaço de intervenção de AIS além da área de abrangência.

Meu trabalho é essa região, a comunidade e ali onde a médica está ali, meu escritório é aquele ali. É a escola. Que ali a FUNASA ficou de fazer a casa de ponto apoio, mas só que isso nunca aconteceu [...] (E.4, Grupo I).

É muito voltado pra comunidade mesmo [...] no posto de saúde também, mas muito mais voltado pra dentro da área mesmo (E.6, Grupo I).

Meu espaço de trabalho é aqui na Baixa do Juá, o percurso pra percorrer é essa área aqui, e também aqui, o atendimento é nessa escolinha aqui, também é meu trabalho aqui, né (E.8, Grupo I).

Diferentemente das falas apresentadas, um entrevistado, profissional de saúde, cita o campo [espaço rural] e a casa das famílias como espaços de trabalho do AIS, na perspectiva das ações enquanto sujeito indígena, e um outro, AIS, cita a sua própria casa como seu espaço de intervenção:

No campo, é no campo, onde ele vai roçar. E nas casa do povo, fazendo as visitas... fazendo as visitas nas casas, domiciliar (E.13, Grupo I).

Meu espaço é aqui, na comunidade. Na comunidade do Segredo, geral. É onde eu trabalho. Mas eu fico mais em casa, às vezes quando chega, me procuram eu to a disposição. Só sábado e domingo que é mais difícil de achar eu casa, que eu saio. Agora de segunda a sexta eu tô em casa (E.10, Grupo I).

A análise que fazemos preliminarmente destas diferentes concepções de espaço de intervenção do AIS, é que por seus saberes e práticas ainda não estarem totalmente instituídos, e ampliado pela falta de supervisão e qualificação, este profissional passa a ter um elevado grau de autogovernância, liberdade e autonomia dentro do seu processo de trabalho, com a finalidade de atender as necessidades de saúde da sua população. Desta forma, os diferentes espaços de intervenção do AIS (especialmente os ambientes extraprofissionais como o 'campo' e a sua residência) reforçam de certa maneira, uma 'adaptação' para assegurar determinadas ações a serem desenvolvidas no ambiente domiciliar pelo AIS.

Entretanto, ao se 'instituir' no cotidiano, há uma necessidade de uma análise, até porque as ações são focalizadas na família e não apenas em um representante, tornando-se limitante.

O Programa Saúde da Família, enquanto estratégia de atuação social no sentido da reorientação das ações no âmbito da Atenção Básica propõe a organização das práticas de saúde no espaço social das famílias, uma vez que o domicílio é considerado o cenário onde ocorrem as relações sociais e os principais eventos geradores e determinantes do processo saúde/doença, sendo por esta razão um espaço privilegiado para o desenvolvimento das ações de prevenção e promoção da saúde.

No entanto, para alguns AIS Kiriri o domicílio não é claramente definido como seu espaço de intervenções, vez que ele reconhece na sua prática cotidiana outros ambientes onde as suas ações são estabelecidas. É importante frisar que os domicílios não devem ser o único espaço de atuação desses sujeitos, mais deve ser um espaço prioritário, com o foco das ações de saúde sobre a família e as suas necessidades.

De modo geral, notamos que os AIS não incorporaram o domicílio como um espaço potencial para a mudança/ transformação de práticas na direção da saúde. Em algumas visitas realizadas em conjunto com alguns AIS, observamos que suas ações se resumiam a transmissão de recados, o que muitas vezes nem necessitava de uma ida ao domicílio, posto que um aviso pode ser dado em qualquer esquina, ou mesmo na porta da residência sem necessidade de adentrá-la. Talvez as ações a serem desenvolvidas no ambiente domiciliar não tenham assumido para o AIS relevância na sua prática como trabalhador da ESF.

A visita domiciliar tem como objetivo a prestação de uma assistência educativa e assistencial no âmbito do domicílio. "É através dela que fazemos um levantamento e avaliação das condições sócio-econômicas em que vive o indivíduo e seus familiares, elaborando assim uma assistência específica a cada caso" (KAWAMOTO et al, 1995, p. 35).

Nesse sentido, a Visita Domiciliar é um espaço privilegiado para as atividades de educação em saúde além de uma importante ferramenta capaz de contribuir para a consolidação das práticas de saúde no sentido da promoção da qualidade de vida.

Compreendemos, portanto, na perspectiva do processo de trabalho em saúde, o espaço de intervenção como o local em que o trabalhador organizará a sua caixa de ferramentas, com as valises tecnológicas e que aplicará as tecnologias (instrumentos de trabalho) no cuidado à saúde (MERHY, 2002). Assim, com relação aos instrumentos de trabalho, os depoimentos dos AIS revelam uma valorização das tecnologias duras em detrimento das tecnologias relacionais.

Meus instrumentos são a balança, aquelas redinhas, fita métrica, e dois frasco de botar água (E.3, grupo I).

Balança, aquela bolsinha que bota as crianças dentro e uma bolsa. O Kit da balança (E.5, grupo I).

Que eu uso mesmo no meu trabalho é negócio de balança, termômetro, fita métrica, e é isso. Eu uso fita métrica, pra pesar as crianças, medir...(E.6, grupo I).

Meus instrumentos de trabalho é uma caneta, um caderno, e essa bolsa. Cartão de vacina, que quando nasce uma criança que eu passo na casa, que vem do hospital, e vejo, passo o cartão de vacina, deixo com a mãe e uma trena também, métrica, né, pra medir a criança, quando necessário, e a balança aqui no posto quando a gente pesa; antes eu pesava de casa em casa, aí depois voltamos a se reunir aqui no posto para pesar as crianças (E.7, grupo I).

Aqui eu tenho balança, fita métrica, ando com soro caseiro, e um caderno e uma caneta (E.10, grupo I).

A compreensão do AIS sobre seus instrumentos de trabalho restringe-se à elementos da tecnologia dura, estritamente relacionados aos equipamentos e materiais. Esta concepção de instrumentos de trabalho aproxima o trabalhador do modelo clínico de atenção que de acordo com Mendes-Gonçalves (1992) têm como principais instrumentos do trabalho no campo da saúde o próprio trabalhador, seu saber instituído e seus materiais e equipamentos.

O agente de saúde, segundo Ferreira e outros (2009), encontra-se numa posição no contexto da saúde, que o torna capaz de produzir encontros positivos entre os demais trabalhadores e usuários e o agir tecnológico e o estratégico por possibilitar a invenção de novos modos de operar os atos assistenciais e criação de espaços relacionais, de escuta qualificada e de vínculo afetivos e efetivos.

Os espaços relacionais, conhecidos como espaços intercessores entre trabalhador e usuário, deverão abrir possibilidades para um processo de escutas dos problemas, para uma troca de informações, para um mútuo reconhecimento de direitos e deveres, e para um processo de decisões que pode possibilitar

intervenções pertinentes e/ou eficazes, em torno das necessidades dos usuários finais (MERHY; FRANCO, 2003).

Esses espaços de intercessão representam ainda os espaços de conformação das caixas de ferramentas do trabalhador, no nosso caso o AIS, a partir dessa inter-relação, em que vão se conformar os determinantes da sua ação produtiva em ato, que pode apoiar-se em tecnologias duras, leve-duras ou leves.

Quando questionados sobre os instrumentos do seu processo de trabalho, os AIS de uma forma geral se referiam aos equipamentos e materiais utilizados na sua prática cotidiana, que representam o núcleo duro do seu processo de trabalho. No entanto, a leitura exhaustiva das entrevistas permitiu identificar a incorporação de tecnologias leves, ou seja, das relações, à prática dos AIS kiriri, como vínculo, responsabilização e outras.

[...] porque tem coisas que as pessoas sente e tem vergonha de falar com a enfermeira, tem vergonha de falar com, aqui também não tem medico né? Se tivesse medico muitas mulher não falavam, tem vergonha de falar, ai eu me sinto assim desenvolvido através deles, **porque conta pra mim, e eu conto pro profissional** (E.3, grupo I) .

Agora eles estão acostumando mais, né. conta as dificuldades deles. Mas tem uns ainda que não contam, aqueles mais idoso, eles não conta, às vezes tem problema, eles não conta, aí quando vai falar já não tem mais jeito né? Depois eles fala que é porque tem vergonha. Aí depois começa a convencer, né Porque tem muitas mulher também que não faz o preventivo, né? Precisa você ta conversando, comentando que é bom, que tem isso assim, que acontece assim, aí eu vou, conto esta história né, elas acabam indo (E.11, grupo I).

Minha relação com a comunidade nós somos tipo uma família de dentro de casa. Porque tudo o que acontece na casa de um lá da gente todo mundo vai saber, e agora ajunta ali, aí vamo saber, vamo conversar, o que é bom pra gente e o que não é, nós vamos definir,e resolver o problema deles (E.10, grupo I).

A partir das falas aqui colocadas podemos vislumbrar que neste espaço de intercessão entre o AIS e a sua comunidade há incorporação de elementos como acolhimento, vínculo e responsabilização na inter-relação do AIS com a sua comunidade, contrariando a lógica instrumental, centrada em tecnologias leve-duras e duras transcritas em atos prescritivos.

As falas reforçam ainda o papel do agente como mediador das relações entre a equipe de saúde e a comunidade “porque conta pra mim, e eu conto pro profissional” (E.11, grupo I) demonstrando ainda a confiança que a comunidade tem em tais agentes, como também a importância deles para o trabalho em saúde.

Segundo Ferreira e outros (2009), o fato de compartilhar o mesmo contexto sócio-cultural e lingüístico das pessoas traz facilidades ao trabalho, pois estabelece espaços acolhedores de escuta, vínculos e responsabilidade que contribuem para a promoção da autonomia dos sujeitos.

Por outro lado, essas relações podem se estabelecer de forma sumária e burocrática, onde a assistência se produz centrada no ato prescritivo, compondo um modelo que tem na sua natureza, o saber médico hegemônico, produtor de procedimentos (MERHY, 2002).

Neste sentido, é importante lembrar que a organização e a divisão do processo de trabalho definem-se pelo objetivo final que se quer atingir. Nesse sentido, a lógica da produção dos serviços centrada na concepção médico-curativa tende a buscar como finalidade à cura somente, orientada pela fragmentação dos procedimentos, pela tecnificação da assistência e pela mecanização do ato em saúde. Por outro lado, sob a lógica da promoção da saúde como objetivo final do agir profissional, a tendência é pautar-se numa concepção que tem o usuário como figura central, utilizando-se de tecnologias leves para o cuidado, como a escuta, o vínculo e a responsabilização, de forma integrada com a equipe e usuários.

Os saberes, os seus conhecimentos adquiridos no seu processo de formação, não foram apontados por nenhum sujeito como instrumento de seu trabalho, mesmo em um contexto em que se observa a precariedade de recursos tecnológicos. A nossa observação nos revela que na realidade da saúde indígena, em que nos deparamos com inúmeras restrições, e dificuldades de acesso a materiais e insumos de primeira necessidade; o profissional de saúde só pode contar, em muitas situações, com o seu saber, no sentido da promoção da saúde; instrumentalizando os usuários para o seu autocuidado com os recursos que o mesmo dispõe.

E essa é uma realidade que não envolve apenas o AIS, mas todos os trabalhadores da equipe de saúde, pois compartilham das mesma dificuldades. Diversas vezes, ainda como enfermeira da EMSI em Massacará, deixávamos de realizar procedimentos técnicos como o exame preventivo do colo do útero, por não dispor tanto de estrutura física adequada quanto de recursos materiais, e alternativamente, realizávamos rodas de conversa com a comunidade na sala de espera da USF sobre a importância do exame preventivo do câncer de colo de útero ; da mesma maneira, presenciamos, no contexto Kiriri, o cirurgião dentista realizar

ações educativas sobre Saúde Bucal com a comunidade por não poder realizar seu atendimento devido a problemas técnicos em seu equipamento de trabalho.

Então, muitas vezes em contextos de extrema precariedade tecnológica, o profissional é induzido a incorporar a prática educativa ao seu processo de trabalho por não lhe restar outras opções. No entanto, para que haja realmente uma sensibilização da população em busca das transformações requeridas na saúde, é necessário que o profissional detenha essa compreensão da importância dessas ações para a saúde daqueles indivíduos, uma vez que as ações educativas podem, em algumas situações, impactar mais a saúde do que o simples procedimento técnico/individual.

Particularmente, neste estudo, observamos que os AIS não reconhecem o seu saber como a principal ferramenta para a promoção da saúde, pois eles não têm uma compreensão de que deveria ser esta, a promoção da saúde, a sua finalidade principal no desenvolvimento do seu processo de trabalho.

Ao eleger como seus instrumentos de trabalho equipamentos e insumos apenas, o trabalhador revela que as suas ações estão orientadas, predominantemente, pela lógica do modelo clínico individual e concentradas em saberes especializados que fragmentam o processo de trabalho pela divisão técnica e social.

Esta característica do trabalho humano, segundo Sá e outros (2009), a divisão técnica do trabalho, oferece vantagens ao ato produtivo na perspectiva capitalista, mas retira a humanidade dos homens pela fragmentação do processo de trabalho afastando-os de sua finalidade, ficando reduzidos a força de trabalho, como recursos e mercadorias.

Mendes-Gonçalves (1992; 1994) sugere a existência de instrumentos materiais e não materiais no processo de trabalho em saúde, sendo os primeiros os equipamentos, material de consumo, medicamentos, instalações e outros. Os instrumentos não materiais seriam então os saberes que permitem a apreensão do objeto de trabalho, e que articulam em determinados arranjos os sujeitos (agentes do processo de trabalho) e os instrumentos materiais do trabalho.

A análise dos documentos que tratam do processo de trabalho dos AIS, e dos instrumentos educativos utilizados em seus processos de formação demonstram uma ênfase aos instrumentos não materiais (a orientação, a educação em saúde) ou seja, aos seus saberes. Mas então porque os AIS ainda pautam a suas ações em

instrumentos materiais, dando a estes uma supervalorização, em detrimento do que eles detêm de mais valioso dentro do processo de trabalho em saúde que se incline ao modelo preconizado pela Reforma Sanitária?

É uma questão que nos intriga, mas que não somos capazes de responder. “O trabalho em saúde, por sua própria natureza está sempre aberto ao trabalho vivo, potente para expressão da criatividade, para produção de vida e autonomia dos sujeitos” (SÁ et al., 2009, p. 462 ). E o processo de trabalho de um agente de saúde é dotado de uma autonomia e de uma liberdade criadora maior do que muitos outros trabalhos nesse campo, como o do médico, ou da enfermeira por exemplo, que muitas vezes tende a se deixar capturar pelo trabalho morto, podendo ficar restrito à produção de procedimentos.

Como afirma Merhy e Franco (2003a), o processo produtivo não pode ser considerado como de responsabilidade única dos trabalhadores de saúde, pois envolve questões históricas que determinaram a existência de uma diversidade de modelos de atenção à saúde, desde aqueles que valorizam a cura e tecnologia médica, àqueles que colocam o usuário como centro da atenção à saúde numa lógica da produção do cuidado com o uso essencialmente de tecnologias leves. Portanto, vemos nesta questão dos AIS, sobretudo um reflexo histórico, e até certo ponto cultural, da sobrevivência da hegemonia do modelo clínico.

No entanto, as falas não foram homogêneas nessa questão, pois um agente coloca-se como instrumento de seu trabalho no momento em que tece críticas à carência de recursos materiais

O instrumento é só a minha pessoa mesmo, gastando energia, andando nas casas, porque o que foi prometido não veio. Prometeram logo no início, porque a gente não tem comunicação. Aí foi prometido rádio amador, e isso não aconteceu. Prometeram jaleco que era pra pessoas identificar a gente né, também não veio. Era pra vir boné também, não veio. A única coisa que a gente recebeu foi um guarda-chuva, mas foi daqueles do ‘paraguay’ logo quebrou (E.4, grupo I).

A fala revela que o AIS reconhece a importância dos recursos materiais para o seu trabalho, e que na ausência dos recursos ele se reconhece e se valoriza como um instrumento importante na execução de seu processo de trabalho diferentemente dos outros depoimentos anteriores. Convergente com esse depoimento, Sá e outros (2009) reforçam que, sob a lógica do modelo clínico de saúde, os principais instrumentos do trabalho em saúde são o próprio trabalhador, como força de trabalho, seus saberes, materiais e equipamentos.

Outra fala de um AIS é complementar às até então apresentadas, pois apontam os instrumentos materiais (balança e “um bocado de coisa para quebrar o galho”), o telefone para ligar para o ponto de apoio solicitando o carro para dar assistência na ausência da equipe, e aponta ainda o compartilhamento de equipamentos entre os AIS.

Pra trabalhar a gente tem um bocado de coisa pra quebrar um galho, né. A gente tem que sobreviver. A gente tem o instrumento mais fácil pra gente que é indígena, quando tem um paciente doente, o telefone para ligar pro ponto de referência e chamar o carro, a gente já sabe pra onde ligar né, que é o telefone da FUNASA em Pombal. E quando é necessário tendo ou não a gente sabe onde procurar, isso é importante também. A gente tinha as balança pequena, as vezes eu pego aqui [na unidade] pego andando, boto na minha moto, amarro e trago pra pesar as pessoas. O instrumento que eu tenho assim, uns tem, a gente pede e divide com o outro (E.2, grupo I).

Esta fala reflete muitas questões, algumas delas já discutidas neste estudo, sobre o processo de trabalho do AIS. Primeiramente, as dificuldades materiais que tornam necessárias adaptações no cotidiano das ações desses sujeitos para atender as necessidades exigidas, como a aferição do peso das crianças. Na ausência de balança, o agente relata que utiliza a da unidade de saúde “pego aqui [...] boto na minha moto” ou utiliza a de outros agentes que à dispõe. Ainda revela a realidade diária de solicitar carro, hábito tão comum que leva ao AIS compreendê-lo como parte do seu processo de trabalho – ligar para pedir o carro- e o telefone neste sentido passa a ser compreendido como um dos instrumentos da sua práxis.

Esta fala, assim como as demais que trataram sobre a carência de materiais e insumos, nos leva ainda a refletir sobre o descumprimento das metas traçadas pela SESAI/FUNASA para a assistência a saúde dos indígenas, que se contrapõem as propostas apresentadas no *Relatório da 4a CNSI* (BRASIL, 2007) (Doc. 13).

A FUNASA proverá maleta com kits completos de atendimento básico (balança, aparelho de pressão e outros), para os agentes de saúde, além de estrutura de locomoção de acordo com a realidade de cada localidade (barco, bicicleta, animais ou outros) com a garantia de recursos para manutenção dos materiais e equipamentos dos kits.

Vemos que as proposições apresentadas não estão sendo cumpridas plenamente pelo órgão gestor da Saúde Indígena. Alguns AIS não dispõem da balança como dito nas falas apresentadas, e alguns as têm, mas estão quebradas, revelando a falta de manutenção dos equipamentos. Em relação ao meio de

locomoção, nas falas aparecem a como uma das queixas mais frequentes, além da falta de medicamentos e insumos. Os poucos que dispõem de moto ou bicicleta relatam que foram adquiridas através de recursos próprios, de maneira a facilitar o andamento de seu trabalho, mediante as longas distâncias entre uma aldeia e outra.

Nós observamos que todos os AIS realizam deslocamentos até a aldeia central (Araçá), pois por se conformar como uma unidade de saúde mais estruturada, possibilita certos atendimentos técnicos como o odontológico ou a realização de preventivo, por exemplo, que não são possíveis de serem realizados naquelas aldeias que não dispõem de unidade de saúde. E, como é preconizado no trabalho da EMSI que atua no contexto Kiriri, que todo atendimento médico, de enfermagem e odontológico deve contar com a presença dos AIS para separar, organizar e arquivar os prontuários e organizar a demanda, este precisa se deslocar de alguma forma ao encontro da equipe. Notamos em algumas oportunidades, a utilização pelos AIS do carro oficial, mas isso se configura como uma espécie de “favor” ao AIS.

Eu encontro dentro do dia a dia, dificuldade no transporte. É assim, porque eu faço as minhas visitas em Pau Ferro, 8 horas vou trabalhar, fico até 1 hora da tarde só até 1 da tarde. Mas eu trabalho em Mirandela, aí se eu for esperar por um transporte da FUNASA pra pegar eu aqui pra ir lá pra Mirandela eu ia passar 5, 6 dias, 8 dias sem eu ir lá e não vai ter, eles não vão vim. Diz eles que nós somos uma equipe, mas equipe essa que quando é o índio, eles não se sentem no compromisso de transportar o funcionário índio (E.2, grupo I).

O que fica claro através da leitura das entrelinhas desta fala é o sentimento de ‘inferiorização’ que o AIS adquire por não ter [?] direito a transporte, mesmo sendo parte da EMSI como todos os outros. E para esse AIS ainda vemos o agravante de que ele atua em duas aldeias, que possuem uma distância considerável entre elas. Em contrapartida a realidade desnudada, os documentos que tratam da Saúde Indígena revelam obrigatoriedade do Distrito Sanitário Especial Indígena em estruturar uma rede de serviços, com equipes de saúde, adequadamente capacitadas para o atendimento aos povos indígenas, com suprimento regular dos insumos necessários à execução das ações, bem como meios de transporte e de comunicação para as equipes, o que inclui o AIS.

Outra queixa, muito frequente é a falta das unidades de saúde em algumas aldeias, sendo o atendimento realizado em escolas ou em casas comuns:

Espero que melhore assim, como a SESAI vai entrar, né, e aí eu espero que melhorem as coisas na parte mesmo de assistência à saúde indígena. Parte de transporte, saúde que ta fraco mesmo, remédios que sempre tem falta. A pessoa fica, se tiver que tomar um remédio pra sarar da doença não tem, tem que comprar, às vezes não tem condições de comprar o remédio, o ponto do local pra atender os índios não existe, que é aqui na escola, isso não é certo, a escola é pra educação não é pra saúde. Depende também que hoje teria aula, aula no período da tarde. Isso empata porque? Porque tem atendimento da médica e aqui a aula ficou de lado, por causa disso aí (E.3, grupo I).

É a escola. Que ali a FUNASA ficou de fazer a casa de ponto apoio, mas só que isso nunca aconteceu, aí Dr. J. [antigo coordenador do DSEI-BA), na época que eu era ele, hoje não é mais, aí veio muitas verba pra fazer esse ponto de apoio, mas só que nunca aconteceu, né. Eu vou terminar saindo do meu cargo, e isso não aconteceu. A não ser que esse outro que ta vindo aí as coisas melhorem nessa parte, né (E.4, grupo I).

É muito difícil. O que mais queria assim, pra minha comunidade assim, que eu vejo que eles cobra muito também, bastante, um posto de saúde assim que a gente não tem, tem essa casinha veía aí, mas, mas que é importante pra gente que a gente queria era um posto de saúde, assim pra gente, comunidade. Eu com meu querer e a comunidade também (E.6, grupo I).

Porque ali é uma escola, né. Então atrapalha a aula. Tem que marcar um horário que não tenha o atendimento, porque a gente tendo um lugar pra trabalhar a gente já, ali é um lugar só no caso, só eu que vou mexer naquilo ali, nos arquivos, no que tiver no meu trabalho, então não tem outra pessoa interferindo, ta mudando coisa de lugar, caso de limpeza e ali é uma coisa que não é só eu que convivo ali. Porque ali, a médica sempre tem um segredo das mulher, uma coisa que tem que fecha a porta, e lá não tem como. E a gente tendo esse ponto de apoio tem seu quarto lá, seu reservado lá. Trancou. E hoje não, no caso do dentista para atender tem que levar os paciente lá pro Araçá, porque aqui não tem como realizar o trabalho dele. 12 km de distância do Araçá (E.8, grupo I).

Vemos assim que em algumas localidades em que não há unidade de saúde estruturada, alguns arranjos foram feitos para possibilitar o acesso da população à atenção a saúde, o que envolve a utilização de residências e até as escolas para realizar o atendimento. Contudo, esses arranjos trazem algumas implicações que precisam ser discutidas e observadas pelos formadores de políticas de saúde indígena. O que é mais importante: acesso à saúde ou à educação?

A utilização de escolas para atendimento médico e de enfermagem, levando-nos a este questionamento, posto em evidência nos depoimentos dos AIS. Para que haja o atendimento de saúde nas escolas é necessária a suspensão das aulas, comprometendo a educação de muitas crianças indígenas posto que o atendimento médico e de enfermagem é feito pelo menos uma vez por semana em cada aldeia, o que implica na suspensão de dois períodos de aula. E, mais uma vez, observamos o

descumprimento das propostas levantadas nos espaços deliberativos de discussão das questões indígenas.

Uma questão de uma maior implicação ainda, pois envolve a questão ética do sigilo médico, foi apontada por um agente na sua fala: “porque ali, a médica sempre tem um segredo das mulher, uma coisa que tem que fecha a porta, e lá não tem como”. ‘Não tem como’ pois, os prontuários contendo informações dos usuários ficam arquivados na própria sala de aula onde transitam alunos, professores, outros funcionários e pessoas comuns. Desta forma, não há seguridade à inviolabilidade das informações desses usuários, ferindo assim um direito constitucional fundamental.

No artigo 5 – inciso X a CF do Brasil (BRASIL, 1988) (Doc. 8), traz como direito de toda pessoa humana a garantia da “inviolabilidade à intimidade, à vida privada, à honra e à imagem das pessoas, assegurando o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”. No código de ética médica também traz bem claro esta questão apontando no artigo 108 a proibição do médico em “facilitar o manuseio e conhecimento do prontuário, papeletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional, por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso” (MARTINS, 2003, p. 108).

As imagens fotográficas 12, 13, 14, 15 e 16 expõem as condições de estrutura física para a realização dos atendimentos na área indígena Kiriri.



Foto 13 Vista frontal da Unidade de Saúde “a casinha véia” (BASTOS, 2011).



Foto 14 Unidade de Saúde (BASTOS, 2011).

Nestas imagens observamos a falta de estrutura física, pois na unidade de atendimento destinado à saúde há apenas uma pia, uma lixeira e uma cadeira escolar. Os medicamentos, insumos e prontuários são trazidos pela equipe em caixas de papelão no dia do atendimento, vez que não há como serem guardados ali por não existir armários e arquivos. Essa situação sem dúvida compromete a qualidade da assistência prestada e denunciam às más condições de trabalho do profissional que atua na EMSI de Banzaê.



Foto 15 Consultório médico da Unidade de Saúde (BASTOS, 2011).

O consultório médico apesar de arejado e iluminado, além da pouca estrutura (cadeira e mesa escolar), não oferece segurança e privacidade aos

usuários, pois o atendimento é realizado sempre com a janela aberta que é voltada para a rua. Na oportunidade, observamos durante a nossa estadia no campo que alguns moradores se aproximam da janela, sem qualquer restrição, para falar com a médica ou com o usuário, interrompendo o atendimento.



Foto 16 Escola onde é feito o atendimento médico. (BASTOS, 2011)



Foto 17 Atendimento médico feito na escola (BASTOS, 2011).

Durante o período que permanecemos no campo para realização da observação participante, pudemos presenciar um dia de atendimento médico na escola. Conforme relatou um agente de saúde na sua fala, as aulas tiveram que ser suspensas, os problemas de saúde eram abordados na presença de outros usuários por não haver outro cômodo que possibilitasse a privacidade; e todos os recursos para a realização deste atendimento (medicamentos, receituário, aparelhos e outros) tiveram que ser deslocados. Em uma das aldeias em que presenciamos o atendimento médico realizado na escola, observamos a existência de um armário-arquivo que fica dentro da sala de aula, sendo o atendimento médico realizado uma vez por semana naquela escola, e nos demais dias seguem as aulas normais, com a permanência dos prontuários na sala de aula, sob risco de exposição de informações particulares e de serem extraviados ou danificados pelas próprias crianças.

Por que até então não foi detectada tal situação que traduz-se em dificuldades e limite a uma atenção à saúde de qualidade? A saúde indígena possui todo o aparato legal que emana desde a Constituição Federal no capítulo VIII (dos índios) do título VII (da ordem social) que reconhece os povos indígenas, suas especificidades étnicas e culturais e estabelece seus direitos sociais, dentre eles o direito à saúde (BRASIL, 1988).

A própria lei 8080/90 (BRASIL, 1990) que deu origem ao SUS, criou o Subsistema de Saúde Indígena de forma a trazer garantias de atenção à saúde para esses povos, tendo ainda sido reforçados por força da lei 9.836 de setembro de 1999 (incluída no capítulo V da lei 8.080), conhecida como lei Arouca, que acrescenta dispositivos a lei 8.080 e que constitui o marco regulatório da atenção à vida das populações indígenas ao reforçar o princípio constitucional de valorização destes povos (BRASIL, 2009).

Será que essas dificuldades transitam o campo econômico do financiamento das ações em saúde ao índio? Contudo a análise das bases legais revelam diversos incentivos de financiamento destinados à saúde dos povos indígenas a citar a *Portaria 648 de março de 2006* (BRASIL, 2006), que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece o Piso da Atenção Básica variável (PAB variável) que destina recursos para a implantação da Saúde Indígena nos municípios, além da *Portaria Conjunta n° 47 de junho de 2006* (BRASIL, 2006b) que busca garantir o

repassa de recursos mensais aos municípios para incentivo das ações da Atenção Básica aos povos indígenas;

No entanto, o descaso dado à atenção à saúde desses povos, demonstrado através do descumprimento de diversas prerrogativas legais, ratifica o quanto estamos distantes de se alcançar a atenção integral aos povos indígenas. Vemos que muito tem se discutido e se falado a respeito de mecanismos de garantia para a aplicação dos princípios e diretrizes do SUS, porém no que tange ao Subsistema de Saúde Indígena, que é parte integrante do SUS, há poucas discussões que abordem sua aplicabilidade. Nos documentos, seu conteúdo denota muita preocupação com a “atenção diferenciada” aos povos indígenas, porém na prática a “diferenciação” tem se conformado sob o aspecto negativo da exclusão do acesso.

Um dos entrevistados, profissional de saúde, refere a dificuldade de acesso da comunidade indígena às ações de saúde prestadas pelo Município, atrelando-a a permanência das fissuras oriundas das relações historicamente conflituosas entre brancos e indígenas pela posse da terra:

[...] que a história também é bem marcada, do conflito entre o branco e o índio, a história é bem complicada também. Tudo isso influencia no trabalho também. É complicado. [...] algumas pessoas do município, não aceitam, a disputa de terra influencia bastante também no trabalho deles, a busca de tratamento também é complicado [...] já conversei com muita gente que foi até o município e voltava, muita gente, você acompanha o paciente até o município para ser atendido e não é. É complicado. Como acham que eles são privilegiados... É complicado isso daí também. É privilegiado em que? (E.16, grupo I)

Partilhando das análises feitas pelo entrevistado sobre o acesso dos povos indígenas à saúde no município, nossa observação também revelou essa excludência. A começar na porta de entrada dos serviços, em que os indígenas são vistos pelos funcionários e população no geral como se não tivessem direito de estar ali, usufruindo daquele serviço; pois são “privilegiados” por ter à atenção da FUNASA/SESAI.

Além disto, a fala de um entrevistado reforça que ainda há resquícios das fissuras provocadas pelos conflitos pela terra indígena, levando até os dias atuais o estabelecimento de uma relação assimétrica entre brancos e índios.

Contrapondo-se ao relatado nesta fala e a nossa observação, o documento nº 11, *Relatório da 2ª Conferência Nacional de Saúde Indígena* (BRASIL, 1993) remete que

a responsabilidade pela atenção à saúde indígena é atribuição constitucional do Governo Federal, não estando excluídas as contribuições complementares de estados, municípios, e outras instituições governamentais e não-governamentais no custeio e execução das ações.

E contrapõe-se, sobretudo às prerrogativas da Lei 9.836/99, no artigo 19F, inciso 3º (BRASIL, 1999) que afirma que

as populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e centros especializados, de acordo com as suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

Portanto, a responsabilidade Federal, assumida pela SESAI referente a saúde indígena, não exclui as responsabilidades das demais instâncias na atenção à saúde indígena. Assim como preconiza SUS, a atenção à saúde indígena também deverá ser descentralizada, hierarquizada e regionalizada. No entanto, o que notamos é que o município furta-se desta responsabilidade por alimentar a crença de que as questões dos indígenas devem se reportar a SESAI exclusivamente. Em contrapartida, o município recebe incentivos federais para efetivar as ações de saúde destinada à indígenas, e a realidade mostra que esse direito não está sendo cumprido plenamente. A nosso ver, talvez falem instrumentos regulatórios e fiscalizatórios desta atenção prestada pelos municípios, pois talvez esta realidade dos Kiriris seja comum a muitos contextos em que há convivência entre brancos e indígenas.

O documento nº 13, *Relatório da 4ª CNSI* (BRASIL, 2007) apresentou algumas proposições que avançam neste sentido, requerendo agora que sejam postas em prática:

O Ministério da Saúde criará um mecanismo legal, para que as viaturas, equipamentos, materiais permanentes e insumos adquiridos pelos municípios com o recurso do Incentivo à Atenção Básica aos Povos Indígenas – repasse da SAS – sejam de uso exclusivo na atenção à saúde indígena, conforme planejamento conjunto com o CLSI, para o qual deve haver prestação de contas. [...] estabelecerá, por meio de Lei, critérios para a integração do subsistema de saúde indígena ao SUS, com definição de cotas e metas nas PPIs (Programação Pactuada Integrada), como também repasse aos DSEIS de recurso do PAB (Piso de Atenção Básica) dos municípios com população indígena.

Uma questão que merece destaque refere-se à proposta presente no trecho de transferência do repasse do PAB variável dos municípios para o DSEI. Esta proposição fere os princípios da regionalização e descentralização tratada na Lei Arouca, pois significa a centralização dos recursos a nível estadual. Em contrapartida, concordamos com outras proposições extraídas do mesmo documento que afirmam que a SESAI deve garantir a assistência à população aldeada, realizando gestão junto aos municípios e estados no direcionamento à uma atenção diferenciada aos povos indígenas que vivem nas proximidades destes municípios, e para isto, o Ministério da Saúde deverá criar normas técnicas para informar aos estados e municípios sua competência no atendimento aos indígenas do município e em trânsito, em observância ao princípio da universalização da saúde (BRASIL, 1999).

E desta forma, seriam estabelecidas relações entre os entes federados na cogestão da Saúde Indígena numa perspectiva solidária entre esses entes, sem concentrar as ações e financiamentos em nenhuma instância, obedecendo-se aos princípios do SUS – a descentralização e regionalização. Portanto, defendemos que o município deve ser incluído nas ações de atenção à saúde indígena, vez que os indígenas também são munícipes e gozam dos mesmos direitos de acesso à serviços que os não indígenas. A fala que se segue revela a percepção de um AIS sobre a postura apresentada pelo município quanto à saúde indígena

Eu quero alcançar, na verdade é que os índios sejam atendidos do jeito que eles merecem. Ter aquela noção de pertencimento, porque o índio hoje ele tem... tinha que ser mais cuidado na saúde, porque o **índio hoje, é um dever do Estado**, da União e dos municípios, porque o município recebe orçamento pra saúde indígena, porque quando orçamento pra saúde do município de Banzaê, **não vem dizendo que é pro índio, pro branco, e nós tamos dentro do município e também é responsabilidade do município**. O Estado tem a mesma obrigação com a população indígena, o governo federal é o mais que tem. Aí o que é que acontece, o município, to falando de Banzaê, quando índio chega no hospital fala assim: não, o índio lá é com a FUNASA , esquece que é dever deles também, aí os exames mesmo que vem para o município, porque cada município recebe para o seu povo, eles não repassam pros índios, eles quer que a FUNASA tenha a cota deles e a FUNASA e a SESAI hoje só pode pagar um exame se não tiver no SUS, senão é punido, **nós estamos dentro do Sistema Único de Saúde**, tem que tirar do SUS e a gente tem que explicar pra eles que a nossa comunidade ta carente, faltando medicamento, exame e eles tem o direito de dar (E.2, grupo I)

Portanto, esta fala confirma como o acesso aos serviços de saúde no município ao qual “pertencem” os Kiriris é dificultado ferindo um dos princípios

fundamentais do SUS que é a universalidade. A concepção criada e difundida socialmente de que a saúde indígena é responsabilidade exclusivamente da SESAI, corrobora para a manutenção da situação de exclusão, e enquanto muitos pensam que os indígenas são dotados de privilégios por possuir um órgão exclusivo de gestão da sua saúde, a exclusão se processa condicionada a incompreensão de que este órgão é parte do SUS e por conta disto, é no SUS que deve buscar as garantias para atender a saúde dos povos indígenas. A gravidade da situação alerta para a necessidade de criação de mecanismos de garantias do acesso dos Kiriris aos serviços de saúde, devendo a SESAI, sob nosso ponto de vista, buscar estratégias de articulação com os municípios sede das áreas indígenas para que esses se adéquem a oferta de uma assistência socioculturalmente adaptada, conforme preconiza o modelo de atenção diferenciada. No *relatório da 3ª CNSI* (BRASIL, 2001, p.4) (Doc. 12) há uma discussão nesse sentido ao propor a existência de

[...] Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite [que] devem retirar do teto financeiro o percentual *per capita* indígena, referente ao financiamento das ações do Piso de Assistência Básica - PAB - fixo e variável, incentivo hospitalar e Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças – TFECD -, dos municípios que não prestam assistência aos povos indígenas, repassando-os aos municípios que realmente assistem essa clientela, sob a coordenação do DSEI/FUNASA, e controle social dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena.

Quando entrevistado fala “Eu quero alcançar, na verdade é que os índios sejam atendidos do jeito que eles merecem. Ter aquela noção de pertencimento [...]” (E. 2, grupo I) nos remete à impressão do seu desejo de que o município compreenda o indígena como parte de suas responsabilidades, uma vez que compõe o seu quantitativo de habitantes e participam dos processos democráticos de eleição de dirigentes, exercendo sua cidadania e legitimando os seus direitos sociais. A palavra “pertencimento” étnico-comunitário remete a todas as relações sociais, afetivas, culturais, econômicas e políticas estabelecidas entre grupos que convivem em um mesmo território, sendo parte ou não de uma mesma etnia (MABILDE, 1983). A posição de fronteiras culturais que se encontram o Kiriri pelo fato de seu território localizar-se entre duas cidades em que residem não índios faz com que ele se veja numa posição de duplo pertencimento, o pertencimento do seu GI e o pertencimento de cidadão de seu município. Contudo, sob o ponto de vista do município, conforme relatado pelo entrevistado 2, esta noção de pertencimento ainda não está estabelecida.

Diante de tantas dificuldades, é natural que se crie uma esfera de expectativas nas novas possibilidades trazidas pela recém-formada Secretaria Especial Saúde de Saúde Indígena (SESAI). Diversos entrevistados comungam das mesmas expectativas diante do novo, alimentando a crença de possíveis mudanças advindas do órgão.

Pro meu trabalho mais, pra melhorar mesmo é só, é como eu disse, a SESAI ta tomando conta agora, enviar o recurso também, melhorar pra os atendimento mais urgente da localidade, principalmente da minha, exames que esteja atrasados que fosse feito mais rápido, aí eu acho que queixa também não receberia não, se os procedimentos que fosse feito pela medica, fosse pedido pela medica, fosse rápido, aí não tinha gente que reclame não - como AIS eu, como falei antes, só queria que melhorasse a parte desses medico pra mim fazer meu trabalho adequado e aumentar assim se tivesse o nosso curso completasse, as etapas pra me senti um agente de saúde de verdade.  
(E.3, grupo I).

Espero que melhore assim, como a SESAI vai entrar, né, e aí eu espero que melhorem as coisas na parte mesmo de assistência à saúde indígena. Parte de transporte, saúde que tá fraco mesmo, remédios que sempre tem falta. A pessoa fica, se tiver que tomar um remédio pra sarar da doença não tem, tem que comprar, às vezes não tem condições de comprar o remédio, o ponto do local pra atender os índios não existe, que é aqui na escola, isso não é certo, a escola é pra educação não é pra saúde. Depende também que hoje teria aula, aula no período da tarde. Isso empata porque? Porque tem atendimento da médica e aqui a aula ficou de lado, por causa disso aí (E.8, grupo I).

A SESAI presta mais bem atenção, tê medicamento pros paciente; uma coisa boa pra gente. Pra gente ficar mais positivo né vamos dizer assim. Hoje em dia ta faltando medicamento, eles vem te receita, não tem medicamento, tem que comprar, tirar do bolso. É isso que eu quero, quero uma coisa melhor pra gente. Para nós todos da comunidade (E.10, grupo I).

Como podemos notar, a chegada da SESAI traz uma expectativa para o grupo de melhorias para os problemas por eles relatados. Todas as queixas já referidas anteriormente são nesses fragmentos evidenciadas como expectativas de melhoria. A SESAI foi criada com a missão principal de garantir a proteção, a promoção e a recuperação da saúde dos povos indígenas em consonância com as políticas e programas do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012)

No entanto, alguns AIS mostraram-se desesperançosos com a SESAI.

Bom eu não posso dizer não né...que é por causa que...é como diz o ditado.. a gente ver que é pra crer né, que muitos pedidos já fizeram, e até agora não melhorou não, melhorou mais nos primeiros dias, como se diz nós estamos remando num barco furado, quanto mais o cara rema é que vai enchendo e mais afunda pra baixo (E.9, grupo I).

Eu não to muito confiante, né, se vai melhorar ou não vai. To em dúvida. Mas eu sempre falo assim pro pessoal, mas eles falam que é pra mim acreditar que acha que vai melhorar. No caso das medicação, o carro, que só um pra dar conta de tudo não ta dando conta, os funcionários deve aumentar, que isso daí já foi pedido, foi feito o cadastro. Aí foi feito um relatório, já foi mandando. Porque quando tem reunião aqui a gente faz relatório, aí manda as dificuldades que ta tendo aqui (E.11, grupo I).

A falta de credibilidade da SESAI é reflexo de dificuldades históricas já vivenciadas pelos indígenas, em consequência de muitas mudanças ocorridas, que geravam novas promessas que nem sempre eram cumpridas, foi assim com o Serviço de Proteção ao Índio, criado sob a promessa de dar apoio aos indígenas nos conflitos travados com “brancos” durante a desintrusão territorial, e na realidade conformou-se como um elemento de reforço aos interesses capitalistas. Posteriormente a FUNAI, que não foi capaz de atender as necessidades de saúde desses povos por se tratar de um órgão vinculado ao Ministério da Justiça e não ao Ministério da Educação, e por fim a FUNASA, que durante a sua gestão, deixou de cumprir muitas promessas firmadas nas CNSI, como vimos.

### **A concepção de saúde sob diversos olhares**

Optamos por discutir este componente do processo de trabalho em saúde em última instância, pois comungamos com a crença de Leopardi e outros (1999) de que todos os elementos de tal processo de trabalho são determinados pela concepção de saúde dos sujeitos. Logo, os modos de produzir as ações através do desenvolvimento dos seus processos de trabalho vão estar em congruência com o conceito de saúde que é incorporado pelo sujeito da ação. Ou seja, pautados na concepção de saúde como ausência de doenças, as ações em saúde não podem ter outro fim, senão a cura do corpo individual e outro objeto senão o indivíduo doente; do contrário, sob uma perspectiva ampliada da saúde, lança-se o olhar para o coletivo e para a sua relação com o meio em que vive e que produz as diversas determinações do seu processo saúde/doença. Neste sentido, as atividades em saúde serão determinadas pelo conceito de saúde, e a natureza do trabalho se complexifica na medida em que se faz capaz de ressignificar esse conceito no sentido da sua ampliação.

A concepção de saúde é reflexo da conjuntura social, econômica, política e cultural (SCLIAR, 2007). Assim, saúde não representa a mesma coisa para todas as

peessoas. Terá suas variações históricas, sociais e culturais sendo, portanto, uma representação social determinada por concepções religiosas, filosóficas e científicas.

Apesar do nosso objetivo pautar-se na análise do processo de trabalho dos AIS, abordaremos as diversidades de concepções em saúde que emergiram neste estudo, dos diversos sujeitos que interagem com os AIS no desenvolvimento dos seus processos de trabalho, por acreditarmos que as diferenças de concepção possam ser determinantes para a elaboração de práticas que não convergem para um mesmo fim, tendo por esta razão potencial de geração de conflitos no interior das relações da equipe, haja vista a sua influência sobre os elementos do processo de trabalho em saúde.

Até o final da segunda Guerra Mundial não havia ainda um conceito universalmente aceito do que é saúde. Somente em 1948, após a criação da Organização Mundial da Saúde, a primeira tentativa de conceituação teórica da saúde foi documentada na carta de princípios dessa organização que implicava o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, e definia Saúde como “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (SCLIAR, 2007, p.36).

Paralelo a esse conceito, coexistia, e ainda mantém-se nos dias atuais, a concepção mágico-religiosa do imaginário popular de algumas sociedades, que partem do princípio de que a doença resulta da ação de forças alheias ao organismo e que neste se introduzem por causa do pecado ou de maldição, sendo, portanto, a saúde resultante de um comportamento social considerado “adequado” e não transgressor.

Porém, inúmeras críticas demandaram para o conceito proposto pela OMS, devido ao seu caráter idealista e inatingível. No sentido de dar resposta a estas críticas Christopher Boorse dá origem, na década de 1970, ao conceito de saúde enquanto ausência de doença, sendo que nessa perspectiva, os sujeitos são classificados como saudáveis ou doentes de forma objetiva, relacionada ao grau de eficiência das funções biológicas, sem necessidade de juízos de valor (SCLIAR, 2007).

Os modelos assistenciais predominantes são materializados a partir destas concepções de saúde, pelo recorte dado ao objeto da atenção, às necessidades e aos produtos da ação no cotidiano dos serviços de saúde. Desta forma, o conceito

de saúde como ausência de doenças é regido pelo modelo preventivista e pela clássica Saúde Pública, uma vez que na conjuntura desses modelos, torna-se necessária a referência à doença e risco para se obter um campo onde se irá atuar.

Em discordância à concepção de Boorse, Almeida Filho (2000) enfoca que em uma perspectiva rigorosamente clínica, portanto, a Saúde não é o oposto lógico da doença e, por isso, não poderá de modo algum ser definida como “ausência de doença”. Como corolário, tem-se que os estados individuais de saúde não são excludentes vis à vis a ocorrência de doença.

Diversas tentativas foram feitas a fim de se construir um conceito mais dinâmico, que dê conta de tratar a saúde não como imagem complementar da doença e nem como um estado de perfeição inatingível e sim como construção permanente de cada indivíduo e da coletividade, que se expressa na luta pela ampliação do uso das potencialidades de cada pessoa e da sociedade, refletindo sua capacidade de defender a vida (SAÚDE, S/D).

Neste sentido, a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 sistematizou o seguinte conceito de saúde:

Em sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde. É assim antes de tudo, o resultado das formas de organização social de produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p.30).

Este texto contribuiu para a formulação do capítulo da saúde na Constituição Federal de 1988 e para a Lei Orgânica da Saúde 8.080, em que consta a conceituação de saúde de forma abrangente para além da clínica:

A saúde têm como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a saúde, a educação, o transporte, o lazer, o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 1988, p.1).

A concepção de saúde construída a partir da Saúde Coletiva é bastante ampla e considera as dimensões biológicas, sociais, psíquicas e culturais, articulando as faces individual e coletiva que correspondem respectivamente à doença vivida pelo doente e ao processo saúde-doença (TAMBELLINI; CÂMARA, 1998). Assim,

Neste espaço da Saúde Coletiva, o conceito fundamental passa a ser visto [...] como processo saúde-doença com seus determinantes e condicionantes históricos, genéticos e estruturais (biopsíquicos, sociais e ecológicos) que neste processo se manifestam. Assim, ao interagirem tais condicionantes (externos ao sujeito ou internalizados) com o seu próprio alvo (indivíduo/coletividade) e no interior de um processo complexo, ocorre sua **particularização** na dependência dos elementos em jogo e suas características específicas (capacidade de produzir dano/lesar, capacidade de se defender/responder), obedecendo a determinadas normas biológicas e sociais e produzindo o doente/a doença (TAMBELLINI; CÂMARA, 1998, p.52).

Modernamente, Smith (1981), ao se referir às várias idéias sobre a natureza de saúde, indica o modelo eudaimônico, conceituando como aquele que compreende múltiplas visões do ser humano, que contempla a idéia de saúde como bem-estar geral e auto-realização. A partir destas considerações teóricas, trazemos aqui algumas falas convergentes na concepção **higienista** da saúde:

Cuidar do corpo das pessoas completo, higiene, tudo. [...] ter higiene, se não tem **higiene** pode pegar alguma coisa (E.1, grupo I).

Cuidar bem da **higiene** da casa tem que manter a vida normal, a gente veve na roça, tem que procurar se alimentar com saúde, né, aí veve tranqüilo, né (E.4, grupo I).

A palavra higiene emana do grego *Hygeinos* que significa “o que é são” ou “o que é sadio”, sendo antigamente considerada um adjetivo utilizado para classificar a saúde (saúde higiênica), e posteriormente transferida para categoria substantivo passando a significar “o conjunto de hábitos que se deve ter para conseguir o bem-estar e a saúde” (BRASIL, 2008, p.14).

Há uma associação do ‘ter saúde’ com ‘ter higiene’ nas falas. Se analisarmos o quadro epidemiológico dos povos indígenas na atualidade, podemos notar que os índios não viveram a transição epidemiológica que resultou na prevalência das chamadas “doenças da modernidade”, comuns entre a população urbana após a revolução industrial. Seu quadro sanitário é o mesmo do Brasil rural do século XVII, com predominância de doenças infecciosas e parasitárias (BRASIL, 2002a). A morbimortalidade por doenças infectocontagiosas ainda é parte da realidade dos indígenas, sobretudo em crianças menores de 5 anos, o que traz reflexos sobre as más condições sanitárias que ainda são encontradas nas aldeias. Paralelamente, há uma tendência crescente das doenças crônicas em adultos e

idosos, doravante a mudança de hábitos alimentares impulsionados pelo contato cada vez maior com os centros urbanos.

Portanto, a associação de saúde com higiene no contexto indígena faz sentido, devido ao seu quadro epidemiológico, pois reconhecidamente a higiene tem sua importância na prevenção de agravos de ordem infectocontagiosa e parasitária.

É interessante observar, na História, como o conceito de *higiene*, fora entendido como preocupação relacionada ao processo saúde-doença de coletividades, de modo a comportar concepções de sujeito, educação e de saúde que se desenvolvem vinculadas ao desenrolar das tensões existentes nas relações de poder entre as classes sociais (PENTEADO; CHUN; SILVA, 2005).

O movimento higienista brasileiro ganhou forças no início do século XX, diante do quadro de precárias condições de vida a que muitos brasileiros, sobretudo em algumas regiões, estavam submetidos. No início da década de 1920, as práticas higienistas eram imbuídas de preconceitos contra a população pobre e sertaneja e o processo saúde doença era atribuído à responsabilidade do sujeito, como consequência da sua ignorância, da sua incompetência no autocuidado e da sua falta de conhecimento e de iniciativa. Desta maneira, não eram consideradas as questões sociais, culturais e políticas desse processo, somente as iniciativas e responsabilidades individuais (PENTEADO; CHUN e SILVA, 2005).

A figura literária nacional brasileira de Jeca Tatu (MONTEIRO LOBATO, 1914), é um exemplo clássico dessa visão preconceituosa, pois se tratava de um roceiro, pobre, ignorante, indolente e preguiçoso confirmando valores depreciativos que são agregados e atribuídos à população pobre e rural, bem como a confirmação da ideia de que o processo saúde-doença do sujeito é consequência da sua ignorância, da sua incompetência no autocuidado e da sua falta de conhecimento e de iniciativa (GÓIS JÚNIOR, 2003). Desta maneira, as ações higienistas tomadas por esta perspectiva

afirmam uma relação entre conhecimento, saber e poder das elites exercidos sobre as classes populares e trabalhadoras por meio da difusão de informação/ conhecimentos de um saber técnico/científico hegemônico a ser incorporado e aplicado pelos indivíduos impondo, disciplinando, normatizando e mudando os hábitos, comportamentos e estilos de vida dos segmentos populares em função das referências culturais e dos valores das classes socialmente mais favorecidas. Privilegiam a cultura representativa dos grupos sociais dominantes, oprimindo e desvalorizando a cultura étnica, popular, regional e de determinados grupos sociais, com ênfase na responsabilidade individual na construção da saúde, ou seja, na importância das iniciativas e esforços das pessoas em seguir as normas corretas de

estilos de vida e em adotar certos hábitos que evitem os riscos sobre os quais são advertidas (PENTEADO; CHUN; SILVA, 2005, p.13).

Durante a convivência com o GI Kiriri, podemos observar situações que sob o nosso ponto de vista representavam precárias condições de higiene, crianças com aparente baixo peso e infecção por verminoses; as casas, no geral, estavam em decomposição, e algumas que visitamos continham materiais orgânicos (alimentos da colheita) depositados no chão. Presenciamos até alguns diálogos das pessoas da equipe, sob o olhar crítico das condições de moradia que os indígenas mantinham. Estávamos no carro com a equipe de saúde e o motorista comentou que os anos passam e os indígenas não tinham a preocupação de pintar as casas no final do ano como é comum entre os ‘brancos’; que as mantinham com a mesma aparência de quando as receberam no processo de retomada do seu território. Chegou a afirmar que além de não realizarem a pintura, que eles sequer limpavam as casas, e colocou isso como se fosse algo natural da cultura indígena. Presenciamos também, em alguns diálogos informais comentários depreciativos sobre esse “estilo de vida” dos indígenas em relação aos cuidados higiênicos.



Foto 17: Casas em decomposição na área indígena Kiriri (BASTOS, 2011).

No entanto, na nossa sociedade brasileira, existe uma construção histórica de que nossos atuais hábitos de tomar banho são herança dos povos indígenas antepassados que mantinham o costume de tomar banho nos rios. Porém, sabemos que a higiene não se restringe a isso, requer além da higiene corporal, os cuidados com as vestes, alimentos e utensílios.

Desta forma, compreendemos que assim como a saúde e a doença, a higiene também é um elemento de representação social, que pode variar entre grupos, etnias e culturas, assim como afirmou um dos entrevistados que é profissional de saúde:

O que eu acho que é certo pra mim, não é pra eles. O que é certo pra mim acordar de manhã, escovar os dentes e tomar banho, o que é limpo pra mim, não é pra eles, O que é sujo pra mim, não é pro outro. Tem essas questões que também tem que ser visto também. Não adianta eu só querer impor né (E.16, grupo I).

Além disso, no que diz respeito as casas, é necessário consideração que culturalmente esse não constitui o tipo de moradia tradicional indígena, pois estas foram casas construídas pelos brancos, e durante a retomada da TI eles passaram a ocupá-las, sendo que antes disto residiam em ocas nas áreas menos produtivas da região. Portanto, consideramos que o conceito de higiene também deve ser relativizado, pois a nosso ver também faz parte de uma construção social.

No entanto, para nosso estudo, mas do que compreender a concepção de saúde dos sujeitos é importante analisar como esta concepção pode implicar os processos de trabalho. Na concepção higienista, devido a sua tendência de responsabilização dos sujeitos, ou seja, cada um é responsável pela sua higiene, inclina a tendência de ações voltadas ao indivíduo numa perspectiva de que este é o único responsável pelo seu processo saúde doença.

Contrariando concepção de denotação individual sobre a saúde com base na concepção higienista, alguns entrevistados mencionaram a concepção ampliada da saúde que se baseia no constructo conceitual presente na Constituição Federal de 1988.

Saúde pra mim é ter uma boa alimentação, assim, moradia, lazer, pra mim é isso saúde... lazer, moradia, saúde, ter uma boa alimentação, lazer. É isso (E.6, grupo I).

Saúde tem vários tipos de forma. Porque a saúde é do índio é complicado. Pra mim ter saúde, a gente tem que ter: alimentação adequada, boa; ter higiene; ter uma boa alimentação, boa; um desenvolvimento do corpo, fazer física, ficar forte; tomar remédio, não só remédio de farmácia mais de fábrica, remédio de mato também. Porque tomar só remédio, esse medicamento aí...(E.2, grupo I)

Da mesma maneira, alguns dos profissionais não indígenas da equipe comungam da mesma concepção de saúde:

Saúde pra mim é primeiramente a pessoa ter uma boa alimentação, ter uma boa moradia. Eu acho que isso faz parte da saúde. Por que se você não tem uma boa alimentação, e se você não tem uma boa moradia, você vai buscar a doença. A doença vem através disso. Através da fome, através daquela casa mal cuidada, daquela casa em mal estado (E.16, grupo I).

Saúde é aquela velha... Quando eu comecei a faculdade eu achava que era a ausência de doença mesmo. Hoje saúde é tudo, saúde é educação, saúde é moradia, é lazer, é saneamento, é tudo. Se você estiver faltando alguma coisa, alguma coisa está errada, então você não tem tudo. Não tem essa saúde, esse bem-estar, então falta alguma coisa. Todo mundo acaba faltando alguma coisa. Ninguém tem tudo. Tem que ter renda, tem que ter moradia, educação. Então uma coisa que falte, atrapalha a outra. Então se você estiver com um problema não vai ter saúde (E.16, grupo I)

Assim, no que tange ao processo de trabalho em saúde, tais concepções levam a valorização do trabalho voltado ao coletivo em oposição ao individualismo da concepção higienista. E, neste sentido do coletivo, acreditamos ser necessário o envolvimento de outros sujeitos e de outros setores na atenção a saúde vez que diante dos inúmeros determinantes do processo saúde doença, a ação em saúde concentrada em um só profissional certamente não será capaz de alcançar a integralidade.

Para conseguir operar satisfatoriamente tal integralidade, Merhy e Franco (2003) afirmam que nos campos de necessidades de saúde compostas pelos elementos descritos na concepção de saúde ampliada, o espaço da micropolítica do processo de trabalho também aparece com evidência, na medida em que este é um lugar por excelência de encontro entre os sujeitos trabalhadores e usuários, portanto, onde se dá o agir no cotidiano do cuidado à saúde. Desta forma, confirma-se a premissa de que quando mais se amplia a concepção de saúde, mais complexifica-se o processo de trabalho dos sujeitos envolvidos na sua promoção (FERRETI; CÉZAR-VAZ, 2009).

Um entrevistado, AIS, apresentou ainda, de forma complementar, uma mistura dos conceitos higienista com a concepção ampliada da saúde:

Ter saúde é.. ter saúde pra mim é manter a higiene, né, eu sei que a gente pra ter saúde tem que ter higiene, tem que ter harmonia, tem que ter uma casa, tem que ter um lar, tem que ter uma moradia. Sabe, um monte de coisa tem que ter pra ter saúde [...] (E.7, grupo I).

Desta forma, podemos compreender que este agente teve contato com a concepção ampliada de saúde em algum momento, porém ainda mantém a sua

concepção higienista, o que pode significar um passo inicial no sentido da ampliação do olhar sobre os determinantes e condicionantes da saúde, que poderá conduzir a uma mudança no seu modo de conduzir as ações em saúde.

A nossa observação confirma a inter-relação entre a concepção de saúde e a operacionalização dos processos de trabalho, pois aqueles agentes que referiram uma concepção ampliada da saúde, conforme pudemos observar, aplicam a seus processos de trabalhos ações que se voltam ao coletivo no sentido da prevenção e promoção da saúde.

Entretanto, encontramos também a concepção de saúde como ausência de doença:

É ter cuidado no caso assim: se você sentir alguma coisa, assim dor de cabeça se cuidar logo, [...] e também ter higiene com a casa, e pessoalmente. Porque é o ponto principal a pessoa ter higiene, porque senão causa muito isso, da doença (E.5, grupo I).

Ser uma pessoa assim, sadia, que tem saúde, assim, que trabalha. Uma pessoa assim, que não é doente direto, tem saúde, né, assim pra vir trabalhar pra ter as coisas, pra se alimentar junto com seus filhos, porque tem gente aqui que é doente demais (E.11, grupo I).

A afirmativa “É ter cuidado no caso assim: se você sentir alguma coisa, assim dor de cabeça se cuidar logo” remete a noção de que para se ter saúde é necessário o restabelecimento do corpo doente, ou seja, saúde é não estar doente na concepção deste sujeito. A entrevistada também cita a questão da higiene, mas não classifica como a relação direta entre “ter higiene é ter saúde”; na verdade dá a idéia de que a higiene é meio que se tem de não ficar doente e, portanto, se não estiver doente, na concepção do entrevistado, a pessoa terá saúde. O segundo depoimento remete claramente que ser sadia é não estar doente e ainda traz a referencia de que ter saúde é poder trabalhar, é ter força para o trabalho.

A teoria negativa da saúde/doença originária em Boorse (1975) propõe a noção de “prontidão funcional”, ou seja, a saúde de um organismo consiste no desempenho da função natural de cada parte deste organismo.

Saúde teórica é a ausência de doença (...) então a classificação de estados humanos como saudáveis ou doentes é uma questão objetiva, a ser extraída dos fatos biológicos da natureza sem necessidade de juízos de valor. Designemos esta posição geral como naturalismo – o oposto do

normativismo, a visão de que juízos de saúde são ou incluem julgamentos de valor (BOORSE, 1975, p.80).

Contrariando a perspectiva negativa do conceito de saúde proposto por Boorse, uma profissional de saúde da EMSI mencionou como o seu conceito de saúde, aquele proposto pela OMS, de caráter positivo:

Saúde é todo esse conjunto é. É o conceito. É o bem estar social, físico e mental. É tudo, né, ter uma moradia digna, é você ter trabalho, é você ter lazer, né (E.17, grupo I).

Este conceito de saúde é fruto de críticas, sobretudo por aqueles que defendem o “conceito de saúde como ausência de doença” como Boorse, que é contra a sua positividade, pois refere a equivalência entre saúde e “boa-vida” (no sentido do ideal platônico) como ingênuas, expressão de “vã esperança” de atribuir objetividade científica a valores pessoais e morais (ALMEIDA FILHO; JUCÁ, 2002).

Dejours (1982, p.4), também tece críticas ao conceito proposto pela OMS

então o que é essa estabilidade da saúde? Estamos em pleno movimento, durante longos anos, em seguida envelhecemos e continuamos em movimento [...] o estado de saúde não é certamente um estado de calma, de ausência de movimento, de conforto, de bem-estar e de ociosidade. É algo que muda constantemente.

Portanto, as críticas à concepção positiva da saúde sob proposição da OMS pautam-se no idealismo platônico de uma vida boa; ao pensamento estático sobre a saúde que desconsidera o dinamismo da vida e pauta-se na valorização das concepções subjetivas e morais dos sujeitos sob a sua saúde, postura considerada inadequada para questões de ordem científica no pensamento de Boorse.

A concepção de saúde na perspectiva funcionalista, propõe que a conceituação de saúde seja desprovida de qualquer juízo de valor. Além disto, tece críticas as propostas defendidas pela medicina preventiva e medicina comunitária no que tange a prevenção, pois a noção de prevenção é vinculada à definição negativa de saúde, vez que o que se busca prevenir é a enfermidade porém, não aborda a questão da promoção da saúde, que está ligada à concepção positiva da saúde e tem maior abrangência na medida em que implica variados fatores e aspectos que conformam o campo da saúde (ALMEIDA FILHO; COELHO, 2002).

O conceito de saúde elaborado, por Boorse também recebeu inúmeras críticas ao desconsiderar o fato de que a doença não diz respeito a meros

organismos biológicos, mas afeta seres humanos que são dotados de subjetividades e por esta razão deixa de considerar os signos e os significados da saúde e da doença que fazem parte de uma construção simbólica, coletiva e compartilhada da experiência subjetiva do adoecimento (ALMEIDA FILHO; JUCÁ, 2002; ALMEIDA FILHO; COELHO, 2002).

Sob a mesma perspectiva funcionalista, um AIS faz a associação em “estar trabalhando” com a noção de saúde, que converge com o pensamento de Boorse (1975) sob a capacidade funcional do organismo estar em perfeito estado para possibilitar a aptidão para o seu trabalho.

Se eu trabalho, se eu trabalho com saúde é melhor ainda. Saúde é uma palavra mesmo, fundamental mesmo. Eu considero ter saúde quando eu to trabalhando (E.8, grupo I).

Portanto, a fala nos remete a análise de que para o entrevistado, a partir do bom funcionamento do seu corpo biológico, ele sente apto ao trabalho, e isso leva a ele concluir que tem saúde. Portanto, saúde na concepção desse entrevistado converge com o pensamento capitalista de reestruturação da mão de obra para o trabalho. Pois, segundo Laurell (1982), sob a ótica do capitalismo, a saúde se processa na capacidade de trabalhar, o que coloca o sujeito em relação com a economia e eventualmente com a criação da mais valia e possibilidade de acumulação capitalista.

Contrariando a aversão pelas concepções subjetivas sobre o processo saúde/doença pelos que defendem a noção negativa da saúde, valorizamos o conceito trazido por um AIS que é diferente de todos os outros conceitos apresentados até o momento, que não vinculasse a nenhuma teorização, mas emana da sua percepção pessoal sob o elemento saúde. Para este sujeito “saúde é ter liberdade”

Ter saúde pra mim é tudo né? Teno saúde, teno oportunidade pra tudo na vida, teno saúde e liberdade a gente tem tudo. Saúde é agente ser livre, saudável, ter conforto e tudo na vida, pra mim é saúde (E.10, grupo I).

Ao analisarmos o fragmento da fala deste sujeito sob a sua percepção do fenômeno saúde, vemos que ele elabora o seu conceito a partir da sua visão de mundo e das suas experiências pessoais e subjetivas. Sobre esse aspecto,

Kleinman (1973) refere que os fenômenos como saúde e doença são frutos de uma construção sociocultural e subjetiva. Esta afirmativa de Kleinman (1973) nos remete a perspectiva construtivista e historicista, que consistem na tentativa de desmontar o arcabouço teórico e epistemológico de retórica da verdade pautada pela razão científica, enfatizando em oposição a esta postura, a natureza “construída” da realidade social (SPINK, 1989).

Assim, para Spink (1989) sob a perspectiva historicista, toda construção é contingente às condições concretas particulares que as engendraram e tornaram possível a sua disseminação em um determinado grupo social.

Cartografar esse elemento do processo de trabalho do AIS significa emergir na produção de sentidos e significados dos sujeitos levando em consideração os “fluxos e intensidades conformadoras de novas subjetividades, capazes de fazer com que os sujeitos produzam determinadas formas de agir sobre a realidade, configurando-a conforme seus próprios sentidos” (FERREIRA et al., 2009, p.900).

Desta forma, retomando ao depoimento do entrevistado, consideramos ser necessária a adoção de um olhar construtivista sob a sua concepção de saúde, vez que sob este olhar o sujeito é visto como produto e produtor da realidade social pois

[...] dar sentido ao mundo implica também, em posicionar-se em uma rede de relações a ordem da intersubjetividade, isso implica em trazer para o cenário, o tempo presente: a microescala da interação social onde, se torna possível a ruptura entre o instituído e o instituinte que possibilita a atividade criativa e a construção de novos sentidos (SPINK; GIMENES, 1994, p.151)

Portanto, consideramos que a construção da concepção de saúde como liberdade é fruto da ‘liberdade’ criativa possibilitada pela ruptura dos saberes instituídos sobre essa temática (saúde como ausência de doença ou completo bem estar físico mental e social ou resultante de múltiplas determinações na perspectiva ampliada), e faz parte do significado subjetivo do sujeito que se debruça sobre o mundo e estrutura suas próprias explicações e descrições dele, sendo que estas são parte também das construções socialmente determinadas pelo universo que conforma a sua realidade social.

---

## **5 O AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE:** um mediador das fronteiras culturais na atenção à saúde dos Kiriris

---

Talvez venhamos a descobrir, um dia, que a mesma lógica opera no pensamento mítico e no pensamento científico, e que o homem sempre pensou igualmente bem. O progresso não tivera portanto a consciência por teatro, mas o mundo, onde a humanidade dotada de faculdades constantes encontrara-se no decorrer de sua longa história, continuamente às voltas com novos objetos (LEVIS-STRAUSS, 1955, p.255).

[...] porque tem assim as doenças que vai diretamente pro pajé, pro rezador, né, aí tem outras que a gente já encaminha diretamente pro hospital. Aí a gente já ta por dentro né, que quando a gente já olha já sabe que é pro pajé, aí a pessoa já sabe qual é a doença, se é caso de emergência, se é mulher que ta pra ganhar neném, aí a gente já sabe que é pode ir diretamente pro hospital... quebrar um braço, qualquer coisa assim de acidente. Aí quando é outra coisa assim que é pro pajé da gente, aí a gente já fica por aqui. Ele passa a medicação, e ele cura, né. Aí dá igual o doutor passa, dá como é pra tomar, quantas vezes por dia, aí toma tudo certinho, aí melhora. Aí depois que tomar aquilo, aí depois vai pro médico (E.11, grupo I)

Todo sistema terapêutico é parte indissolúvel do repertório cultural de uma sociedade, ou seja, eles são partes integrantes da cultura, sendo influenciados por elas e vive versa (SIQUEIRA et al., 2006). Conforme pode ser percebido através da fala do entrevistado 11, no contexto Kiriri coexistem concretamente dois sistemas terapêuticos: o tradicional (popular) indígena, que tem na figura do pajé o seu representante como promotor da cura; e o biomédico, centralizado no médico. Entretanto, Kleinman (1980) faz referência a existência de não apenas dois, mas três sistemas terapêuticos em uma sociedade complexa, que podem estar sobrepostos, ou interligados na assistência à saúde, são eles: o informal, o popular e o profissional. Assim, cada um destes sistemas tem estabelecidas as suas próprias concepções sobre a saúde e a doença e a partir dessa compreensão vão estabelecer os agentes da cura, os objetos do cuidado e o modo em que estes irão interagir durante o encontro terapêutico.

A nossa vivência nos fez perceber a existência de hierarquização entre as duas formas de cuidado à saúde existentes entre os Kiriri, com uma sobreposição entre si. Sendo que a medicina tradicional parece ter uma maior valorização, pois o AIS enquanto mediador entre os dois sistemas, reveste-se do poder de tomar decisões sobre os direcionamentos dos usuários no seu itinerário terapêutico e, desta, forma prioriza a atenção tradicional realizada pelo Pajé, sendo dispensados apenas os casos extremos que não deixam dúvidas da necessidade de uma atenção médica, dentre eles, os acidentes, fraturas e parto iminente.

Da mesma maneira a que se refere o entrevistado 11, outros AIS colocam-se no papel de mediador entre as duas medicinas, e referem realizar a “triagem” entre a atenção médica e a atenção tradicional:

**Eu consigo (identificar se é doença de índio ou doença de médico).** É fácil, muito fácil. Porque assim, se tem uma mulher pra ganhar criança, manda direto pro hospital, não é doença de índio, se tem um acidente, se o índio ta com febre também a gente já conhece também que é doença de médico, eu vou mandar...(E.2, grupo I)

E aqui na área de atendimento, como a médica hoje atende as pessoas, cabe o agente também, procurar as pessoas que ta precisando, e na área de outras doenças mais fortes, que nem você falou na cultura da gente, que é causo também na saúde também, porque às vezes tem coisas que não precisa levar pro médico, né, a gente mesmo resolve por aqui, levar pro rezador, o pajé, e a gente cuida da medicina da gente mesmo aqui, natural. E quando a gente conhece é dessa maneira que a gente trabalha (E.4, grupo I)

É que às vezes é o seguinte, tem certos tipos de doença às vezes a gente cura aqui mesmo, né, a gente cura aqui mesmo, porque não é todo remédio, que eu sei que o fabricante mesmo, tem droga dentro, né. E o remédio natural, a gente faz toma [...]. **Então a gente identifica qual o certo tipo de doença, que precisa levar pro médico, e as que não precisa. Identifico quem tem coisas que o médico não pode resolver e a gente sim, né.** Tem uma benzedera, que chama rezadera indígena mesmo, a gente chamamos no popular, que é indígena mesmo, e aí não precisa ser levado ao médico, cura aqui na área mesmo (E.8, grupo I).

Através destas falas observamos que os AIS se colocam como mediadores das fronteiras culturais que se estabelecem entre a medicina clínica e a medicina tradicional correspondente a sua cosmologia<sup>32</sup>. E nesta mediação, cabe ao AIS resgatar os seus saberes tanto populares quanto científicos para realizar uma espécie de “triagem” na escolha do direcionamento que será dado à pessoa que busca por atenção à sua saúde/doença.

Como disse o entrevistado 2, ele sente-se capaz de identificar a demanda dos usuários e a partir disto toma a decisão de realizar o encaminhamento para a assistência que ele julgue também capaz de atender àquela demanda do usuário. Desta forma o AIS confirma o seu papel na Atenção Básica que segundo Langdon (2006), consiste na mediação entre os saberes e práticas de atenção à saúde tradicionais e biomédicos, inserido no conceito de atenção diferenciada.

No documento 6 *Referencial para a Formação de Agentes Comunitários Indígenas de Saúdes (Doc. 6)* da Associação Saúde Sem Limites (BRASIL, 2005, p.13) afirma que o processo de formação dos AIS deve potencializar

---

<sup>32</sup> **Cosmologias** representam modelos complexos que expressam suas concepções a respeito da origem do universo e de todas as coisas que existem no mundo (RAMOS, 1989).

suas capacidades de aumentar o vínculo entre as equipes de saúde e as famílias/comunidade, facilitar o acesso dos usuários ao sistema de saúde e de liderança, mediando as práticas de medicina tradicional e ocidental e avançando em direção ao empoderamento das comunidades para produzir saúde e qualidade de vida em contexto intercultural.

A fala do entrevistado 4 “de outras doenças mais fortes, que nem você falou na cultura da gente”, revela como a doença de conotação cultural tem maior representação social e maior valorização dentro do grupo, pois para o entrevistado são mais fortes do que a doença de cunho clínico.

Assim, a escolha dos AIS a respeito das formas e sistema de atenção que ele deverá encaminhar o usuário parte inicialmente do reconhecimento de dois tipos de doença – a “doença de médico” ou doença de branco e a “doença de índio”. A nossa vivência com o GI Kiriri, levou-nos ao aprofundamento sobre as representações sociais, as concepções e as cosmologias do grupo, antes mesmo da entrada no campo, para um olhar mais compreensivo sobre os seus sinais diacríticos, o que nos permitiu compreender as doenças reconhecidas por eles como as “doenças de índio”, como aquelas que envolvem elementos espirituais, do campo místico-religioso em que não é possível conseguir soluções adequadas nos nossos sistemas médicos tradicionais. A fala da entrevistada 26 revela tal concepção sobre as doenças de índio:

Fica assim doente, com aquela doença que a pessoa fica assim com o jeito de paralisado, sabe, e aí vai só esfriando aquele corpo, daquela pessoa, uma doença mesmo que ali a pessoa vai acabando, porque a pessoa fez alguma coisa errada que o antepassado não gostou, aí a gente corre pro pajé e o pajé passa os remédio que ele sabe, e aí aquela criança, aquele adulto, sara (E.26, grupo III).

O depoimento da usuária revela como ela vivencia o que denomina de “doença de índio”. Trata-se, portanto de uma construção social embasada na sua experiência vivenciada sobre o processo de adoecimento na conotação cultural. De alguma forma, ela compreende que a “paralisação do corpo”, a “frieza” são características da “doença de índio”, e esta é resultante de uma espécie de punição dos antepassados por algo que não os tenha agradado.

O próprio Pajé reforça tal concepção ao trazer mais elementos para uma compreensão sobre a doença de índio:

[...] tá acontecendo muito caso, eu vê que vem pra cá causando muita doença, que leva pro medico ai o medico não vê nada doença. Essas

doenças já é também de espírito né? da aldeia né? então a gente tenta passar a medicina do mato né? Banho, folha. É isso que a gente faz, É meu trabalho né? (24, Grupo II)

Portanto, parte da concepção do adoecimento é considerada punição dos espíritos antepassados por um comportamento transgressor como abuso de bebidas, perda da capacidade de autocontrole, impulsos sexuais e qualquer outro comportamento excessivo. A partir dessas concepções são reconhecidos os mecanismos sociais necessários para subordinar o indivíduo às ordens coletivas de seu grupo, a fim de manter a ordem social, a harmonia e bem-estar coletivo, pois os padecimentos irão emergir das transgressões e desavenças (PACHECO, 2007). Conseqüentemente, a saúde é resultante “do exercício da reciprocidade, da solidariedade entre consangüíneos, da limitação da predação, da contenção da agressividade e da limpeza permanente dos corpos e do espaço doméstico” (GARNELO et al., 2006, p.160).

Por tais razões, a doença não pode ser compreendida

como um evento primariamente biológico, mas [...] em primeiro lugar como um processo vivido, cujo significado é elaborado através de contextos culturais e sociais, e em segundo lugar como um evento biológico. A doença não é um estado estático, mas um processo que requer interpretação e ação no meio sociocultural. (LANGDON, 2003, 154)

A partir das proposições de Kleinman (1973), o olhar sobre a doença tende a ultrapassar os limites estabelecidos pela biomedicina, e passa a ser compreendida como uma construção sociocultural, a partir dos conceitos de *disease* sob uma categorização biomédica, *illness* em uma construção cultural e subjetiva e *sickness* enquanto um processo social (SCOPEL, 2007).

E, por conta disto, a doença compreendida pelos Kiriri como “doença de índio” deve ser interpretada como uma *illness*, pois faz parte de uma construção cultural do sujeito sob o seu processo saúde-doença, e também tem relação com as suas experiências individuais de adoecimento, sua compreensão subjetiva do fenômeno adoecer que são compartilhadas pelo seu grupo enquanto um processo social (*sickness*), ultrapassando a sua característica *disease*.

Entre os Kiriris, o principal ator social de cura é o Pajé, que detém o poder sob as plantas, rituais e de interação com os “encantados”, os seres invisíveis que incorporam o Pajé no processo de intervenção sob as doenças de “índio”. Por ser o

detentor dos principais elementos de cura, o pajé se destaca como o “médico popular mais importante”, porém não é figura solitária nos processos de “pajelança<sup>33</sup>” uma vez que atua em conjunto com outros sujeitos como parteiras, benzedeadas (fazem rezas, orações para propiciar a cura) e curandeiros (aqueles que detêm conhecimento sob o uso das plantas medicinais) (MAUES,1994).

Como a “doença de índio” é compreendida como resultante de um comportamento social transgressor, o pajé, ao incorporar todos os elementos capazes de propiciar a cura desse males (conhecimento sob as plantas, rituais, cânticos, interação com os encantados), adquire “poder simbólico” no seio do grupo a que pertence, a partir da representação mental que se estabelece através do trabalho socialmente produzido (GARNELO et al.,2006).

Na concepção de Bourdieu (1989) o poder simbólico é uma forma transfigurada de outras manifestações de poder, partilhando com elas a capacidade de produzir efeitos e transformações reais no contexto onde é exercido.

É capaz de expressar as contradições dos grupos de poder no meio social e de prover sujeitos subalternizados com uma eficácia social obtida através de meios simbólicos, tornando-os capaz de reordenar e recriar as relações de poder vigentes.

Os símbolos são instrumentos de consolidação de poder, e seu domínio possibilita a um membro de um grupo fazer valer sua definição do mundo social, obtendo por meio deles ferramentas para uma intervenção comunicativa junto a outros atores sociais, na busca de *fazê-los crer* nas suas proposições, conformando de forma estratégica a hegemonia de um sujeito social sob o seu grupo (BOURDIEU, 1989).

No entanto, o próprio Pajé reconhece a existência dentro do grupo de pessoas que não priorizam a atenção tradicional e que por esta razão não reconhecem o seu poder simbólico no grupo

depois de um tempo pra cá, eu to vendo muito as pessoas doente né? Lógico principalmente as pessoas que não quer, não quer tomar remédio do mato né? E o remédio natural é o do mato mesmo. E eles acha que o médico tem que cuidar senão piora ai eles tão ai, também agente não tem assim como se diz uma organização, ta entendendo né? e tá acontecendo isso, aqui, mas, nós do posto mesmo qualquer coisa eles trazia pra mim né? quando não passasse por mim eles não ganhava o medico. não ta acontecendo isso não né? Quando vem pra cá já passaram no medico lá né? (E.24, grupo II).

---

<sup>33</sup> A **pajelança** se fundamenta na crença nos “encantados”, os seres espirituais invisíveis que através da incorporação ao pajé, vão estabelecer os processos de cura (LAPLANTINE,1989; GARNELO et al, 2006; FÖLLER, 1999).

A fala revela ainda que não existe uma “organização” que na verdade pode ser compreendida como articulação entre a medicina tradicional e clínica, pois algumas pessoas têm se dirigido à atenção médica primeiramente, o que revela uma desvalorização da cultura popular. O Pajé relata que já houve em outro momento essa articulação, quando a equipe que atuava na unidade de saúde mostrava-se sensível às questões culturais e buscava reforçar o poder simbólico do Pajé como especialista das práticas tradicionais de seu grupo

[...] de um tempo pra cá, que a FUNASA que ficou meio todo assim eu diria mal organizada né, as coisas era de tudo de bom e as coisas dava tudo certo porque combinava né. Porque eu como pajé eu defendo também da parte da saúde né. Então devia continuar a enfermeira C., era C. e tinha outro cara, casaram, essa a gente tinha contato porque tem coisa da aldeia que é coisa assim do pajé né? Se tu ficasse com teu pai doente ai ele vinha primeiro pra mim, ela já mandava pra mim ‘óii, passe por A. pra depois remédio com o medico’. Ai muitas coisas eu resolvia né? Com eles né? Ai depois que elas saíram então não teve mais ligação muita gente entra um entra outro, ai não funcionou do jeito (E.24, grupo II).

Muitas questões emanam desta fala apresentada pelo Pajé. A primeira delas refere-se a necessidade de articulação entre os sistema biomédico e tradicional, prerrogativa essencial do discurso da atenção diferenciada.

O princípio que permeia todas as diretrizes da *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Doc. 2)* é o respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e os seus diversos especialistas, por isso recomenda-se a articulação com esses saberes e práticas para a obtenção da melhoria do estado de saúde dos povos indígenas (BRASIL, 2002a).

Desta maneira, para que esses princípios da PNSI possam ser efetivados, é necessário que a atenção à saúde se dê de forma diferenciada. Ou seja, que a assistência em saúde aos povos indígenas leve em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos, e que faça uso de tecnologias apropriadas na tentativa de adequar os sistemas de saúde nos moldes ocidentais aos sistemas tradicionais de saúde do grupo indígena.

Para tanto, compreendemos ser necessária uma preocupação de preparar os profissionais de saúde para atuarem no contexto intercultural, no sentido de adequar as ações dos profissionais e serviços de saúde do SUS às especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas e às novas realidades técnicas, legais,

políticas e de organização dos serviços (BRASIL, 2002a). No entanto, a realidade por nós observada é que a maioria dos profissionais é inserida no contexto indígena sem qualquer preparação para lidar com as diferenças culturais e especificidades dos grupos.

Além disto, outra problemática apontada na fala do Pajé refere-se a rotatividade de profissionais. A dificuldade apontada pela maioria dos profissionais que atuam no contexto indígena na atualidade é a precarização do trabalho. Não existem garantias trabalhistas, e associado a isto outros problemas como a falta de estrutura para o exercício da profissão, e as condições insalubres de trabalho, as dificuldades em lidar com uma cultura diferenciada potencializadas pela ausência de um programa de formação para o trabalho na área indígena, resulta na permanência por curto período nos serviços de atenção a saúde indígena, comprometendo o estabelecimento de vínculo entre profissionais e comunidade e consequentemente a viabilidade dos princípios da atenção diferenciada.

Contrariamente a realidade apresentada no documento *Relatório da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (Doc.13)* (BRASIL, 2007, p.142) aponta o compromisso firmado, porém não cumprido de criar uma

política de saúde nacional indígena diferenciada, para a contratação e remuneração da equipe multidisciplinar de saúde indígena e para os servidores da **FUNASA** que atuam em área indígena, criando um cadastro nacional de profissionais que atuam em área indígena. Criará um plano de cargos, carreiras e salários, discutido com todos os interessados.

Por estas razões, a articulação entre os sistemas biomédico e tradicional é comprometida, pois diante da rotatividade profissional e da falta de formação para o trabalho em um grupo permeado de especificidades, os profissionais de saúde tendem a não conseguir uma aproximação aos princípios da atenção diferenciada, pondo em prática uma atenção baseada nos conceitos biomédicos adquiridos no seu processo de formação profissional, sem adaptações ao contexto cultural indígena. Esta situação pode por em risco a valorização pela comunidade dos seus processos tradicionais de cura e cuidado, e pode favorecer a hegemonia do saber biomédico.

No entanto, os depoimentos dos entrevistados 11, 10 e 27 revelam que mesmo diante dos problemas apontados pelo Pajé, este ainda mantém estabelecido o seu poder simbólico no GI Kiriri, uma vez que revelam a priorização dos encaminhamentos dos AIS para as intervenções populares:

E meu trabalho é isso. Quando tem menino assim doente, a gente tem que mandar pra casa do pajé, pra ver o que é, mandar rezar, pra depois tentar encaminhar pra enfermeira, pra enfermeira ver o que é, porque se lá não resolverem, manda pra Pombal. Meu serviço é esse [...] Oriento. Depende. Nós índios são complicado. Porque as vezes tem uma febre, dor de cabeça, aí tem que ver. Porque se a gente for direto levar pro médico... Porque já causou muitas mortes aqui. Tá com febre uma dor de cabeça, manda pra Pombal, quando vai, vem no caixão. Porque não é doença de médico, é doença espiritual. A gente tem que ver isso também. Sempre primeiro pro pajé, pra pode vim de volta pra mim, pra depois se ele falar que é pra levar pra Pombal eu mando. Se não falar, a gente faz o remédio aqui e aqui mesmo fica. Aí é o pajé que vai explicar. Se ele dizer que é pra ficar em casa, o paciente fica em casa. Eles fazem o remédio, e ali a saúde dele se resolve ali, em casa (E.11, grupo I).

Ou seja, as falas “quando tem menino assim doente, a gente tem que mandar pra casa do pajé, pra ver o que é” e “Se ele disser que é pra ficar em casa, o paciente fica em casa” demonstra esta supremacia da medicina tradicional fortalecida nas ações dos AIS assim como na fala do entrevistado 11, AIS, e do usuário (entrevistado n 27)

Eu olho, eu só digo assim, pergunto assim: ‘já passou por um rezador?’ O rezador é o pajé. Aí vai passar por ele, aí depois tem muitos que passa por ele, eu digo passa pelo rezador se não melhorar você vai pro hospital. Tem caso também de acontecer que a mãe queria levar pro médico, mas só que não era, aí foi passado pelo pajé e melhorou. Tem muitos casos disso, não precisa ser levado ao médico, cura aqui na área mesmo” (E.10, grupo I).

[...] o que eu to dizendo que é a primeira coisa que nós vai é no pajé, e aí nós faz o remédio (Ent. 27, Grupo III).

É evidente nos depoimentos que a primeira referência de cuidado à saúde é o Pajé. E diante das experiências positivas das suas intervenções, o Pajé ganha notoriedade e credibilidade dentro do grupo. E, as experiências negativas, como de algumas mortes originárias no contexto da atenção médica são enfatizadas, de forma a reforçar ainda mais o poder simbólico do Pajé “Porque se a gente for direto levar pro médico... Porque já causou muitas mortes aqui. Tá com febre uma dor de cabeça, manda pra Pombal, quando vai, vem no caixão” (Ent. 11, Grupo I).

A atenção médica, sob nosso ponto de vista, é subjugada às práticas tradicionais de cura, o que não significa que não tenha a sua importância reconhecida dentro do grupo, e este reconhecimento fica evidente na grande demanda que procura a unidade de saúde diariamente, conforme nós observamos durante nossa convivência com o GI.

Sob este aspecto, Langdon (2004) declara que a sobreposição entre os diversos setores de um sistema de atenção à saúde e a escolha de um deles em determinado episódio de um processo de adoecimento/cura não é apenas baseada na eficácia, em epistemologias ou racionalidades diferentes, ou na relação de profissionais de saúde e as comunidades. Pois, em muitos casos, as comunidades podem constituir-se por grupos organizados por relações sociais e políticas complexas onde nem todos os seus membros têm igual acessibilidade aos serviços de saúde.

A observação nos revelou que em parte esta análise de Langdon (2004) é coerente, pois a medicina tradicional está sempre disponível para o grupo indígena, e a procura pelo Pajé pode se dar a qualquer momento que se faça necessário. Por outro lado, a atenção biomédica é itinerante, e mesmo quando a equipe está presente na aldeia, as barreiras naturais e a própria distância sem dúvida representam dificuldades ao acesso da população à este serviço.

Quanto aos AIS, a sua posição de fronteira<sup>34</sup> dá ele valor social dentro da sua comunidade, com o poder de opinar e direcionar os usuários para a assistência que eles julguem capaz de atender as necessidades daqueles usuários, pois, enquanto agentes de saúde, sentem-se instrumentalizado pelos saberes clínicos adquiridos através da “profissão” a identificar aqueles casos que necessitam de uma avaliação médica, e enquanto indígena sentem-se capazes de identificar os casos que necessitam de uma avaliação do pajé que “não precisa ser levado ao médico, cura aqui na área mesmo” (Ent. 10, Grupo I).

Notamos ainda que o seu conhecimento sobre as “doenças de médico” limita-se a casos extremos como partos e acidentes graves, o que demonstra um baixo grau de conhecimentos biomédicos, e reforça a já discutida questão da falta de qualificação/formação dos AIS.

Além disto, acreditamos que por terem pouca fundamentação de conhecimentos da biomedicina, é natural que esses agentes busquem, em situações de dúvidas e insegurança, o apoio de algum especialista (tradicional ou clínico) para tomar decisões sobre o encaminhamento.

---

<sup>34</sup> **Fronteira** – tomamos por base o conceito apresentado no estudo de Fóller (2004, p.132) que refere-se ao espaço dos encontros coloniais, quando povos separados antes pela história e pela geografia entram em contato e estabelecem relações contínuas e que geralmente envolvem condições de desigualdade, coação e conflito.

No contexto Kiriri, observamos que os AIS de modo geral, em situação de insegurança, se apóiam no Pajé para decidir sobre os cuidados necessários ao usuário. Em outras palavras, caberá ao Pajé definir se o usuário deve ficar sobre seus cuidados ou deverá procurar a atenção médica caso o AIS fique com dúvidas a quem deverá ser encaminhado. Porém, a nosso ver, não significa que não haja uma valorização da biomedicina e dos profissionais de saúde que nela atuam, e há, inclusive, referência nas falas de alguns AIS a procura desses profissionais para prestar-lhe esclarecimentos.

No entanto é notável a hierarquização da cultura popular frente à cultura médica em saúde pelos AIS kiriri, e nossa observação evidenciou que tal supremacia da cultura popular sobre a médica se dá tanto pelo AIS como pela comunidade, conforme é evidenciado nesta falas:

Às vezes ta assim com uma febre alta, tem uma criança, ta com febre, febre alta, **aí eu tenho medo de dizer ‘dê isso’, né, aí eu mando diretamente pro pajé.** [...] aí eu levo lá, e ele explica como é pra tomar aquela medicação, faz o chá ali e toma com aquela medicação, aí a gente vai vendo, né, se vai abaixando a febre, ou não, como é que ta indo vai sendo observando (E.11, grupo I).

Tem algumas coisas que eu consigo [ perceber que é doença de médico], agora tem outras que eu não consigo. Aí tem que mandar pra casa do Pajé, pra rezar (E.10, grupo I).

Você trabalhou em Massacará, não sei se é bem claro lá, daqui da área indígena daqui pra lá, porque tem a doença de não índio, né, aí no caso da equipe daqui que trabalha, entende que às vezes tem que passar com o pajé, depois ele libera, tem caso, né todos, né. Tem casos que já que sabe que é coisa de médico. **Tem uns que confunde a cabeça da família. Aí vai passa pro pajé,** o pajé passa o medicamento dele, vê se não melhora, aí ele já diz logo se não melhorar, passa pra enfermeira ou leva pro hospital (E.5, grupo I).

Fica claro a partir destas falas que na concepção de alguns agentes, o pajé deve ser sua primeira referência em atenção à saúde, sendo esta concepção, uma construção social e coletiva do grupo Kiriri. Quando a agente diz sentir medo de realizar uma orientação, relata encaminhar diretamente para o Pajé, da mesma forma a entrevistada 5 refere que tanto ela como a comunidade compartilham da mesma percepção de que alguns eventos necessitam de uma intervenção do Pajé enquanto outros não, mas em situações de dúvidas “que confunde a cabeça da

família” (Ent. 5, Grupo I) busca-se no pajé a resolubilidade para que posteriormente busque-se uma atenção médica.

De acordo com o documento nº 2 referente a *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas* (BRASIL, 2002a, p.17).

Todas as sociedades humanas dispõem de seus próprios sistemas de interpretação, prevenção e de tratamento das doenças. E mesmo nos dias atuais, esses sistemas tradicionais de saúde são para os indígenas, o principal recurso de atenção à sua saúde, apesar da presença de estruturas de saúde ocidentais.

Compreendemos, portanto, em comunhão ao discurso da PNSI (BRASIL, 2002a), que sendo parte integrante da cultura, esses sistemas condicionam a relação dos indivíduos com a saúde e a doença e influem na relação com os serviços e os profissionais de saúde que vão determinar a procura ou não dos serviços de saúde, a aceitabilidade ou não das ações e projetos de saúde, a compreensão das mensagens de educação para a saúde e na interpretação dos casos de doenças.

Por outro lado, algumas falas revelam uma supervalorização da prática médica, em detrimento das práticas tradicionais de cura e cuidado, sendo esta situação mais evidente entre as pessoas mais jovens do grupo, conforme relato de um AIS, reforçado pela fala do Pajé.

E muitas mãe como essas nova, levam **logo direto pro médico**, quanto mais o caso vai se agravando, vai se agravando lá no hospital, aí a mãe percebeu como é da cultura dela, aí teve na mente dela, aí quando chega aqui a criança fica boa, dá uns três dias, e lá o caso só se agravando. E a equipe daqui respeita. As daqui respeita, mas as do hospital não entende essas coisas não (E. 5, grupo I).

Quando vem pra cá já passaram no medico lá né? Que muitas vezes, no mês passado, mês de agosto é o mês mais doentio, e o mês mais assim de, mês da natureza da chuva né? Que eles pega muita doença, quando eles vão pra lá, que eles volta é que vão passar por aqui né? Ai ta acontecendo isso [...] depois disso cresceu muitos índios e depois que eu to agora, depois de um tempo pra cá, eu to vendo muito as pessoas doente né? Lógico principalmente as pessoas que não quer, não quer tomar remédio do mato né? E o remédio natural é o do mato mesmo. **E eles acha que o médico tem que cuidar senão piora** (E. 24, grupo II).

Como podemos notar através das falas expostas, no interior das fronteiras entre os dois sistemas de saúde que atuam no contexto indígena conforma-se uma tendência de valorização da cultura biomédica em detrimento da cultura popular, sobretudo entre os mais jovens. O pajé refere inclusive a resistência de algumas

peessoas em fazerem uso de remédios naturais que fazem parte da sua cosmologia, por uma valorização maior da conduta médica. Sob este aspecto, Kleinman (1975) analisa que na prática, as fronteiras entre os conhecimentos, e pode-se dizer também dos setores dos sistemas de atenção à saúde são bastante fluidas do ponto de vista da pessoa doente. E do ponto de vista de vista dos praticantes, especialistas tradicionais e usuários de cada uma das tradições médicas em contato, cria-se uma experiência dialógica, quando ambos os lados são ao mesmo tempo observadores e observados, sendo que o saber mais forte geralmente detém o poder preferencial de fazer interpretações.

No entanto podemos observar posturas resistentes às condutas da biomedicina durante a nossa convivência com os indígenas, algumas delas referidas nos depoimentos dos agentes indígenas Ent. 2, Ent. 3 e Ent. 4 do grupo I.

[...] porque tem doença que o índio não conhece e **muitas vezes pra um índio aceitar é difícil o que o branco impõe as vezes**. Porque quando começou a vacinar em 92, pra vacinar a criança era um sacrifício, eles escondia, os pais não acreditavam, não tava confiando [...] A DST tem muito índio que não acredita, e pega a DST. A AIDS, eles acham que não pega né, então eles não usa [a camisinha], né. E a situação deles fica difícil e fala pra eles que pega por isso. Porque o índio não tá só com a índia, e mesmo que estivesse estuda em Banzae, vai pra Pombal, vai pra Feira, nós tamos no meio né, então passa carro né (E.2, grupo I).

A família que vai decidir quando eles decide ai pessoa [referindo-se a alguém da equipe de saúde] respeita. Ai quem tem de atemar somos nós. **Quando a gente vê assim caso, porque tem coisa que a gente vê que é de medico né? E tem deles que ateima bastante aqui. Fica, toma medicinais e erva medicinais a gente tem que dizer que esse remédio não vai presta** Ai a gente fica insistindo até, tem vez que não dá jeito mesmo, a gente desisti, não ateima, não. Porque tem deles ai, a maioria são tudo nalfabeto, quando a gente vai falar eles fica meio bravo e ai não entende o que a gente fala, eles querem que a gente fale do jeito deles (E. 3, grupo I).

Perguntar como é que ta se sentindo se precisa de algum atendimento medico ai daí a pessoa que vai falar se vai querer ou não o atendimento, **porque tem muitos índios que tem doença e eles não quer o atendimento medico** né? Vai principalmente pra medicina [tradicional]. ai quem decide é eles.(E.10, grupo I).

Os depoimentos revelam posturas resistentes de alguns indígenas às condutas da biomedicina, sobretudo os mais antigos. Diante destas situações, o papel do AIS é fortalecido na mediação desses conflitos pois são autóctones, falam as mesma língua e compreendem os mesmos problemas do seu grupo.

Compreendemos em parte essa resistência pela percepção de alguns indígenas da incapacidade dos sistemas médicos convencionais de dar resolubilidade aos seus problemas de ordem místico-religiosa. Os sistemas tradicionais indígenas de saúde são baseados em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácias empírica e simbólica, de acordo com a definição mais recente de saúde da Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2002a).

Por outro lado, Silveira (2011) afirma que os xamãs podem diagnosticar e aliviar os sintomas de qualquer tipo de mal-estar, mas é consenso que nem todo tipo de estado mórbido pode ser curado por eles

Segundo Laplantine (1989, p 39), a cultura popular sob uma reivindicação humanista tende a se definir contra a medicina oficial, ou mais exatamente, contra a hipertrofia de uma tendência única dessa medicina oficial que é reconhecida por todos como perfeitamente eficaz para um grupo de doenças, principalmente as infecciosas, mas inadequadas para responder à demanda de um número crescente de doentes. Neste sentido, o autor nos lembra às principais críticas feitas às “medicina duras” ( o doente como objeto, o médico como mecânico, a doença como avaria, e o hospital como oficina de consertos), através das quais se delineiam a alternativa de “medicinas brandas” em busca de uma antimodelo que não mais estaria “atrasado”, porém “adiantado”.

E essa situação, nosso ver, pode favorecer a formação de alguns conflitos culturais com a Equipe de Saúde no momento em que essas concepções não convergem. Diversos relatos tanto de membros não indígenas da Equipe de Saúde, como dos próprios AIS referem situações em que a equipe via necessidade de uma intervenção médica imediata, porém não puderam intervir em respeito à concepção cultural da família de que se tratava de uma “doença de índio”, pois um dos princípios mais defendido pela PNSI Doc 2 (BRASIL, 2002a) se trata

O reconhecimento da diversidade social e cultural dos povos indígenas, a consideração e o respeito dos seus sistemas tradicionais de saúde [...] imprescindíveis para a execução de ações e projetos de saúde e para a elaboração de propostas de prevenção/promoção e educação para a saúde adequadas ao contexto local.

Quando escutamos os diversos relatos de confronto culturais provocados por algumas situações de adoecimento que foram interpretadas de forma diferente pela equipe, e sua lógica biomédica, e pelos usuários, e sua lógica mística/popular; buscamos sempre questionar aos entrevistados sobre o posicionamento dos AIS diante destas situações, no intuito de compreender como os agentes se comportam diante desses momentos conflitantes, de que forma eles resolvem esses conflitos e a que lógica eles se apegavam na tomada de decisões. Durante a nossa convivência com o grupo, não tivemos a oportunidade de observar qualquer situação que envolvesse tal conflito cultural, porém, os diálogos estabelecidos com todos os sujeitos do estudo e até as conversas informais com pessoas que não participaram do estudo, nos deixaram a sensação de que nestas situações extremas, os AIS se posicionam a favor da vida.

Já, teve o problema aqui de C., ela tava bem doente e eu cheguei lá e falei com os pais que não era pra ficar...teve um rezador que veio e rezou e falou que a menina não tinha mais jeito. Ai eu falei: 'mas ela não ta batendo o coração? Vamo levar pro médico'. Falou: 'não que o rezador falou que não podia minha filha sair daqui'. Ai eu insisti, insisti até que eles concordaram a ir pro hospital, quando chegou em ribeiro do pombal, não deu jeito em ribeiro do pombal aí foi pra salvador, não para Aracaju. De Aracaju, sei que de lá foi pra salvador, de lá passou 30 dias lá internada. Graça a deus quando voltou, já voltou melhor. Eles resistiu, mas insisti também para eles ir pro medico (E.10, grupo I).

Eu particularmente, eu vejo se é de lá ou de cá, se for de lá, eu conheço e eu vou falar. Já aconteceu já. Pediram paciência para eles rezar lá, aí eu vi e conheci que não era, e vi que não era, aí mandei pro hospital. Vi que era aquela doença digestiva. Levou pro hospital e lá o médico internou. Eles achava que era doença de índio (E.3, grupo I).

As falas demonstram o posição do AIS diante dos conflitos, e a utilização de saberes biomédicos e tradicionais na tomada de decisão. Nestas situações, os espaços intercessores de escuta dos problemas dos usuários é no caso do AIS um espaço de tensão diante dos problemas, dos conflitos culturais e da falta de resolubilidade. A posição do AIS entre dois sistema de atenção, põe ele no centro de um conflito interno, uma vez que ele vivencia e pode compreender tais problemas como membro intrincado, autóctone da sua comunidade e que compartilha da mesma visão de mundo e cosmologias, por outro lado, enquanto AIS tem o papel de

mediador de tais conflitos, sob a perspectiva do saber biomédico defendido pela equipe de saúde.

O AIS estabelece neste contexto, assim como afirma Deleuze Guattari (1972) relações que se produzem em fluxo abertos que operam objetivamente na realidade, e também a partir de certos campos simbólicos, configurando redes rizomáticas, de forma contínua e com inúmeras entradas. Portanto, entendemos que o AIS convive em duplos espaços intercessores, espaço de escutas das expectativas da equipe de saúde, da qual faz parte e espaço de escuta das necessidades dos usuários e neste intermédio de espaço se conformam os diversos conflitos. Elaboramos a figura exposta a seguir, no intuito de ilustrar a posição de fronteira intermedialidades que se encontra o AIS.

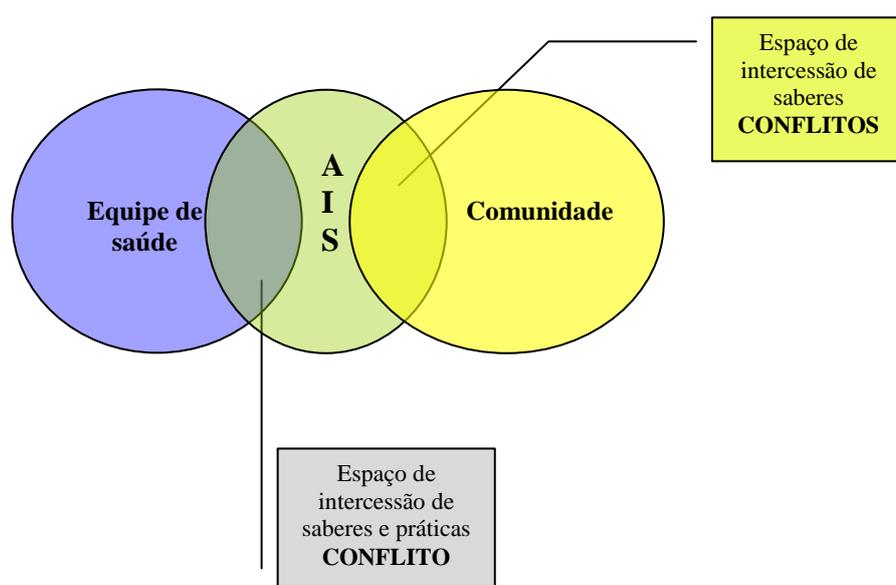


Figura 10 A posição de fronteira do AIS, o mediador do saber biomédico x o saber tradicional.

Para criarmos este fluxograma, levamos em consideração os princípios da colorimetria<sup>35</sup>. O AIS com o seu saber original e cultural seria no exemplo da cor amarela assim como a sua comunidade. Porém, a partir do instante em que entra em contato com os saberes da cultura médica clínica, ele torna-se um novo ser, com novas maneiras de olhar a vida, com diferentes percepções sobre o seu processo saúde-doença que podem ou não anular o seu saber original. Por isso que o agente indígena, esse “novo” sujeito que se forma a partir da intercessão de saberes resultantes da medicina tradicional e a medicina clínica foi colocado no nosso

<sup>35</sup> Colorimetria – estudo das cores.

diagrama na cor verde, que resulta das misturas das cores azul (saberes e práticas clínicas) com amarelo (saberes e práticas tradicionais).

Contudo, ainda persistem espaços de conformação de novos saberes, que são essencialmente espaços de tensão e de conflito (representados no diagrama pela cor cinza e verde limão) e que representam, sobretudo, espaços de trocas de saberes, espaços de negociações, consensos, disputas com um intenso potencial criativo.

Por outro lado, contrariando as afirmativas desses agentes, as falas dos profissionais da equipe de saúde não reconhecem a existência de um posicionamento do AIS a favor dos desígnios e recomendações da medicina clínica nessas situações, relatando que, de modo geral, eles assumem uma posição sempre a favor das suas determinações culturais,

Teve uma criança na Mirandela que foi a óbito mesmo nos braços da mãe porque o pai não deixou ir pro hospital. Teve um outro senhor, também da aldeia Marcação, que primeiramente ele passou por um monte de... passou por rezador, por curandeiro e depois que ele estava com um estágio bem avançado da doença, eles começaram a procurar a gente pra fazer os tratamentos mas aí já não tinha mais chance, também foi a óbito.[ e quando questionado sobre o posicionamento do AIS respondeu que se posiciona a favor do saber] dele. O da cultura. Mesmo que ele não concorde, ele defende o da cultura. Ele pode não concordar, mas ele defende. Eu não sei se é por medo... Eu não sei o porque, mas eles sempre tão...pelo que eu vejo, eles ainda eles defendem o deles (E.17. grupo I).

Ou neutra,

Ele fica neutro. Porque também se ele for ficar muito a nosso favor, eles que são da aldeia não vão gostar, né. Então às vezes ele tem uma opinião, só que ele fica neutro. Não vai ser nem por nós, nem por eles. Então, não dá opinião. Deixa a critério da família. Porque muitas vezes acaba atrapalhando, por exemplo: quando é o caso de ter uma criança muito doente, aí eles tem aquela questão de levar pro rezador, aí fica naquela questão de reza, reza, a gente vê que a reza não vai adiantar, quando as vezes precisa ir pra um médico, né, pra Pombal por exemplo. já não tem mais solução, aí depois eles questionam, ficam botando culpa na equipe, sendo que não ouviu a gente primeiro, ficou naquela questão mais de por AIS, na questão da religiosidade, e aí acaba tendo óbitos por conta disso. E eles ainda, alguns eles são muito presos ainda a essas questões, né, ainda tem aquele ritual de ficar fazendo trabalhos com pajé, aquela coisa. Já aconteceu óbitos assim, por causa disso (E.14, grupo I).

E até contra a equipe:

Porque assim os agentes estão inseridos, os agentes indígenas eles fazem parte da comunidade também, então eles têm a mesma crença que a maioria tem. Já teve atrito, né, por exemplo: teve pacientes que precisaram de tratamento medicamentoso e eles fazendo o que a gente chama de “pajelância”. Então até terminar o tratamento com o pajé não poderia interferir com o tratamento medicamentoso. Já teve agente que já bateu de frente também com profissionais, com a equipe, discordando do procedimento e das orientações que o profissional tava dando. Já teve agente que já bateu de frente... Eles ficam a favor da comunidade. É como eu falei, eles fazem parte da comunidade. Então eles ainda não, pelo menos os agentes daqui, não fica a favor da equipe, entendeu? E a comunidade, ele tem aquela comunidade, ele tem o líder, que o agente ele tem o líder, né, ou o cacique ou as lideranças, então o que os líderes resolvem os agentes acatam (E. 18, grupo I).

Discutir estas questões mais a fundo significa caminhar em um terreno delicado e controverso que envolve ética e moralidades divergentes. No entanto, o que se mostra latente a partir da leitura desses discursos é a necessidade iminente que as equipes têm de apoio, antropológico e psicológico, para que aprendam a lidar com esses conflitos, pois além de conflitos interculturais, são sobretudo conflitos pessoais que são gerados a partir do confronto com situações de morte presenciada por um profissional formado na lógica da defesa da vida. A fala desta profissional de saúde deixa claro este conflito pessoal que eles vivenciam.

Atualmente eu não estranho tanto, eu já, vamos dizer assim, comecei a aceitar. Não compreender, eu comecei a aceitar mais essa visão que eles têm, voltada pra cultura deles. Mas no começo foi muito difícil porque é difícil aceitar [...] Então, no começo eu ficava bem chateada mesmo, não conseguia entender, não conseguia aceitar, era difícil, ficava um conflito comigo, porque queria entender e não conseguia e aí foi passando o tempo e a gente vai, a necessidade de tá trabalhando com eles e a convivência também foi mostrando que eu não tinha que entender eles, eu tinha que aceitar. E foi isso que eu fiz e pelo menos tem dado certo. Agora eu já não sofro tanto também porque é a forma deles aceitarem, deles viverem isso e é assim que eu penso (Ent. 17, grupo I).

No período que antecede a promulgação da constituição de 1998, constatamos a vigência do discurso do *relativismo cultural*<sup>36</sup>, especialmente, em decorrência visão integracionista que engloba o Estatuto do Índio. Esta teoria parte do pressuposto que em decorrência da existência de uma pluralidade de culturas no mundo, estas culturas produzem seus próprios valores, contrapondo-se, portanto, ao

<sup>36</sup> Relativismo Cultural: Teoria defendida por Herskovits (1947) que se contrapõe ao etnocentrismo, ou seja, a tendência natural de valorização dos costumes e moralidades pertencente a um determinado grupo, para Herskovits "O princípio do relativismo cultural decorre de um vasto conjunto de fatos, obtidos ao se aplicar nos estudos etnológicos as técnicas que nos permitiram penetrar no sistema de valores subjacentes às diferentes sociedades. Este princípio se resume no seguinte: os julgamentos têm por base a experiência, e cada indivíduo interpreta a experiência nos limites de sua própria enculturação", assim tece críticas à Declaração dos Direitos Humanos, pois para ele o que é considerado direito humano em uma sociedade pode ser considerado anti-social em outra.

universalismo. Assim, enquanto a concepção universalista aduz um valor inerente a todo ser humano, o relativismo nega-o, ao asseverar que os valores são relativizados a partir da análise de cada cultura, firmando, assim, que os direitos seriam relativos e não universais (MACEDO JÚNIOR, 2012).

São notáveis as contradições naturais entre valores ocidentais e indígenas no que tange à vida, a saúde e a doença. Todavia, como mediar os conflitos decorrentes de tais diferenças?

Os relativistas culturais resguardam o receio do etnocentrismo caracterizado como intolerância e por conta disto, dispõe-se a tolerar, ao menos teoricamente, qualquer violação dos seus modelos culturais por outras sociedades. O mérito do relativismo cultural reside em inocular no pensamento uma sensibilidade pelo diverso (ORTIZ, 2009). Contudo, de acordo com este autor, a perspectiva relativista tem muito de ilusão de ótica, pois, os objetos que ela enxerga são verdadeiros, mas suas configurações, espelhadas na retina, estão distorcidas.

Na verdade, ao se pensar a diversidade cultural na sua unicidade, termina-se por apreendê-la como uma essência dotada de uma materialidade insuspeita. Por isso a metáfora do caráter torna-se plausível. Haveria uma correspondência, nunca comprovada, entre a identidade pessoal e a personalidade de uma cultura. Nesse sentido, Ortiz (2009, p.8) afirma que

As sociedades são relacionais, nunca relativas. Seus territórios são invadidos pelos grupos inimigos e as trocas de mercadorias, objetos e mulheres, são constantes. Elas possuem, inevitavelmente, uma concepção do Outro. Não basta definir-se a si próprio, na verdade, isso se faz em contraposição aos que se encontram fora de um determinado círculo simbólico.

A ampliação do universalismo a um ponto extremo poderia acarretaria a remodelação de costumes indígenas, que como se verifica, é uma lesão de fato a direitos dos povos, inadmissível no regime Democrático de Direito. Também não concordamos com a relativização extrema dos direitos, pois, ocasionaria a existência, no sistema constitucional, de um paradoxo ao sustentar a vida como valor máximo. Diante disto, vemos ainda a necessidade de se considerar perspectivismo<sup>37</sup> ameríndio, que consiste na forma indígena de olhar o mundo sob a qual consideram a existência de outros sujeitos que povoam o mundo, que estão além do humano, e por esta razão tem uma forma diferente de olhar a realidade. Assim, esses “seres” naturalmente terão influências nas decisões que regem toda

---

<sup>37</sup> Perspectivismo – conceito antropológico inspirado na filosofia de Gilles Deleuze e Felix Guattari.

a vida ameríndia e por esta razão, Viveiros de Castro (2008; 2002) defende que devemos considerá-las pois, para tal autor, o perspectivismo não é uma forma de relativismo, e sim relacionismo (Viveiros de Castro, 2002)

Analisando por outro lado, sabemos que o AIS também vivencia esse conflito em outra perspectiva, pois na posição de indígena, deve ser capaz de compreender as decisões tomadas pela família pois são embasadas em uma visão cultural que também é sua; no entanto, na posição de Agente é cobrado o seu posicionamento direcionado ao ponto de vista biomédico, que pode ser para ele o mais correto ou não. Um entrevistado evidencia na sua fala o conflito a que nos referimos

Então, começa conflitos com ele também, né. Porque assim, tem uns que são muito conservadores, né. Eles aprendem a vida toda uma coisa e chega um curso desse, vai falar pra ele que ele tem que fazer isso, isso e isso, né. Eu acho que também começa a gerar um conflito dentro dele também. E assim não sei como muitos se portam também, se aceitam também, se começam a ter instrução, uma outra visão, começa a querer mudar alguns pensamentos também sobre a função deles também, na comunidade. Das vezes que a gente viu, eles ficaram imparciais também, assim: não tem o que fazer, chega na casa de uma pessoa dessa, ta a criança lá, ta assim (E.16, grupo I).

O documento PNSI (Doc. 2) (BRASIL, 2002a) faz a referência ao apoio antropológico dado à profissionais durante o seu processo de preparação para serem formadores/supervisores dos AIS. O odontólogo que atua entre os Kiriri refere, por exemplo, ter recebido qualificação pedagógica e antropológica para atuar como supervisor no processo de formação dos agentes. Exceto nesta condição, não há referência nos depoimentos sobre o cuidado em preparar os profissionais para o trabalho no contexto intercultural, o que conseqüentemente, contribui para a dificuldade de compreensão das diferenças entre concepções, princípios e hábitos.

A nossa análise evidencia que há necessidade de uma preparo prévio para o trabalho na área indígena que resgate discussões e reflexões antropológicas que dificilmente os profissionais de saúde puderam ter durante a sua formação profissional dada a sua especificidade, porém é importante destacar que este não deve ser um evento pontual, pois vemos a necessidade de um acompanhamento contínuo não só de Antropólogos, mas também de psicólogos que possam colaborar para um olhar mais cognoscitivo dos profissionais de saúde sob diferenças interculturais que se estabelecem no decorrer das suas atividades, de forma a

reduzir estes conflitos e também a minimizar o sofrimento do profissional quando os pilares axiológicos não são convergentes.

Comungamos com Franco (2008, p.1) no que tange a necessidade de uma estrutura formada por uma equipe multiprofissional básica aliada

[...] outra, matricial, isto é, que deverá ofertar ações de suporte técnico e assistenciais para diversas equipes que estejam atuando em várias comunidades. Esta deve ser composta necessariamente por antropólogo, assistente social, psicólogo e de acordo com a especificidade de cada local, outros profissionais de áreas em que a equipe básica, juntamente com a equipe técnica e o coordenador do DSEI considerarem necessários e pertinente para a integralidade da atenção à saúde indígena.

Para tanto, Caldeira (2011) defende a importância do profissional antropólogo no auxílio na construção de um processo efetivo de escuta dos profissionais de saúde aos povos indígenas; na superação da supremacia do pensamento científico sob os demais (mitológico, teológico, popular, filosófico) nas sociedades ocidentais; no auxílio à construção e compreensão da categoria “atendimento diferenciado”, muito facilmente confundida pelos profissionais de saúde como “atenção privilegiada; no auxílio ao diálogo e atuação intercultural, no auxílio na gestão e administração do serviço de saúde. Porém, afirma que ainda são muito poucos os antropólogos que compõem equipes nos DSEI’s, apesar de um discurso quase que consensual sobre a relevância da antropologia no campo da saúde indígena e da demanda de que profissionais sejam capacitados para uma atuação intercultural.

Contrariando a realidade existente, o documento *Relatório Final da 4a Conferência Nacional de Saúde Indígena* (Doc. 13) (BRASIL, 2007, p.131), apresenta a proposição de que as equipes de saúde indígena e as que trabalham em unidades de saúde

devem ser capacitadas quanto à cultura indígena com a qual convivem, visando a mútua compreensão das diferenças culturais e o respeito às práticas tradicionais.[...] e a FUNASA proverá as EMSIS e os profissionais de saúde primeiramente dos hospitais públicos municipais até a terceira referência, de conhecimentos antropológicos e culturais, por meio de cursos, palestras, oficinas, seminários e encontros, para qualificar a assistência aos usuários indígenas, com eficácia e respeito às práticas tradicionais de cada etnia.[...]

Temos conhecimento de que há pouco tempo, a FUNASA estabeleceu uma parceria com a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) para a qualificação profissional dos sujeitos atuantes nas EMSI através de curso de especialização à distância sobre Saúde indígena, abarcando profissionais de todo o país, que buscam através da troca de experiências mediadas por antropólogos e outros profissionais experientes na temática indígena, a superação desta dificuldade e a instrumentalização do seu saber para uma prática mais dialógica e imparcial.

Por reconhecer estas dificuldades e essas necessidades, a PNSI (Doc. 2) (BRASIL, 2002a, p. 7) propõe uma atenção diferenciada aos povos indígenas já discutida desde 1993 na 2ª CNS indígena,

é necessário que a atenção à saúde se dê de forma diferenciada, levando-se em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos. Assim, dever-se-á desenvolver e fazer uso de tecnologias apropriadas por meio da adequação das formas ocidentais convencionais de organização de serviços

Ainda assim, não cremos que esta instrumentalização de saberes seja capaz de neutralizar completamente esses choques culturais, pois, na nossa concepção, eles continuarão existindo mesmo com todo o apoio de profissionais como antropólogos e sociólogos, pois envolve um sistema complexo de valores morais, éticos e culturais que compõem as estruturas axiomáticas de cada indivíduo. Contudo, a partir do reconhecimento destas diferenças é possível vislumbrar uma atenção diferenciada como proposto pela PNSPI. A fala a seguir é convergente com o nosso discurso, uma vez que demonstra a manutenção do conflito e do estranhamento perante as divergências culturais, mas por outro lado, já revela uma compreensão dessas diferenças o que sem dúvida poderá favorecer uma prática dialógica.

---

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

E se esse que existe é outro, então seu pensamento é necessariamente outro que o meu. Quem sabe até deva concluir que, se penso, então também sou um outro. Pois só o outro pensa, só é interessante o pensamento enquanto potência de alteridade (VIVEIROS DE CASTRO, 2008, P. 117) .

No Brasil, até 1999, mais de 1.400 agentes indígenas de saúde vinham atuando, mesmo sem um programa de formação e uma inserção institucional

definidos, apesar da maioria deles trabalharem voluntariamente, sem acompanhamento ou suprimento sistemático de insumos para suas atividades (BRASIL, 2002a). No entanto, 10 anos após a formulação da Política Nacional de Saúde Indígena nos questionamos: será que a realidade mudou?

A realização deste estudo nos possibilitou perceber que apesar de alguns avanços, ao menos no contexto Kiriri, esta ainda é uma realidade concreta.

A análise do Processo de Trabalho do AIS no contexto Kiriri revelou a posição de fronteiras entre duas formas de trabalhar a saúde e a doença: o saber acadêmico e o saber popular, pois no contexto Kiriri coexistem de forma mais evidente dois sistemas terapêuticos: o tradicional (popular) indígena, que tem na figura do pajé o seu representante como promotor da cura; e o biomédico, centralizado no médico. É notória uma hierarquização entre essas duas formas de cuidado a saúde existentes, com uma sobreposição entre a medicina tradicional, que parece ter uma maior valorização para os AIS.

Dentro deste contexto, o AIS no seu processo de trabalho tem como atribuição a realização da “triagem” dos usuários para os dois modelos (médico e tradicional) o que lhe confere valor social dentro da sua comunidade, com o poder de opinar e direcionar os usuários para a assistência que ele julgue capaz de atender as necessidades daqueles usuários, pois ele, enquanto Agente de saúde, aproxima-se da medicina clínica e enquanto indígena, é defensor de saberes tradicionais, e por isto sente-se capaz de identificar os casos que necessitam de uma avaliação do pajé. A opção desses AIS para encaminhamentos para o Pajé, prioritariamente, revelam o estabelecimento do poder simbólico do Pajé no GI Kiriri, para as intervenções populares.

Contudo, a posição do AIS poderá impulsionar a formação de conflitos pessoais do agente e dos próprios membros da EMSI não indígenas quando as intervenções em saúde entre os dois modelos não são convergentes. Diversas situações de óbitos descritas pelos sujeitos do estudo quando as determinações culturais não permitem a intervenção da Equipe de Saúde põe em cheque discussões que perpassam o campo ético e antropológico.

O discurso do *relativismo cultural*, que compõe a visão integracionista do Estatuto do Índio pressupõe existência de uma pluralidade de culturas no mundo, estas com seus próprios valores, contrapondo-se, portanto, ao universalismo.

Assim, entendemos que o AIS ao vivenciar conflitos devido a sua posição de 'fronteira' ele deve tomar decisões embasadas em uma visão cultural que também é sua. No entanto, nesta posição será também cobrado o seu posicionamento direcionado ao ponto de vista biomédico.

Quanto ao seu processo de trabalho, os depoimentos revelaram que o objeto de trabalho para os Agentes Indígenas de Saúde é a sua **comunidade indígena** numa perspectiva coletiva. Outros referem como objeto de trabalho o índio numa perspectiva individual, desconsiderando-se a família como foco de suas ações. No que se refere às **finalidades** do processo de trabalho, muitas falas convergem sobre as necessidades coletivas do grupo indígena; porém, foram encontrados depoimentos, em relação ao processo de trabalho do AIS, que referem finalidades voltadas para o indivíduo apenassem aliar-se a um trabalho voltado para o coletivo.

A prevenção e a promoção da saúde por meio de ações educativas foi colocada como finalidade para o trabalho do AIS por alguns desses sujeitos, porém notamos uma aproximação das práticas dos AIS voltadas para a execução de procedimentos, não inerentes a sua competência técnica, afastando-se do referencial de ação de um agente local de saúde, idealizado desde o final da década de 1970 em Alma-Ata, no *Congresso de Cuidados Primários ou Atenção Primária de Saúde* (APS), voltado para a prevenção e promoção da saúde aliada às ações de cura e reabilitação. Outrossim, vimos que um número pequeno de agentes indígena aparentemente assumem atividades educativas no cotidiano de seu trabalho.

De um modo geral, as atividades educativas configuradas como evento coletivo mostraram-se pouco presentes na prática do AIS Kiriri, porém muitos referem como uma de suas atividades a **orientação para saúde**, voltada para o indivíduo e sua família.

Além da orientação, alguns entrevistados referiram a realização de outras atividades pelos AIS, destacando-se prioritariamente as visitas domiciliares (VD), a aferição do peso das crianças, a troca de informações entre a comunidade e a equipe de saúde e os encaminhamentos.

Dentre tais atividades, as visitas domiciliares são destacadas por serem realizadas majoritariamente pelos AIS. Todavia, aí são desenvolvidas ações de transmissão de avisos sobre as consultas, vacinação e da aferição do peso.

Na comunidade Kiriri, nós testemunhamos que os AIS se submetem a realizar outros trabalhos que não fazem parte das suas atribuições, negligenciando muitas atividades que lhes são próprias. Algumas dessas atividades presenciadas também foram referidas nos depoimentos como: a limpeza da unidade de saúde, a separação dos prontuários para o atendimento médico, a organização dos prontuários nos arquivos após o atendimento dentre outras, que são ações realizadas, no nosso sistema de saúde convencional por outros profissionais como auxiliar de serviços gerais, auxiliares administrativos, técnicos e auxiliares de enfermagem respectivamente.

Diversas queixas emergiram das falas sendo as principais a falta de transporte, medicamentos, a dificuldade de acesso aos exames de média e alta complexidade são as queixas mais comuns apresentadas. Verificamos que as propostas advindas da 3ª e 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena não estão sendo cumpridas, pois não estão sendo garantidos, pelo menos na Aldeia Kiriri, realidade vivenciada, a estrutura e insumos necessários para um trabalho adequado.

A ausência de uma regulamentação própria da profissão dos AIS cria uma situação de instabilidade e indefinição em que se encontram o AIS e trazem como consequências três resultados: o cumprimento insatisfatório das atividades que lhes cabem; o cumprimento de atividades que não lhes cabem; e por fim, o cumprimento exacerbado das atividades que lhes cabem, extrapolando os limites das suas atribuições.

Como consequência da falta de reconhecimento, os agentes indígenas em suas falas referem a sobrecarga de trabalho a que se submetem por desconhecerem os limites das suas atribuições e por não terem garantidos os seus direitos trabalhistas, resultado também da falta de reconhecimento profissional deles.

Quanto ao espaço de intervenção, muitos citaram em seus depoimentos a unidade de saúde e a escola (ambiente utilizado para o atendimento da EMSI nas aldeias que não dispõem de posto de saúde) mas houve referência de outros espaços como o 'campo', o território indígena e até o próprio domicílio do AIS.

Quanto a concepção da saúde, foram colocados uma diversidade de conceitos desde a ausência de doença, a concepção higienista até a concepção ampliada em saúde entre os componentes da EMSI o que pode direcionar a práticas não convergentes e até conflitantes.

Conflitos e expectativas foram colocados e observados tanto do AIS com a equipe de saúde, quanto desse com os usuários, motivados pela falta de compreensão do trabalho do AIS além das dificuldades referentes aos recursos, insumos e oferta de serviços.

O acesso ao serviço de saúde no âmbito municipal foi apontado como um dos nós críticos da assistência à saúde Kiriri, o que fere princípios constitucionais, configurando para os Kiriri uma forma de universalismo excludente.

Desta maneira, concluímos que o Processo de trabalho do AIS na realidade Kiriri segue uma lógica tecnocrática, pautada na realização de procedimentos e distante do referencial da promoção da saúde, seguindo uma concepção de saúde como ausência de doenças.

Diante de toda esta conjuntura, vemos a necessidade de ressignificação do trabalho do AIS no contexto Kiriri de forma a contemplar todos os sujeitos envolvidos no processo saúde doença (gestores, profissionais da EMSI, usuários e AIS) pois como afirma Franco (2006) o trabalho em saúde se dá a partir de encontros entre trabalhadores e desses com os usuários que formam uma intrincada rede de relações a partir da qual os produtos referentes ao cuidado ganham materialidade e condições de consumo. Portanto o AIS não é um sujeito isolado no campo da saúde, e por conta disto se faz necessário a formação de redes rizomáticas entre sujeitos que não são pares mas ímpares, com desejos, aspirações e visões de mundo diversas, mas que devem se inclinar a uma finalidade comum, a defesa da vida pois, somente assim podemos vislumbrar a atenção diferenciada a esses povos.



## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A.B.B.de; BOSI, M.L.M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuário no Município de Fortaleza, Ceará. 2009

ALMEIDA Filho, N. COELHO, M. T. A. D. 'Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica'. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(2):315-33, maio-ago. 2002.

ALMEIDA FILHO, N. JUCÁ, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse, **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(4):879-889, 2002.

ALVES, Paulo César. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, Sept. 1993 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X1993000300014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1993000300014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 27 Mar. 2010.

ASSIS, M.M.A.; JORGE, M.S.B. Métodos de Análise em Pesquisa Qualitativa. In: SANTANA, J.S. da S.; NASCIMENTO, M.A.A. **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**, Feira de Santana: UEFS, 2010.

ASSIS, Marluce Maria Araújo. **Método de análise em pesquisa qualitativa em saúde**. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, 2003. 14p. Digitado.

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.

BAHIA. **Lei Estadual n. 4.485** de 24 de fevereiro de 1989, publicada no Diário Oficial de 25 de fevereiro de 1989.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização do Estado da Bahia – PDR/Ba**. Salvador-BA, 2005.

BANDEIRA, Maria de Lourdes. **Os Kariris de Mirandela: Um grupo Indígena Integrado**. Série Estudos Baianos, número 6. Salvador: Editora da Ufba. 1972.

BARTH, F. **Ethnic groups and Boundaries**, Oslo: Universitets Forlaget, 1970.

BASTOS, G.S.; NASCIMENTO, M.A.A. **O processo de trabalho da Enfermeira em Saúde Coletiva nas UBS do município de FSA – BA**, Feira de Santana: UEFS, 2006 (digitado).

BELL, Judith. **Projeto de pesquisa: guia para pesquisadores iniciantes em Educação, Saúde e Ciências Sociais**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Lisboa: Difel, 1989.

BOURDIEU, P. O racismo da inteligência In: BOURDIEU, Pierre. **Questões de sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero. p. 205-208, 1983.

BRASIL, Ministério da Educação Básica: **Higiene, segurança e educação**. Brasília, 2008.

BRASIL, Ministério da Educação. Parecer do Conselho Nacional de Saúde nº 19, 2004.

BRASIL, **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: MS. 1997.

BRASIL. **Decreto nº 7.530** de 21 de julho de 2011. Disponível em: [www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br). Acessado em 03 de janeiro de 2012b.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena / Fundação Nacional de Saúde**. - Brasília : Funasa, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Básica – Saúde da Família**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/conhecadab.php>. Acesso em: 01 maio 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Coordenação de Saúde do Índio. 1996. **Formação de agentes indígenas de saúde: proposta e diretrizes**. Brasília, Ministério da Saúde, Jul. de 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Normas para Pesquisa envolvendo Seres Humanos: (Resolução CNS 196/96 e outros)**. Brasília: MS, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Operações. Coordenação de Saúde do Índio. 1999. **Formação de agentes indígenas de saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, Abril de 1999

\_\_\_\_\_. Fundação Nacional de Saúde. **Formação inicial para agentes indígenas de saúde: módulo introdutório / Fundação Nacional de Saúde**. - Brasília : Fundação Nacional de Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria No. 254 de 31 de Janeiro de 2002**. Brasília, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.336** de 19 de outubro de 2010. Disponível em: [www.portal.gov.br/portal/saude/gestor](http://www.portal.gov.br/portal/saude/gestor). Acessado em 03 de janeiro de 2012a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAUDE. FUNASA. **Relatório III conf. nacional de proteção à saúde dos povos indígenas**. 2003. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conferencia/resumo.htm>. Acesso em dez. 2010.

BRASIL. MINISTERIO DA SAUDE. Fundação Nacional de Saúde. **II Conferência nacional de saúde das populações indígenas (Relatório Final)**. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde. **Manual do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, 1991

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8.080** de 19 de setembro de 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em 10/02/2011b.

BRASILEIRO, Scheila. **A Organização Política e o Processo Faccional no Povo CALDAS**, Waldenyr. **O que todo cidadão precisa saber sobre cultura**. São Paulo: Global Ed, 1986.

CAÑEDO ANDALIA, R.; LA O ZALDÍVAR, J.; MONTEJO CASTELLS, M.; PEÑA RODRÍGUEZ, K. De la medicina popular a la medicina basada en evidencia: estado de la investigación científica en el campo de la medicina tradicional. Rev. **ACIMED**; 1(5), sept.-oct. 2003. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:uGDPPJT2pp4J:bases.bireme.br/cgibin/wxislind.exe/iah/online/%3FIsisScript%3Diah/iah.xis%26src%3Dgoogle%26base%3DLILACS%26lang%3Dp%26nextAction%3Dlnk%26exprSearch%3D355775%26indexSearch%3DID+medicina+tradicional+popular&cd=7&hl=ptBR&ct=clnk&gl=br&source=www.google.com.br>. Acesso em: março, 2011.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1978.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. Identidade étnica, reconhecimento e o mundo moral. In: **AntHropológicas**, ano 9, v. 16(2) p. 9-40. Recife, 2005.

CEZAR, B.M. Nossa História, 31 de março de 2010. Disponível em <[http://banzaebahia.blogspot.com/2010\\_03\\_01\\_archive.html](http://banzaebahia.blogspot.com/2010_03_01_archive.html)>. Acessado em: 08/08/2010.

CHAVES, M. de B. G.; CARDOSO, A. M.; ALMEIDA, C. Implementação da política de saúde indígena no Pólo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, Fev. 2006. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2006000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006000200007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 24 jul. 2010. doi: 10.1590/S0102-311X2006000200007.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 2.ed., São Paulo: Cortez, v.16, Série Escola 1,1995.

COELHO, T. C. B. O Processo de Trabalho em Saúde. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, Feira de Santana, v. 1, n. 1, p. 121-127, 2002.

CORTÊS, C. N. M. E. (org.). **História da reconquista de Mirandela**: história a várias. Brasília : Universidade Federal da Bahia, 2000. 31 p.

CUNHA, Manuela Carneiro. **Antropologia do Brasil**. 2 ed. São Paulo: Brasiliense, 1987 da Ufba, Salvador. 1996.

DANTAS, B.; SAMPAIO, J.A.; CARVALHO, M.R. Os povos indígenas no Nordeste Brasileiro: um esboço histórico. In.: Cunha, M.C. (org.) **História dos Índios no Brasil**. 431-56. São Paulo: companhia das letras, 1992.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Palestra à Confederação Geral dos Trabalhadores**. França, outubro de 1982.

DELEUZE, G., GUATTARI, F. **O Anti-édipo: capitalismo e esquizofrênia**. Lisboa: Assírio e Alvim, 1972.

DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. (Tradução de José Gabriel Cunha). Lisboa: Relógio D'Água Editores, 2004.

DELEUZE, Gilles. **Conversações**. São Paulo: Editora 34, 1992.

DEMO, P. **Pesquisa Participante: saber pensar e intervir juntos**. Brasília: Líber Livro, 2 ed, 2008

DIAS-SCOPEL R.P. **O agente indígena de saúde Xokleng**: por um mediador entre a comunidade indígena e o serviço de atenção diferenciada à saúde – uma abordagem da antropologia da saúde [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.

DRIESSNACK M., SOUSA, V.D., MENDES, I.A.C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 3: Métodos mistos e múltiplos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.15 no.5 Ribeirão Preto Sept./Oct. 2007.

ERTHAL, Regina M. de Carvalho. A formação do agente de saúde indígena Tikúna no Alto Solimões: Uma Avaliação Crítica. In: COIMBRA, C. e SANTOS, R. (Orgs.) **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas do Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

FERREIRA VSC et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(4):898-906, abr, 2009

FERRETTI, N., CEZAR-VAZ, M.R.C Ensaio do processo de trabalho na saúde à luz das concepções de natureza em marx: reflexões para o conceito de saúde socioambiental na área da saúde coletiva. **Saúde & Amb. Rev.**, Duque de Caxias, v.4, n.2, p.15-19, jul-dez 2009.

FEUERWERKER LCM, MERHY EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Publica**. 2008.

FOLLÉR, Maj-Lis. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e

FOUCAULT, M. **A microfísica do poder**, Rio de Janeiro, Graal, 1992.

FOUCAULT, M. DELEUZE, G. OS INTELLECTUAIS E O PODER: Conversa entre Michel Foucault e Gilles Deleuze. In .: FOUCAULT, M. **A microfísica do poder**, Rio de Janeiro, Graal, 1992.

FRANCO TB, MERHY EE. Programa Saúde da Família: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY EE, JÚNIOR HMM, JOSELY R, FRANCO TB, BUENO WS, (organizadores). **O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 55-124.

FRANCO, T.B. MERHY, E.E. Atenção domiciliar na saúde suplementar. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(5),, 2008.

FRANCO, T.B. Modelo **Assistencial para a Saúde Indígena: DSEI-MG/ES**. 2008 (impresso).

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**, 17 ed., Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1970.

GADAMER, Hans-Georg. **Verdade e Método**. Petrópolis: Vozes, 1999.

GARNELO, L.; SAMPAIO, S. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena: problemas e questões na Região Norte do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, Feb. 2003 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2003000100035&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000100035&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 27 mar. 2010.

GARNELO, Luiza. Cosmologia, ambiente e saúde: mitos e ritos alimentares Baniwa. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, suplemento, p.191-212, dez. 2007.

GEERTZ, Clifford. O impacto do conceito de cultura sobre o conceito de homem. In: **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro, Zahar, 1978, p. 25-39.

GÓIS JUNIOR , E. Higienismo e positivismo no Brasil: unidos e separados nas campanhas sanitárias (1900 - 1930). **Dialogia V.2 - OUT/2003**.

GRAMSCI, Antonio. **Os intelectuais e a organização da cultura**. 6. ed, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1988.

GRÜNEWALD, Rodrigo de Azeredo. Toré e Jurema: emblemas indígenas no nordeste do Brasil. **Rev. Cultura Indígena**. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v60n4/a18v60n4.pdf>. Acesso em: 20/10/2011.

HABERMAS, J. **Dialética e Hermenêutica**. Porto Alegre: LPM, 1987.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. 6. ed, Petrópolis, RJ: Vozes, 1999. 163p.

HUBER, R. **Ambiência e mitos nos discursos e práticas acadêmicas: uma análise das monografias e dissertações do PPGGeo/UFSM - Dissertação de mestrado**, 2010 . Disponível em:[http://w3.ufsm.br/ppggeo/index2.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=175&Itemid=30](http://w3.ufsm.br/ppggeo/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=175&Itemid=30). Acesso em: 10 de março de 2010.

**Indígena Kiriri**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Mestrado em Sociologia

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) Divisão Territorial do Brasil. **Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais**. (1 de julho de 2008). Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acessado em: 11 de novembro de 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) Estimativas da população para 1º de julho de 2009 (PDF). **Estimativas de População**. (14 de

agosto de 2009). Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acessado em: 08 de agosto de 2010.

JUNQUEIRA, C. PAGLIARO, H. O saber kamaiurá sobre a saúde do corpo. **CADERNO CRH**, Salvador, v. 22, n. 57, p. 451-461, Set./Dez. 2009.

KAWAMOTO, E. E. (org); SANTOS, M. C. H. Enfermagem comunitária. São Paulo: Editora Paulista Universitária (EPU), 1995.

KIRIRI, Adrelina. O caboclo da tirania. In.: CORTÊS, C. N. **A retomada da Mirandela**. Brasília, MEC/SEF/UFBA, 2000.

KLEINMAN, Arthur M. **Patients and healers in the context of culture**. Berkeley: University of California Press, 1973.

KONDER, L. **O futuro da filosofia da práxis**. 2. ed, Rio de Janeiro: Paz & Terra, 1992.

LANGDON, E. J. A. Nova Política de Saúde Indígena no Brasil: Preocupações Antropológicas sobre o Conceito de “Atenção diferenciada”. In: Encontros teológicos. **Revista do ITESC**. a. 16. n. 2. 2001, p.118-131.

LANGDON, Esther Jean e GARNELO, Luíza (orgs.) **Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: ABA/Contracapa, 2004. p. 129-147

LANGDON, E.J., DIEHL, E.E.; WIIK, F.B.; SCOPEL, R.P.D. **A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil**, 2006b.

LANGDON, Esther Jean et al . A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, Dec. 2006a. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2006001200013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006001200013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso Mar. 2010.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**, 1 ed, São Paulo: Martins Fontes, 1986.

LAPLANTINE, F. **Medicinas Paralelas**, São Paulo: Brasiliense, 1989.

LARAIA, R. de B. “A cultura é dinâmica”. In.: LARAIA, R. de B. **Cultura: um conceito antropológico**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2007.

LAURELL. A. C .La salud-enfermedad como proceso social. **Revista Latinoamericana de Salud**, México, 2, 1982, pp. 7-25. Trad. E. D. Nunes.

LEITE S.N., VASCONCELLOS MPC. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. **Hist Ciênc Saúde Manguinhos** 2006; p.113-28.

LÉVI-STRAUSS, C. “Raça e História” In: LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia Estrutural**. São Paulo, Tempo Brasileiro, 1989.

LONGHI, M.P. **Perspectivas do Trabalho em Saúde no Brasil**, 2011 (impresso).

LONGHI, M.P. **Perspectivas do trabalho em saúde no Brasil** Disponível em: . <http://www.estudosdotrabalho.org/anais6seminariodotrabalho/marcelenpalulonghi.pdf>. Acesso em: outubro de 2011.

MACEDO JÚNIOR, G.F. Considerações críticas acerca do infanticídio indígena no marco dos direitos humanos. **Revista Jus Vigilantibus**, dezembro de 2008.

MALBIDE, P. **Apontamentos sobre os indígenas selvagens da Nação Coroados: que habitam os sertões do Rio Grande do Sul**. São Paulo: IMBRASA, 1983.

MARTINS, G.Z. Sigilo médico. **J Vasc Br**, vol. 2, nº3, 2003.

MARX, Karl, 1818-1883. **O capital: crítica da economia política**. 26. ed, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

MENDES-GONÇALVES, R. B., **Práticas de Saúde: Processos de Trabalho e Necessidades**. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo, 1992 (impresso).

MENDES-GONÇALVES, R. B., **Práticas de Saúde: Processos de Trabalho e Necessidades**. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo, 1992 (impresso).

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec, 1994. 277 p.

MERHY EE, FRANCO TB. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec; 2003b.

MERHY, E. E. **O SUS e um dos seus Dilemas: mudar a Gestão e a Lógica do Processo de Trabalho em Saúde** (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo), CEBES. Rio de Janeiro. 1995.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (Org.) **Práxis em Salud: um desafio para lo público**. Buenos Aires: Lugar Editorial & São Paulo: Hucitec, 1997

MERHY, E.E.M.; FRANCO, T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho em Saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. **Saúde em Debate**, v. 27 n.65, 2003a, p. 316-323.

MERHY, Emerson Elias, **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M.C **O desafio do conhecimento : pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2008.

MINAYO, M.C. de S.; DESLANDES, S.F; CRUZ NETO, O.; GOMES, R.. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 7. ed., Petrópolis: Vozes, 1997.

NASCIMENTO, M.A.A. **As práticas populares de cura no povoado de Matinha dos Pretos – BA: eliminar reduzir, ou convalidar?** Ribeirão Preto, tese de doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa Doutorado

Interunidades das Escolas de Enfermagem Ribeirão Preto e São Paulo, Universidade de São Paulo, 1997.

NASCIMENTO, M.A.A. do. **Linhas filosóficas e ideologias na pesquisa em saúde: positivismo, fenomenologia e dialética**. REDET. Bases epistemológicas e metodológicas para o estudo dos determinantes sociais da saúde. Módulos 2a e 2b. Sessão 8. Brasil. 2003. 19 p.

NASCIMENTO, M.A.A.; ASSIS, M.A.A. **Estudo elaborado sobre o processo de trabalho em Saúde Coletiva na rede básica de saúde**, Feira de Santana: UEFS, 2003(digitado).

NASCIMENTO, M.T.S. O povo indígena kiriri. In.: SILVA, A.L. da; GRUPIONI, L.D.B. (org.) **A temática indígena na escola: novos subsídios para professores de 1º e 2º graus** /org. Aracy Lopes da Silva e Luís Donizete Benzi Grupioni — Brasília, MEC/MARI/ UNESCO, 1995.

NASCIMENTO, M.S. **Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da Vigilância da Saúde versus as Ações Programáticas em Saúde**. Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, dissertação de mestrado (Mestrado em saúde Coletiva), 2003.

NEMES, M.I.A. Prática Programática em Saúde. In.: SCHRAIBER, L.B. NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (org.). **Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica**.2.ed. São Paulo: HUCITEC, 2000.

NOGUEIRA, R.P.; SILVA, F.B.; RAMOS, Z.V.O. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis** — o agente comunitário de saúde. Rio de Janeiro, junho de 2000.

NOVO, M.P. **Os Agentes Indígenas de Saúde do Alto Xingu/Brasília**: paralelo, 2010.

OLIVEIRA, L.; RECH, PATRÍCIA. **Processos Educativos em Saúde Indígena**. Material didático da Pós-graduação em Saúde Indígena, UNIFESP, 2011.

OLIVEIRA, S.S. de. **Produção do Cuidado das Equipes de Saúde da Família em busca da resolubilidade da atenção à saúde**, Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, dissertação de mestrado (Mestrado em saúde Coletiva), 2009.

OLIVEIRA, W.F. de **A Construção Cultural da Saúde e o espaço da Medicina Tradicional**. Conferência apresentada no 2º Simpósio Internacional de Etnobotânica em La Paz, na Bolívia, em setembro de 2003 e no Encontro Internacional de Saúde Natural, na Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, novembro de 2004. Disponível em <[www.ccs.ufsc.br/spb/walter/walter1.doc](http://www.ccs.ufsc.br/spb/walter/walter1.doc)> Acessado em 08/08/2010.

ORTIZ, R. Sobre o Relativismo Cultural. **Alambre. Comunicación, información, cultura**. Nº 2, marzo de 2009.

PACHECO, S.S.Q. de M. **"A gente é como aranha... vive do que tece"**; nutrição, saúde e alimentação entre os índios kiriri do sertão da Bahia. Doutorado em

Ciências Sociais (Conceito CAPES 5) . Universidade Federal da Bahia, UFBA, Brasil. 2007.

PAIM, J.S. **Recursos Humanos em Saúde no Brasil**: problemas crônicos, desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/UUSP, 1994.

PENTEADO RZ, CHUN RYS, SILVA RC. **Do higienismo às ações promotoras de saúde**: a trajetória em saúde vocal. *Disturb Comun* 2005;17(1):9-17

PIRES D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Rev Bras. Enferm.** 2000 abr/jun: v. 2, n. 53: p.251-63

PIRES, V. M. M. M. **Integridade do cuidado no processo de trabalho das equipes de saúde da família**: desafios na construção de uma prática de relações [manuscrito] Feira de Santana, Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, Dissertação de Mestrado (Mestrado em Saúde Coletiva), 2007. 135p.

QUEIROZ, M. de S. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. **Rev. Saúde Pública**, 20:309-17, 1986.

REIS, V.M.; DAVID, H.M.S.L. O fluxograma analisador nos estudos sobre o processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica. **Rev.de APS**, v. 13, n. 1, 2010.

RICHARDSON, R. J.; PERES, J. A. de S. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3. ed. rev. e ampli. Sao Paulo: Atlas, 1999.

ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M.C.P.de. O processo de trabalho da enfermagem em Saúde Coletiva. **Rev. latino-am. enfermagem** - Ribeirão Preto - v. 8 - n. 6 - p. 96-101 - dezembro 2000.

RODRIGUES, M.P.; ARAÚJO, M.S. de S. **O fazer em saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho na estratégia saúde da família** In.: [www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto\\_polo05.pdf](http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_polo05.pdf), Acesso em 20/09/09.

SÁ ET, PEREIRA MJB, Fortuna CM, Matumoto S, Mishima SM. O processo de trabalho na recepção de uma Unidade Básica de Saúde: ótica do trabalhador. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2009 set;30(3):461-7

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Introdução a uma ciência pós-moderna**. 3. ed Rio de Janeiro: Edicoes Graal, 2000. 176 p.

SANTOS, R.V.; CARDOSO, A.M.; GARNELO, L.; COIMBRA JR., C.E.A.; CHAVES, M. de B.G. **Saúde dos Povos Indígenas e Políticas Públicas no Brasil**. In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil, 2009.

SATRIANI, L.M.L. **Antropologia Culturale e analisi della cultura subalterna**. Guaraldi, 1974.

SCLIAR, M. **História do Conceito de Saúde**. 2007 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>, Acesso em: janeiro de 2012

SCOPEL, R.P.D.; LAGDON, E.J.; SCOPEL, D. Expectativas emergentes: a inserção do agente indígena de saúde Xoklengna equipe multiprofissional de saúde indígena. **Rev.Tellus**, a.7, n. 13, p. 51-72, out. 2007.

SILVA, A.L. da; GRUPIONI, L.D.B. (org.) **A temática indígena na escola: novos subsídios para professores de 1º e 2º graus** /org. Aracy Lopes da Silva e Luís Donizete Benzi Grupioni — Brasília, MEC/MARI/ UNESCO, 1995.

SILVA, J. M. Da. **Planejamento em saúde no programa saúde da família em Jequié** – BA: a dialética entre a teoria e a prática. Feira de Santana, 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, 2006.

SILVEIRA, N.H. **O conceito de Atenção Diferenciada e sua aplicação**. Disponível em: [www.antropologia.com.br](http://www.antropologia.com.br). Acesso em 20/11/11.

SMITH, J.A. The idea of health: a philosophical inquiry. **Adv.Nurs.Sci.**, p.43-50,1981.

SOUZA, J.B.S. **Fazendo a diferença**: um estudo da etnicidade entre os Kaimbés de Massacará, Faculdade de Filosofia e C.Humanas – Mestrado em Sociologia- UFBA, 1996.

SPINK, M. J. . As representações sociais e sua aplicação em pesquisa na área da saúde. Trabalho apresentado no **II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e III Congresso de Saúde Pública**. São Paulo. 1989. (impresso)

SPINK, M. J. E GIMENES, M.G.G. 1994 Práticas discursivas e produção de sentido: apontamentos metodológicos para análise de discursos sobre a saúde e doença. **Saúde e Sociedade**. 3(2): 149-171.

TAMBELLINI, A. T. & CÂMARA, V. M. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da Saúde Coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 3(2):47-59, 1998.

THOMAS, O.R. A Antropologia e o mundo contemporâneo: cultura e diversidade. In: **A temática Indígena na escola**. Brasília: MEC/MARI/UNESCO, 1995.

TRAESEL, C.A. et al. Educação em Saúde: fortalecimento a autonomização do usuário. In: PANIZZI, FRANCO, Educação em Saúde, 2002

TRIVINÕS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais** – a pesquisa qualitativa em Educação. São Paulo: Atlas, 2008.

VAZ FILHO, F. Identidade indígena no brasil hoje, 2011 (impresso).

VELDEN, F.F.V. Combates Singulares, histórias singulares: sobre a participação indígena no movimento de Canudos. **TELLUS**, a. 3, n.4, 2003, p.57-73.

VICTORIA, C.G.; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M. de N. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo editorial, 2000.

VIVEIROS DE CASTRO, E. ; SZTUTMAN, RENATO . **Encontros: Eduardo Viveiros de Castro**. 1. ed. Rio de Janeiro: Azougue Editorial, 2008. v. 1. 261 p

VIVEIROS DE CASTRO, E. O chocalho do Xamã é uma acelerador de partículas. In: VIVEIROS DE CASTRO, E. ; SZTUTMAN, RENATO . **Encontros: Eduardo Viveiros de Castro**. 1. ed. Rio de Janeiro: Azougue Editorial, 2008. v. 1. 261 p

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo B. **A Inconstância da Alma Selvagem e Outros Ensaios de Antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify. 552 pp. 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Declaration of Alma Ata 1978**. Disponível em: [http://www.who.declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.declaration_almaata.pdf). Acesso em 25 de agosto 2008.

## APÊNDICE A



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**  
**MESTRADO ACADÊMICO**

**PROJETO DE PESQUISA:** Processo De Trabalho Do Agente Indígena de Saúde na Atenção Básica: conflitos e expectativas na interrelação étnico-cultural da equipe de saúde.  
**PESQUISADORA RESPONSÁVEL:** Prof<sup>a</sup> Dra. Maria Angela A. do Nascimento.  
**PESQUISADOR – COLABORADORA:** Gabriela Santana Bastos.

### ROTEIRO DE ENTREVISTA (Trabalhadores de saúde)

<b>ENTREVISTA N°</b> _____ <b>DATA</b> ____/____/_____ <b>INÍCIO</b> _____:_____ <b>TÉRMINO</b> _____:_____ 
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### 1 IDENTIFICAÇÃO DO(A) ENTREVISTADO(A)

- 1.1 Idade: \_\_\_\_\_ Anos. 1.2 Sexo: M ( ) F ( )  
 1.3 Etnia: ( ) Kiriri ( ) outra \_\_\_\_\_ ( ) Não índio  
 1.4 Formação: \_\_\_\_\_  
 1.5. Capacitações, Treinamentos ou Pós-Graduação: SIM ( ) NÃO ( ). Em que área?  
 \_\_\_\_\_  
 1.6 Tempo de Formação: \_\_\_\_\_ Anos.  
 1.7 Função/Cargo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 1.8 Tempo de Serviço: \_\_\_\_\_ Anos.  
 1.9 Outras experiências profissionais \_\_\_\_\_

#### 1 QUESTÕES NORTEADORAS:

- 1.1 Processo de Trabalho (descrição das atividades desenvolvidas, procedimentos, trabalho individual e coletivo).  
 1.2 Objetos de trabalho.  
 1.3 Finalidade do trabalho.  
 1.4 Concepção de Saúde/doença (saberes e práticas)  
 1.5 Espaço de Intervenção (domiciliar, USF, escolas e outros)  
 1.6 Relação intercultural: conflitos, expectativas, dificuldades, anseios.  
 1.7 Relação dos AIS com usuários e com a EMSI.

## APÊNDICE B



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**  
**MESTRADO ACADÊMICO**

**PROJETO DE PESQUISA:** Processo De Trabalho Do Agente Indígena de Saúde na Atenção Básica: conflitos e expectativas na interrelação étnico-cultural da equipe de saúde.  
**PESQUISADORA RESPONSÁVEL:** Prof<sup>a</sup> Dra. Maria Angela A. do Nascimento.  
**PESQUISADOR – COLABORADORA:** Gabriela Santana Bastos.

### ROTEIRO DE ENTREVISTA (Usuários)

<b>ENTREVISTA N°</b> _____ <b>DATA</b> ____/____/_____ <b>INÍCIO</b> _____: <b>TÉRMINO</b> ____:____
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**1. Caracterização do (a) entrevistado (a):**

- 1.1 Idade (anos) \_\_\_\_\_. 1.2 Sexo: M ( ) F ( )  
 1.3 Escolaridade: \_\_\_\_\_.  
 1.4. Profissão/Ocupação: \_\_\_\_\_.

**2. Participação do (a) usuário (a)/família no PSF na atenção à saúde:**

- 2.1 Tempo que frequenta a USF: \_\_\_\_\_.  
 2.2 Motivo pelo(s) qual (ais) procurou a USF pela última vez (queixas):

2.3 Serviço(s) ou atendimento(s) mais procurado pela família:

2.4 Último contato com o AIS: \_\_\_\_\_

**2 Questões norteadoras:**

- 3.1 O trabalho do AIS (atividades desenvolvidas, saberes e práticas).  
 3.2 Relação interpessoal dos usuários com o AIS.  
 3.3 Relação do AIS com os usuários.  
 3.4 Facilidades/dificuldades/conflitos/contradições/expectativas no desenvolvimento do processo de trabalho na EMSI.  
 3.5 Instrumentos de trabalho (medicina tradicional X cultura popular).

## APÊNDICE C



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**  
**MESTRADO ACADÊMICO**

---

**PROJETO DE PESQUISA:** Processo De Trabalho Do Agente Indígena de Saúde na Atenção Básica: conflitos e expectativas na interrelação étnico-cultural da equipe de saúde.  
**PESQUISADORA RESPONSÁVEL:** Prof<sup>a</sup> Dra. Maria Angela A. do Nascimento.  
**PESQUISADOR – COLABORADORA:** Gabriela Santana Bastos.

---

### ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO

#### 1 Processo de trabalho do AIS

- 1.1 Instrumentos de trabalho – (instrumentos da medicina popular X Instrumentos da cultura popular)
- 1.2 Objeto de trabalho
- 1.3 Finalidade
- 1.4 Articulação com outras práticas sociais
- 1.5 Práticas desenvolvidas na UBS
- 1.6 Vínculo com a comunidade
- 1.7 Conflitos/ contradição /consensos/Discensos
- 1.8 Rotinas

Observação: compreendemos que a observação participante requer uma inserção no contexto sociocultural dos sujeitos do estudo e que cabe ao pesquisador inserir-se neste contexto como parte dele para proceder a sua observação, que deve ocorrer de forma natural sem seguir normas e roteiros. Contudo, a priori, demarcaremos os aspectos mencionados acima para direcionamento inicial.

## APÊNDICE D

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Maria Ângela Alves do Nascimento (pesquisadora responsável) e Gabriela Santana Bastos (pesquisadora colaboradora) estamos realizando a pesquisa sobre o Trabalho do Agente Indígena de Saúde na unidade de saúde (postos de saúde) a fim de estudar como estão sendo produzidas as atividades do trabalhador indígena com os outros membros da equipe de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem). Assim, participarão do estudo os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) que trabalham no posto de saúde de Banzaê juntamente com os demais membros da Equipe de Saúde e pessoas da comunidade que usam o serviço de saúde. Para coletar os dados, deveremos conversar com cada uma dessas pessoas, respeitando a ética em pesquisa com seres humanos (Resolução 196/96) e as normas de estudos em comunidades indígenas Res. CNS nº 304/2000. Esta conversa (entrevista) será sigilosa e marcada em local e horário escolhidos por você, sem a preocupação de outras pessoas ouvirem e saberem o que está sendo conversado. O seu nome não aparecerá no estudo, e será preservada a sua integridade física, moral, intelectual, psíquica, espiritual, cultural e social. A conversa será registrada em gravador, caso você autorize. Além da conversa, serão feitas observação e fotografias. As fotografias não terão fins comerciais e só serão utilizadas no estudo, também, se você permitir. Você terá respeitados os seus direitos de liberdade e de expressão, sendo que terá o direito de desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem sofrer qualquer multa ou pena. Se, durante a pesquisa, nós pesquisadoras, percebermos algum risco ou dano de qualquer ordem, mesmo que estes não estejam contidos neste termo de consentimento, iremos suspender imediatamente a pesquisa. A pesquisa poderá causar constrangimento a você, se por caso achou as perguntas difíceis de responder, sentir-se envergonhado ou com medo de conversar. Quanto aos benefícios, a pesquisa poderá ajudar no planejamento das políticas na área da saúde do indígena, na valorização da identidade cultural, e pode influenciar na qualidade das ações em saúde desses povos. Os resultados deste estudo serão apresentados aos membros da Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena, à Fundação Nacional do Índio (FUNAI), e à comunidade indígena de Banzaê para aumentarem seu conhecimento sobre o trabalho dos AIS. Caso tenha dúvidas, poderá ligar para o Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC), localizado no Centro de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, na UEFS, 6º módulo, ou pelo telefone (75) 3161 8162. As fitas gravadas e os outros materiais serão guardados no Núcleo, após o término da pesquisa e, devidamente queimados após cinco anos.

Diante destes esclarecimentos, se você concorda em participar da pesquisa de título “Processo de Trabalho do Agente Indígena de Saúde na Atenção Básica: conflitos e expectativas na interrelação étnico-cultural da equipe de saúde”, respondendo a questões solicitadas e, autoriza o uso das informações para construção de artigos científicos, relatórios de iniciação científica e apresentação em Congressos, deve assinar conosco este termo, nas duas cópias, que também lhes garante o direito sobre suas informações e uma cópia ficará com você e outra com as pesquisadoras.

Feira de Santana \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, 2012

(Assinatura do entrevistado)

M<sup>a</sup> Ângela Alves do Nascimento  
(pesquisadora responsável)

Gabriela Santana Bastos  
(pesquisadora colaboradora)