

**Universidade de Brasília
Centro de Desenvolvimento Sustentável**

Programa de Pós-Graduação do Centro de Desenvolvimento
Sustentável da Universidade de Brasília

**Proposta de Plano de Curso para a Formação Técnica dos Agentes
Indígenas de Saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá.**

Maria das Graças Oliveira de Figueiredo

Brasília, 01 de Fevereiro de 2013

**Universidade de Brasília
Centro de Desenvolvimento Sustentável**

**Proposta de Plano de Curso para a Formação Técnica dos Agentes
Indígenas de Saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá.**

Maria das Graças Oliveira de Figueiredo

Proposta de Plano de Curso apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Centro de Desenvolvimento Sustentável da Universidade de Brasília como dos requisitos necessários para obtenção do grau de mestre em Sustentabilidade junto a Povos e Terras Indígenas

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luciane Ouriques Ferreira

Co-Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sônia Regina Lourenço

Brasília, 01 de Fevereiro de 2013.

Universidade de Brasília
Centro de Desenvolvimento Sustentável

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de
Brasília. Acervo 1006220.

F475p	<p>Figueiredo, Maria das Graças Oliveira de. Proposta de plano de curso para a formação técnica dos agentes indígenas de saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá / Maria das Graças Oliveira de Figueiredo. -- 2013. xv, 82 f. : il. ; 30 cm.</p> <p>Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília, Centro de Desenvolvimento Sustentável, 2013. Inclui bibliografia. Orientação: Luciane Ouriques Ferreira ; Coorientação: Sônia Regina Lourenço.</p> <p>1. Política pública - Política de saúde. 2. Formação profissional - Pessoal da área médica. 3. Agentes comunitários de saúde - Treinamento. 4. Índios - Agentes comunitários de saúde. I. Ferreira, Luciane Ouriques. II. Lourenço, Sônia Regina. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU 614(81=082)</p>
-------	---

É concedida à Universidade de Brasília permissão para reproduzir cópias desta dissertação e emprestar ou vender tais cópias, somente para propósitos acadêmicos e científicos. A autora reserva outros direitos de publicação e nenhuma parte desta dissertação de mestrado pode ser reproduzida sem a autorização por escrito da autora.

**Universidade de Brasília
Centro de Desenvolvimento Sustentável**

**Proposta de Plano de Curso para a Formação Técnica dos Agentes
Indígenas de Saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá.**

Maria das Graças Oliveira de Figueiredo

Proposta de Plano de Curso apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Centro de Desenvolvimento Sustentável da Universidade de Brasília como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de mestre em Sustentabilidade junto a Povos e Terras Indígenas.

Aprovado por:

Luciane Ouriques Ferreira, Doutora (Instituição de vínculo).
(Orientadora)

Mônica Nogueira, Doutora (CDS-UnB)
(Examinadora)

Silvia Guimarães, Doutora (instituição de vínculo)
(Examinadora)

Francisca Navantino Pinto de Angelo, Doutora (instituição de vínculo)
(Examinador)

Brasília, 01 de Fevereiro de 2013.

Universidade de Brasília
Centro de Desenvolvimento Sustentável

DEDICATÓRIA

Ao DEUS SUPREMO que nos protege com a sua LUZ nos momentos das dificuldades como também em momentos de alegrias.

Aos meus pais Luís Mendes (saudades) e Maria do Carmo que me ensinaram que o bem mais importante que podemos adquirir nesta vida é o conhecimento, como também às minhas irmãs Fátima e Cristiane.

Aos meus filhos Alessandra e Sérgio Luís que com paciência e dedicação acreditaram e buscaram comigo este sonho.

As comunidades indígenas de Mato Grosso e aos trabalhadores indígenas de saúde - Agentes Indígenas de Saúde, Auxiliares de Enfermagem Indígenas que muito me ensinaram com as suas buscas persistentes de cuidarem da saúde do seu povo.

Às minhas amigas Solange, Ana Paula, Maria Inês, Viviane, Irânia que com imensa abnegação e dedicação deram seu apoio nos momentos de dificuldades, que Deus derrame sobre suas vidas chuva de bênçãos.

Ao meu querido, amado e inesquecível esposo que não está mais entre nós, mas onde ele estiver, estará emocionado e feliz pela minha vitória.

Universidade de Brasília

Centro de Desenvolvimento Sustentável

AGRADECIMENTOS

AGRADECIMENTOS

Hoje quero parar e agradecer a todas as contribuições recebidas durante esta caminhada.

Meus sinceros agradecimentos à/as/ (s):

DEUS por ter me proporcionado grandes conquistas e vitórias ao longo da minha existência e que me ampara em todos os momentos.

Meus filhos Alessandra e Sérgio Luís, que souberam me confortar nos momentos mais difíceis para que eu pudesse estudar.

Denílson e Carol por compreenderem as preocupações de seus namorados com a sua mãe

Em especial à Solange, Irânia, Maria Inês, Ana Paula, Viviane, Valéria, Luciana, Isabel minhas amigas, que nos momentos que mais precisei me ajudaram a ficar de pé diante das dificuldades, os mais sinceros agradecimentos.

Minha orientadora Dr^a. Luciane Ouriques Ferreira, por me orientar neste trabalho.

Minha co-orientadora Dr^a. Sonia Regina Lourenço, por aceitar a co-orientação deste trabalho.

Meus amigos de mestrado pelas conversas, apoio e contribuições, principalmente pelos momentos de alegria em sala de aula onde nossa alma transparecia de verdadeira LUZ.

Universidade de Brasília – UnB, através do Programa de Mestrado Profissional em Sustentabilidade junto a Povos e Terras Indígenas, que nos acolheu e nos orientou nessa caminhada.

Professores e professoras do Programa de Mestrado Profissional em Sustentabilidade junto a Povos e Terras Indígenas que apontaram caminhos para construção deste trabalho.

Escola de Saúde Pública /Coordenação de Formação Técnica /Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso pela liberação para participar do referido curso.

Ao Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá e ao CONDISI pelo apoio dispensado e informações disponibilizadas.

A Marlene e João que ajudaram na revisão de português e normas deste trabalho.

Universidade de Brasília
Centro de Desenvolvimento Sustentável

Há escolas que são gaiolas e há escolas que são asas.
Escolas que são gaiolas existem para que os pássaros desaprendam a arte do voo.
Pássaros engaiolados são pássaros sob controle. Engaiolados, o seu dono pode leva-los para onde quiser. Pássaros engaiolados sempre têm um dono. Deixaram de ser pássaros. Porque a essência dos pássaros é o voo.
Escolas que são asas não amam pássaros engaiolados. O que elas amam são pássaros em voo. Existem para dar aos pássaros coragem para voar. Ensinar o voo, isso elas não podem fazer, porque o voo já nasce dentro dos pássaros.
O voo não pode ser ensinado. Só pode ser encorajado.

Rubens Alves

Universidade de Brasília

Centro de Desenvolvimento Sustentável

RESUMO

Este trabalho apresenta uma proposta de Plano de Curso para formação profissional de Técnico em Agente Comunitário Indígena de Saúde (TACIS) a ser inserida no Projeto Político-Pedagógico da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso. Objetiva traçar diretrizes para a implantação de curso Técnico em Agente Comunitário Indígena de Saúde de modo a atender à demanda de profissionalização na área de saúde para a população indígena do Estado. Está estruturado conforme a legislação vigente da Educação Profissional Técnica de Nível Médio. A presente iniciativa visa à complementação da formação para nível técnico dos agentes indígenas de saúde no Estado de Mato Grosso, bem como a qualificação para os iniciantes no processo pedagógico. Para a escolarização em nível médio propõe-se articular os processos de Educação Profissional e Educação Básica, por meio de parceria com a Secretaria Estadual de Educação de Mato Grosso/Equipe de Educação Indígena. Este projeto piloto destina-se ao DSEI Cuiabá, podendo vir a ser estendido aos demais DSEIs do Estado. A elaboração dessa proposta pedagógica buscou subsídios nos documentos da ESPMT, no Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (TACS) proposto pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação (2004) e nos relatos da experiência de formação de Agente Comunitário Indígena de Saúde ora desenvolvida no Amazonas - Alto Rio Negro pautada nas características culturais dos povos indígenas. A matriz curricular contempla três Áreas de formação: Área I – Promoção da Saúde em Comunidades Indígenas; Área II – Atenção à Saúde na Comunidade Indígena; Área III – Processo de Trabalho em Saúde Indígena visando atender ao itinerário formativo do TACIS, bem como propiciar a elevação da escolaridade. A implantação do curso apresenta-se como um desafio político, cultural e pedagógico, na medida em que está pautada nos princípios de educação e atenção à saúde em uma perspectiva diferenciada.

Palavras-chave: Políticas Públicas; Formação Profissional em saúde; Agente Indígena de Saúde; Técnico em Agente Comunitário Indígena de Saúde.

Universidade de Brasília

Centro de Desenvolvimento Sustentável

ABSTRACT

This paper presents a proposal of Course Plan for the Professional Training of Technician in Indigenous Community Health Agent (TACIS) to be inserted in the Political Pedagogical Project of the Public Health School of Mato Grosso. It aims at establishing guidelines for the implementation of the Technical Course in Indigenous Community Health Agent in order to meet the demand of professionalization in the health sector for the indigenous population of the State. It is structured according to the current legislation of the Vocational Technical Secondary Education. This initiative aims to complement the technical level training of the indigenous health agents in the State of Mato Grosso, as well as providing qualification for the beginners in the pedagogical process. For the secondary education level it has been proposed the integration of the processes of Vocational Education and Basic Education, through partnership with the State Secretary of Education of Mato Grosso/Indigenous Education Team. This pilot project is intended to the DSEI Cuiabá, and can be extended to the other DSEIs of the State. The elaboration of this pedagogical proposal sought substantiation in documents of the ESPMT, Curricular Referential for the Technical Course of the Community Health Agent (ACS) proposed by the Ministry of Health and Ministry of Education (2004) and reports of the Indigenous Community Health Agent's training experience now developed in the Amazonas - Upper Rio Negro based on the cultural characteristics of the indigenous peoples. The curriculum matrix covers three training areas: Area I – Health Promotion in Indigenous Communities; Area II – Health Care in the Indigenous Community; Area III – Work Process in Indigenous Health to attend the training itinerary of the TACIS and improve their level of education. The implementation of the course presents itself as a political, cultural and pedagogical challenge, since it is ruled by the principles of education and attention to health care in a differentiated perspective.

Keywords: Public Policies; Professional Training in Health; Agent indigenous health; Technical Agent in Indigenous Community Health

Universidade de Brasília
Centro de Desenvolvimento Sustentável

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil.....	16
Figura 2 – Mapa dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas do Estado de Mato Grosso, 2002.....	17
Figura 3 – Distribuição geográfica das etnias do DSEI Cuiabá, 2012	46

Universidade de Brasília
Centro de Desenvolvimento Sustentável

LISTAS DE QUADROS

Quadro 1 – Projeto Xamã. Locais do período de Concentração e Etnias envolvidas	30
Quadro 2 – Turmas dos Agentes Indígenas de Saúde nos DSEI – Mato Grosso.....	32
Quadro 3 – Etnias participantes do curso dos AIS no DSEI Cuiabá.....	45

Universidade de Brasília
Centro de Desenvolvimento Sustentável

LISTA DE SIGLAS

ACIS – Agente Comunitário Indígena de Saúde
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIS – Agente Indígena de Saúde
AISAN – Agente Indígena de Saneamento
AISAN – Agente Indígena de Saneamento
CBO – Classificação Brasileira de Ocupações
CISI – Comissão Intersetorial de Saúde Indígena
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CNPSI – Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio
CNSI – Conferência Nacional de Saúde Indígena
COPAS – Coordenação de Apoio à Gestão e Participação Social
CORE/MT – Coordenação Regional da FUNASA em Mato Grosso
DESAI – Departamento de Saúde Indígena
DSEIs – Distritos Sanitários Especiais Indígenas
EJA – Educação de Jovens e Adultos
ESF – Estratégia de Saúde da Família
EMSI – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
EPSJV – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
ESPMT – Escola de Saúde Pública de Mato Grosso
FNS – Fundação Nacional de Saúde
FUNAI – Fundação Nacional do Índio
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
LDB – Lei de Diretrizes e Base da Educação
MS – Ministério da Saúde
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAN – Operação Amazônia Nativa
PNASPI – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PROEJA – Programa Nacional de Integração da Educação de Jovens e Adulto
PSF – Programa de Saúde da Família
RET-SUS – Rede de Escolas Técnicas do SUS
TACIS – Técnico em Agente Comunitário Indígena de Saúde
SEDUC – Secretaria de Estado de Educação

Universidade de Brasília
Centro de Desenvolvimento Sustentável

SESAI – Secretaria de Saúde Indígena

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

SPI - Serviço de Proteção ao Índio

SSI – Subsistema de Saúde Indígena

SASI - Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

Universidade de Brasília
Centro de Desenvolvimento Sustentável

SUMÁRIO

LISTAS DE FIGURAS

LISTAS DE QUADROS

LISTA DE SIGLAS

APRESENTAÇÃO.....	1
INTRODUÇÃO	2
PERCURSO METODOLOGICO	11
TIPO DE PESQUISA	11
IDENTIFICAÇÃO DAS FONTES.....	11
BASES LEGAIS UTILIZADAS NA ELABORAÇÃO DO PLANO DE CURSO	11
OUTROS DOCUMENTOS CONSULTADOS	12
TRAJETORIA PERCORRIDA PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DE CURSO	13
A CONSTRUÇÃO DO PLANO DE CURSO	13
1 FORMAÇÃO INDÍGENA: CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROPOSTA.....	15
1.1 O processo pedagógico da formação de trabalhadores para a saúde indígena	17
1.1.1 Especificidade e diferença	19
1.1.2 Interculturalidade	20
1.1.3 Bilinguismo	21
1.2 O AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE	22
1.3 ANTECEDENTES DA FORMAÇÃO DO AGENTE INDIGENA DE SAÚDE EM MAT O GROSSO.....	29
1.4 EDUCAÇÃO PROFISSIONAL BÁSICA PARA AGENTES INDIGENAS DE SAÚDE: EXPERIÊNCIA DE MATO GROSSO	31
2 O PLANO DE CURSO TÉCNICO EM AGENTE COMUNITARIO INDIGENA DE SAÚDE	34
2.1 JUSTIFICATIVA.....	34
2.2 ETNIAS.....	39
2.2.1 Bororo.....	39
2.2.2 Bakairi.....	39
2.2.3 Chiquitano.....	40
2.2.4 Enawenê-Nawe.....	41
2.2.5 Guató.....	41
2.2.6 Iranxe Manoki	42
2.2.7 Nambikwara.....	42

Universidade de Brasília
Centro de Desenvolvimento Sustentável

2.2.8 Menky Manoki.....	43
2.2.9 Paresí	43
2.2.10 Umutima	44
2.3 OBJETIVOS.....	46
2.3.1 Geral.....	46
2.3.2 Específicos	47
2.4 REQUISITOS DE ACESSO	48
2.5 REQUISITOS DE SELEÇÃO	48
2.6 PERFIL PROFISSIONAL DE CONCLUSÃO	49
2.7 ORGANIZAÇÃO CURRICULAR	49
2.8 METODOLOGIA DO PLANO DE CURSO	53
2.9 ETAPAS FORMATIVAS.....	54
2.9.1 Etapa formativa I: promoção da saúde em comunidades indígenas.....	54
2.9.2 Etapa formativa II: atenção a saúde na comunidade indígena	55
2.9.3 Etapa formativa III: processo trabalho em saúde indígena.....	58
2.10 ESTAGIO SUPERVISIONADO	59
2.11 CRITERIOS DE APROVEITAMENTO DE CONHECIMENTOS E EXPERIÊNCIAS ANTERIORES	60
2.12 AVALIAÇÃO	60
2.12.1 Critérios de avaliação da aprendizagem	61
2.13 INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS	63
2.14 ACERVO BIBLIOGRAFICO	63
2.15 PESSOAL DOCENTE E TECNICO.....	63
2.16 CERTIFICADOS E DIPLOMAS.....	64
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
ANEXOS	

Proposta de Plano de Curso para a Formação Técnica dos Agentes Indígenas de Saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá.

APRESENTAÇÃO

Este estudo pretende apresentar um plano de curso com o objetivo de traçar diretrizes para a formação profissional de nível técnico para Agentes Comunitários Indígenas de Saúde, de modo a atender à demanda da população indígena do Estado de Mato Grosso.

Dentre as escolas que integram a Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RETSUS), a Escola de Saúde Pública de Mato Grosso - ESPMT¹ vem acumulando experiências referentes à implantação e acompanhamento de cursos da área de saúde para indígenas desde 1997, firmando parceria com várias instituições² por meio de termo de cooperação técnica. A partir do ano 2000, firmou parceria com a Fundação Nacional de Saúde - FUNASA para o acompanhamento pedagógico e certificação dos Agentes Indígenas de Saúde – AIS em Mato Grosso.

De acordo com dados coletados junto à ESPMT (2012), a partir de 1997, foram certificados 117 Auxiliares de Enfermagem Indígena com a execução do Projeto Xamã³ e, a partir do ano 2000, 282 Agentes Indígenas de Saúde (AIS). Esses egressos estão distribuídos nos quatro Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) existentes no Estado de Mato Grosso: Cuiabá, Xavante, Kaiapó e Xingu.

Esta proposta preliminar visa atender, inicialmente, os AIS que atuam no Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá e que já concluíram o Ensino Fundamental, tomando como referência o término dos seis módulos curriculares do Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde, propostos pelo Departamento de Saúde Indígena-DESAI/FUNASA, devendo ser amplamente debatida com as organizações e comunidades indígenas e demais parceiros no âmbito do DSEI Cuiabá antes da sua efetivação.

¹ No citado período, denominava-se Escola Técnica de Saúde de Mato Grosso.

² FUNAI, Programa de Desenvolvimento Agroambiental – PRODEAGRO, Programa Nacional de Desenvolvimento (PNUD), Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina (UNIFESP/EPM) - Unidade de Saúde e Meio Ambiente, Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), Coordenadoria de Assuntos Indígenas do Estado de Mato Grosso (CAIEMT) e Secretaria de Estado de Educação do Estado de Mato Grosso (SEDUC/MT).

³ Projeto desenvolvido em Mato Grosso para as áreas indígenas com o objetivo de formar AIS em Auxiliar de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Com formação acadêmica em Enfermagem e experiência profissional na área hospitalar, em 1986, a pesquisadora começou a trabalhar na Fundação Nacional do Índio – FUNAI, na Unidade de Saúde chamada Chácara Ambulatório, hoje Casa de Assistência à Saúde Indígena – CASAI, localizada em Cuiabá. Ali eram atendidos os indígenas que necessitavam de assistência à saúde de maior complexidade, procedentes de aldeias de Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Rondônia, pois a responsabilidade da FUNAI sediada em Cuiabá abrangia esses Estados. Após uma reforma administrativa da citada instituição, a referência de atendimento à saúde indígena ficou somente para as etnias de Mato Grosso.

O aprendizado diário em serviço foi a grande escola que a ensinou a respeitar as diferenças de cada etnia e a incentivou a buscar compreender aquele mundo tão diferente por meio da observação e tentativa de diálogo com os que falavam a língua portuguesa. As instalações dos alojamentos eram precárias e não havia espaço suficiente para tantos indígenas que eram encaminhados pela Equipe Volante de Saúde – EVS⁴, que atuava na assistência das áreas indígenas através de profissionais de saúde contratados pela Fundação Nacional do Índio - FUNAI.

Na CASAI e nas aldeias visitadas, observou que os indígenas que ajudavam nas ações das EVS demonstravam interesse de saber mais sobre as doenças que acometiam seu povo e as formas de tratamento. Assim, foi despertado o interesse em participar de ações que proporcionassem de alguma forma acesso aos indígenas para a formação na área de saúde, levando em consideração a sua realidade e respeitando as diferenças. Porém, naquele período, foi possível somente a realização de capacitações pontuais abordando temas como vacinação, saúde da mulher e da criança, entre outros.

Em 1995, solicitou exoneração da FUNAI e foi trabalhar na Escola de Saúde Pública de Mato Grosso-ESPMT, onde iniciou a trilhar o caminho da educação profissional de formação técnica de nível médio na área de saúde.

Em 1997, em virtude da experiência em assistência à saúde indígena, foi convidada para compor a equipe de planejamento e execução do curso de Auxiliar de Enfermagem para indígenas de Mato Grosso, também conhecido como Projeto Xamã. Naquele momento, lembrou-se dos anseios de formação na área de saúde explicitados pelos indígenas no período em que trabalhava na FUNAI. Foi então que se deu conta da oportunidade de tornar realidade essa expectativa.

⁴ Equipe de profissionais da área da saúde: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem contratados pela FUNAI para atuarem junto às comunidades indígenas.

De 2000 a 2008, participou da implantação e execução do Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde no DSEI Cuiabá. Esse programa proporcionou a certificação de alunos como Agentes Indígenas de Saúde bem como a certificação do ensino Fundamental, realizado concomitante ao curso. A partir de então, os participantes desse programa poderiam dar continuidade ao processo formativo, conforme a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Lei n.º 9.394/96) que prevê a profissionalização nos níveis técnico, tecnológico e superior.

Em 2012, como produto final do mestrado em Sustentabilidade em Áreas Indígenas, apresenta como proposta preliminar de Plano de Curso para formação do Técnico em Agente Comunitário Indígena de Saúde (TACIS) a ser inserida no Projeto Político-Pedagógico da EPMT, devendo ser submetida à discussão com as organizações e comunidades indígenas e demais parceiros no âmbito do DSEI Cuiabá de modo a instituir um processo participativo de construção da proposta a ser apresentada.

Para melhor compreensão do cenário da formação indígena na área de saúde, será descrito em um breve resumo o processo histórico dos avanços nas questões da política voltada para os povos indígenas.

Durante aproximadamente 500 anos, o Estado brasileiro vem impondo aos povos indígenas ações que muitas vezes desconsideraram as tradições, a cultura, a língua, a organização social e a política desses povos, na perspectiva de integrá-los à sociedade nacional. Essa imposição provocou transformações em sua forma de viver, instituindo discriminação social, condições sanitárias precárias e elevados níveis de vulnerabilidade na situação de saúde. (PONTES; STAUFFER; GARNELO, 2012).

No início do século XVI, a população indígena era estimada em cinco milhões de pessoas. Grande parte dessa população, porém, foi dizimada pelas expedições portuguesas e principalmente por epidemias de doenças infecciosas. Até hoje são detectadas situações regionais de conflito em que se expõe toda a trama de interesses econômicos e sociais que configuram as relações entre os povos indígenas e demais segmentos da sociedade nacional, especialmente no que se refere à posse da terra, exploração de recursos naturais e implantação de grandes projetos de desenvolvimento. (PNASPI, 2002).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a luta pelos direitos indígenas constituiu-se de um considerável avanço, como se pode constatar no reconhecimento das diversidades étnicas explicitado no texto do Art. 231: “são reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens”. Esse reconhecimento foi fruto da luta de representantes de organizações indígenas e demais pessoas engajadas que incansavelmente permaneceram nos locais onde as propostas foram elaboradas e votadas. (PNASPI, 2002).

Em relação às iniciativas de atenção à saúde indígena, geralmente se ignoravam os valores e práticas relativas ao adoecer e à busca de tratamento dos povos indígenas, bem como seus próprios especialistas. Os sistemas tradicionais de saúde se apresentam numa grande diversidade de formas, considerando sempre as pessoas integradas ao contexto de suas relações sociais e com o ambiente natural, consistindo ainda num recurso precioso para a preservação ou recuperação de sua saúde. (PNASPI, 2002).

Durante a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília, no ano de 1986, foi aprovada a realização da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde dos Povos Indígenas - I CNSPI. As decisões e reivindicações originadas nesse evento estabeleceram as bases para o Subsistema de Assistência à Saúde Indígena, específico para atenção à saúde do índio, sob a responsabilidade de uma agência governamental vinculada ao Ministério da Saúde. (GARNELO, 2004).

A Lei n.º 8.080/90, também chamada de Lei Orgânica da Saúde, detalhou o que estava previsto na Constituição de 1988 sobre o direito universal à saúde. Essa Lei definiu a estrutura do Sistema Único de Saúde – SUS, estabeleceu que o comando ficasse sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, instituiu os Distritos Sanitários como forma de organização da atenção oferecida na rede de serviços, definiu o Conselho Nacional de Saúde como o fórum máximo de decisões no setor e instituiu a participação paritária de representantes do poder público e da sociedade civil. A seguir, foram criadas comissões técnicas, surgindo assim a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – CISI, com a finalidade de assessorar e subsidiar as políticas de saúde para os povos indígenas. (GARNELO, 2004).

O Subsistema de Saúde Indígena – SSI é parte integrante do Sistema Único de Saúde, conforme estabelece a Lei n.º 9.836, de 23 de setembro de 1999, denominada Lei Sérgio Arouca. Essa lei acrescenta ainda dispositivos à Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, a qual dispõe as condições para a promoção e proteção da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. (BRASIL, 2002).

A atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil demanda desafios intersetoriais no plano de políticas públicas⁵ e de ações técnicas em interface entre campos distintos, como educação, saúde, direito, cultura, meio ambiente. (BUCCI, 2006 *apud* FERREIRA, 2010). A fim de atender a essa demanda, foi instituída a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI. Aprovada por meio da Portaria n.º 254/MS, em 31 de janeiro de 2002, a PNASPI visa compatibilizar a Lei Orgânica da Saúde com a Constituição Federal,

⁵Por políticas públicas compreendem-se os programas de ação governamental voltados para realizar objetivos e metas previamente estabelecidas. As políticas públicas são instituídas por diferentes suportes legais (leis, medidas provisórias, decretos, portarias) (DALLARI BUCCI, 2006).

reconhecendo os povos indígenas e suas especificidades étnicas, culturais e direitos territoriais. (PONTES; STAUFFER; GARNELO, 2012; FERREIRA, 2010; PNASPI, 2002).

Uma das diretrizes da PNASPI (2002) aponta a preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural como um dos propósitos estabelecidos para a formação e a capacitação de indígenas como agente de saúde. Nesse caso, a formação dos AIS surge como “[...] uma estratégia para favorecer a apropriação pelos povos indígenas de conhecimentos e recursos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de somar aos acervos de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não”. (PNASPI, 2002, p. 15).

Dessa forma, a interculturalidade deverá servir de base para as competências a serem desenvolvidas, porém essa temática não será discutida neste estudo, devendo ser aprofundada em trabalhos posteriores quando da real efetivação da proposta diante de uma construção coletiva do plano de curso junto às comunidades indígenas e parceiros. Este processo coletivo a constituir-se será o contexto real da produção dos diálogos de saberes, fundamental para o estabelecimento de um horizonte intercultural que leve em consideração os conhecimentos e as perspectivas dos povos indígenas acerca da formação dos agentes comunitários de saúde indígena.

Convém citar que, em Mato Grosso, em 1997, anteriormente ao período de implantação dos DSEI, a ESPMT iniciou a execução do Projeto Xamã em conjunto com as instituições parceiras, a fim de atender a solicitações dos AIS e das lideranças indígenas. Tinha como objetivo formar os que já atuavam em suas comunidades na área da saúde em Auxiliar de Enfermagem, com uma carga horária de 1.440 horas, distribuídas em sete etapas de concentração (teoria) e dispersão (estágio).

A conclusão do citado curso ocorreu no ano 2000 e, nessa ocasião, 117 formandos receberam os certificados de Auxiliar de Enfermagem e do Ensino Fundamental (ESPMT, 2001). Porém, até a presente data, não foi oferecida a esses Auxiliares de Enfermagem indígenas a complementação de estudo para a profissionalização, ou seja, o curso de Técnico em Enfermagem, embora com inúmeras solicitações dos mesmos.

De 2000 a 2008, foi implantado e executado o Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde que, conforme recomendações da PNASPI (2002), tem por princípio garantir aos povos indígenas o acesso a conhecimentos da medicina ocidental, em uma perspectiva de complementação aos saberes tradicionais.

A formação dos Agentes Indígenas de Saúde foi realizada nos 4 DSEI de Mato Grosso e contou com a conclusão dos seis módulos: Introdutório, Doenças Endêmicas, DST/AIDS, Parasitoses Intestinais e Doenças da Pele, Saúde da Mulher, da Criança e Saúde Bucal, Saúde do Adulto e Atendimento de Urgências, totalizando 1.080 horas, referentes ao programa de formação, tendo sido concluído também o Ensino Fundamental.

Embora o programa preconize o aproveitamento de estudos e progressão ao nível técnico, até o momento não há evidências de continuidade do processo formativo pela atual responsável pela saúde indígena⁶.

Diante do exposto acima, questiona-se: como promover um plano de curso para o AIS que atenda os povos indígenas de Mato Grosso de forma a qualificar os iniciantes e profissionalizar aqueles que já estão atuando e passaram pela qualificação de 1080 horas do Programa de Formação dos Agentes Indígenas de Saúde?

A proposta pedagógica elaborada para a formação de Técnicos em Agentes Comunitários Indígenas de Saúde – TACIS, apresentada a seguir, tem como objetivo garantir aos indígenas o acesso à formação profissional para atuarem nos DSEI de Mato Grosso, bem como a elevação de escolaridade para o nível médio. O currículo proposto deverá levar em consideração as especificidades indígenas e os conhecimentos técnico-científicos relacionados à área da saúde, a fim de legitimar a importância desses trabalhadores em sua comunidade e no interior das equipes de saúde indígena.

Assim, o diferencial da proposta justifica-se pela possibilidade de aproveitamento de estudo, conforme a Resolução Normativa 004/2011-CEE/MT, Art. 12:

Para fins de aproveitamento de estudos e/ou experiências anteriores, diante da perspectiva do prosseguimento de estudos em Cursos Técnicos de Nível Médio, a instituição de educação receptora deverá avaliar e reconhecer, total ou parcialmente, os conhecimentos e as habilidades adquiridos tanto nos cursos de Educação Profissional, como os adquiridos na prática laboral pelos trabalhadores.

A proposta de aproveitamento de estudo na formação técnica para o AIS do DSEI Cuiabá será possível em virtude dos mesmos terem concluído e recebido certificação pela ESPMT do curso de Educação Profissional Básica para Agentes Indígenas de Saúde, assim a carga horária do curso de técnico deverá ser menor para sua conclusão, diminuindo o tempo que esses alunos permanecerão fora das suas comunidades para se profissionalizarem.

Tal proposta poderá viabilizar a profissionalização dos Agentes Indígenas de Saúde, como também a elevação da sua escolaridade, pois buscam o reconhecimento profissional diante da equipe de saúde e da comunidade, dando sustentabilidade às ações por meio da habilitação para o exercício da profissão, tendo em vista que permanecem a maior parte do tempo na comunidade sem a equipe de saúde, tomando decisões que requerem ações articuladas entre os conhecimentos tradicionais de cada povo e aqueles da medicina não indígena.

⁶ Até o presente momento, não há maiores informações a respeito do assunto.

Convém ressaltar que esta proposta preliminar, antes da sua implantação, deverá ser amplamente debatida com as organizações e comunidades indígenas e demais parceiros institucionais no âmbito do DSEI Cuiabá, de modo a instituir um processo participativo em sua elaboração e posterior finalização.

O caráter participativo da proposta deverá ser garantido pela realização de reuniões, oficinas de trabalho e seminários, que representarão um espaço de diálogo, em que diferentes atores serão convidados a discutir, sob várias perspectivas e intervenções, a temática em questão. Tais eventos envolverão os parceiros institucionais, Conselho Distrital de Saúde Indígena – CONDISI, agentes indígenas de saúde, professores e outras lideranças indígenas. É fundamental, também, o envolvimento das organizações indígenas e das comunidades no processo, pois desempenhará o papel de controle social quanto à garantia da inserção dos especialistas tradicionais no processo de formação e no apoio às etapas do curso quando da sua execução.

Para a vinculação desta proposta de plano de curso com a questão de sustentabilidade junto aos povos indígenas, torna-se necessário ressaltar que muitas interferências foram impostas às culturas indígenas, o que levou à transformação de seu modo de vida, à discriminação social e a elevados níveis de vulnerabilidade na situação de saúde da sua população, marcada por doenças e mortes evitáveis.

Segundo Gallois (2005), no campo indigenista, as políticas públicas estão altamente voltadas ao atendimento de demandas emergentes, praticando um assistencialismo que continua sendo o principal causador da ruptura na sustentabilidade dos modos de vida indígenas. A autora considera

a "sustentabilidade" como uma meta e um objetivo, não uma política pública. Se existir alguma política de sustentabilidade, ela só pode ser uma política indígena. Formular uma política pública de "sustentabilidade indígena" nos levaria necessariamente a sérias contradições. [...] como também considero a autonomia indígena como uma meta. Pois autonomia não é algo que existe pronto, em algum formato genérico e geral: é um objetivo, um plano para o futuro. Colocado dessa forma, podemos pensar em políticas indígenas de consolidação de metas de sustentabilidade. (GALLOIS, 2005, p.30).

A autoria ressalta ainda a necessidade de discussão de novas práticas decorrentes de políticas públicas a serem implantadas em comunidades indígenas, que devem ser embasadas em dois princípios:

O primeiro é conhecer a realidade para dimensionar a capacidade de sustentação de formas de organização social e política, sistemas de produção, consumo e troca, padrões locais de sustentabilidade; o segundo é dimensionar a capacidade de sustentação de formas de organização social e política, sistemas de produção, consumo e troca, padrões locais de sustentabilidade. (GALLOIS, 2005, p.33).

À luz dessas considerações, a proposta de plano de curso, sendo decorrente de uma política pública de formação de recursos humanos para as áreas indígenas, sugere a garantia aos AIS de acesso à formação profissional como Técnicos em Agente Comunitário para atuarem nos DSEIS de Mato Grosso como agentes de transformação, se necessária.

Para que se efetive sua implantação, a proposta deverá ser amplamente debatida com parceiros institucionais, Conselho Distrital de Saúde Indígena – CONDISI, agentes indígenas de saúde, professores, lideranças indígenas, organizações indígenas e das comunidades, no sentido da construção de uma proposta em que sejam discutidos os critérios que remetem às práticas que sustentam as experiências reconhecidas e controladas pelas populações indígenas, considerando, assim, a realidade local onde o curso será desenvolvido.

Também deve ser considerada a visão de mundo e os conceitos do processo saúde-doença, o adoecer e as práticas de autoatenção, inerentes a cada cultura, estabelecendo uma relação de complementariedade em favor da saúde e bem-estar da população, uma vez que ser AIS reveste-se de grande valor simbólico e garante acesso a conhecimentos e benefícios, tanto à pessoa quanto à comunidade à qual ela pertence.

Portanto, a formação profissional para os povos indígenas precisa, necessariamente, ser organizada a partir das características culturais dos diferentes grupos, reconhecendo e valorizando os conhecimentos e as línguas desses povos. Assim, o “fortalecimento desses conhecimentos exige o empoderamento de sua capacidade de gerir as transformações em seus modos de vida e articulação aos contextos regionais tão variados”. (GALLOIS, 2005, p.35), transformando-se em construção de uma política de sustentabilidade almejada por todos em aldeias indígenas.

O que se deseja é uma educação profissional comprometida com a formação humana e autônoma dos educandos que, tendo o trabalho como um princípio educativo, promova a indissociabilidade entre o exercício da função intelectual e o trabalho manual, bem como entre ciência e cultura. Nesse sentido, a formação profissional não se limita a um aprendizado técnico para a inserção no mundo do trabalho, cumprindo determinadas funções subalternas na sociedade.

A proposta pretende garantir às pessoas indígenas o acesso à formação que se configura em múltiplas formas de ação, à produção de saberes e práticas sociais que os transformem em sujeitos da ação com aprendizados permanentes que os levem ao encontro com o outro em suas diferenças e com a história de vida dos sujeitos.

Cecílio (2001) enfatiza que a integralidade deve ser fruto do esforço e confluências dos vários saberes de uma equipe multiprofissional no espaço concreto do serviço de saúde.

O foco do trabalho é uma formação que considera elementos da interculturalidade nas práticas pedagógicas e norteia os conteúdos na perspectiva da integralidade para que os AIS possam atuar nas ações de promoção e proteção da saúde para o trabalho no subsistema indígena e conseqüentemente no Sistema Único de Saúde. Os instrutores participantes do processo devem ser considerados como sujeitos de saber que estabelecem caminhos e pontes a serem objetos de transformação das dificuldades.

A operacionalização da proposta deverá ser realizada por meio de parcerias institucionais capazes de desenvolver o processo formador, assegurar recursos e envidar esforços para a manutenção do processo de desenvolvimento de recursos humanos indígenas.

São as seguintes instituições que deverão fazer parte para viabilizar a execução do curso: DSEI Cuiabá, em virtude do processo pedagógico acontecer dentro da área de sua jurisdição, como também da participação dos profissionais das equipes distritais durante as etapas do curso; ESPMT para o acompanhamento pedagógico e certificação; Secretaria de Educação de Mato Grosso-SEDUC/MT com objetivo de promover a elevação da escolaridade através do Ensino Médio integrado ao Profissional; Secretaria de Saúde Indígena – SESAI, ao priorizar concretamente os processos de formação de recursos humanos nos DSEI, especialmente os voltados para os ACIS para consolidar o modelo assistencial dos DSEI; Ministério da Saúde através da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – SGETES ao priorizar a educação profissional para a reformulação das práticas sanitárias no âmbito do SUS mediante a Educação Permanente desenvolvida pelas Redes de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde - RET-SUS e, dessa forma, abrange o Subsistema de Saúde Indígena.

Esta proposta será apresentada da seguinte forma:

No Capítulo 1, será feita a contextualização da formação do Agente Indígena de Saúde em Mato Grosso e princípios assumidos pela proposta de formação técnica para os Agentes Comunitários de Saúde.

No Capítulo 2, será apresentado o Plano de Curso proposto, dissertando sobre as bases legais, justificativa e objetivos do plano, e o perfil dos alunos. Além disso, será apresentada a organização curricular, a metodologia, a matriz das competências, as habilidades e bases tecnológicas, as etapas formativas, os critérios de aproveitamento de conhecimentos e experiências anteriores, a avaliação da aprendizagem, o estágio curricular e os critérios de avaliação.

A implantação do plano de curso constitui um desafio político-pedagógico. Além de visar à formação profissional do TACIS, propõe formar sujeito crítico em condições de intervir e, se necessário, de transformar o seu processo de trabalho. Pretende também discutir e desenvolver ações educativas no intuito de promover o cuidado com a saúde, prevenir e curar as doenças do seu povo nos territórios de moradia e atuação. (EPSJV, 2012).

Acredita-se que, com essa proposta, seja possível contribuir não só para o conhecimento acerca da temática, mas também oferecer subsídios para a elaboração da formação e profissionalização dos Agentes Comunitários Indígenas de Saúde por meio das Escolas Técnicas do SUS que realizam atividades de formação em áreas indígenas.

PERCURSO TEÓRICO METODOLÓGICO

TIPO DE PESQUISA

Para alcançar o objetivo, qual seja, construção de uma proposta de Plano de Curso para a Formação do Técnico em Agente Comunitário Indígena de Saúde -TACIS e considerando que o conceito de documento é bastante amplo, “já que este pode ser constituído por qualquer objeto capaz de comprovar algum fato ou acontecimento” (GIL, 2010, p. 31), optou-se por desenvolver uma pesquisa documental.

Segundo Gil (2010),

A pesquisa documental é utilizada em praticamente todas as ciências sociais e constitui um dos delineamentos mais importantes no campo da História e da Economia. [...] vale-se de toda sorte de documentos, elaborados com finalidades diversas [...] é considerada fonte documental quando o material consultado é interno à organização (GIL 2010, p. 30).

IDENTIFICAÇÃO DAS FONTES

A elaboração de um plano de curso deve obedecer à legislação nacional e à estadual que tratam do assunto, mas também deve levar em consideração as especificidades do público a ser atendido com o referido curso e o marco teórico com o qual se pretende trabalhar.

Dessa forma, os documentos utilizados como fontes documentais foram classificados como bases legais utilizadas na elaboração de um plano de curso com vista à formação dos trabalhadores indígenas em nível técnico, e outros documentos relacionados à formação indígena na área da saúde.

BASES LEGAIS UTILIZADAS NA ELABORAÇÃO DO PLANO DE CURSO

Por se tratar de uma proposta que busca resguardar os direitos adquiridos quanto à formação dos trabalhadores indígenas, procurou-se utilizar como base legal as seguintes legislações:

- Lei n.º 9.394, de 20/12/1996, que estabelece as Leis de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB);
- Decreto n.º 5154/2004, que regulamenta os artigos 36, 39-41 da LDB que tratam da Educação Profissional;

- Resolução CNE/CEB N.º 04/2005, que institui as Diretrizes Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico.
- A Resolução CNE/CEB n.º 03/2008, que organiza o Catálogo Nacional dos Cursos Técnicos;
- Resolução Normativa 04/2011- CEE/MT, que fixa normas para a oferta da Educação Profissional Técnica no Sistema Estadual de Ensino.
- Resolução Normativa CEE/MT 176/04, que normatiza o estágio curricular dos cursos de Educação Profissional.

OUTROS DOCUMENTOS CONSULTADOS

Também foram consultados os seguintes documentos, pois, segundo Garnelo et al.(2009), não existem marcos legais para formação específica para essas minorias.

- Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde- MEC/MS-2004.
- Plano de Desenvolvimento Institucional da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso- 2010.
- Regimento Interno da Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso- 2010.
- Plano de curso Técnico em Agente Comunitário Indígena da Escola Politécnica Joaquim Venâncio – FIOCRUZ - RJ em execução no DSEI do Rio Negro Amazonas.
- Plano de Curso do Agente Comunitário em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso.
- Plano de curso do Agente Comunitário em Saúde da Escola Técnica Izabel Santos- RJ.
- Plano do Curso Técnico de Vigilância em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso
- Proposta de organização curricular do curso Auxiliar de Saúde Bucal Indígena em fase de elaboração pela Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso em parceria com o DSEI Cuiabá.

TRAJETÓRIA PERCORRIDA PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DE CURSO

Foram percorridos os seguintes passos no caminhar metodológico:

1. Com o objetivo de acesso aos documentos necessários à pesquisa, foram realizadas visitas ao DSEI Cuiabá no período de agosto a dezembro de 2012, onde a consulta aos dados documentais foi autorizada. Alguns documentos são de livre acesso e foram obtidos pela internet.
2. De posse dos documentos, foram realizadas leitura, fichamento e agrupamento das informações obtidas.
3. Leitura da bibliografia especializada na área de saúde indígena;
4. Elaboração da proposta de Plano de Curso.

A CONSTRUÇÃO DO PLANO DE CURSO

A proposta de Plano de Curso foi elaborada para ser desenvolvida junto à Escola de Saúde Pública de Mato Grosso - ESPMT. Sendo assim, observaram-se os critérios e normas estabelecidos para a realização de cursos técnicos por esta instituição, visto que a mesma é quem se responsabilizará pela entrada do processo de autorização de curso no Conselho Estadual de Educação de Mato Grosso, objetivando viabilizar a certificação dos alunos concluintes.

Também se procurou atender ao que dita a Resolução Estadual 04/2011/CEE/MT, que estabelece, dentre outros, os itens para formulação de um plano de curso.

Para os conteúdos elaborados para a presente proposta de plano de Curso, consultaram-se as experiências desenvolvidas nas instituições que já ministram os cursos de Agentes Comunitários de Saúde em nível nacional, buscando adequar a proposta à realidade indígena local.

Em relação aos docentes, a ESPMT realiza capacitações pedagógicas a todos os profissionais selecionados para ministrarem cursos, buscando instrumentalizá-los para o processo ensino-aprendizagem. Dessa forma, no tocante à presente proposta de Plano de Curso, serão acrescidos a esta capacitação conteúdos antropológicos e metodológicos que permitam conhecer as formas de aprender e ensinar indígenas.

Minayo (2011) afirma que “nada pode ser intelectualmente um problema se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática” (MINAYO, 2011, p. 16). Assim, pelo trabalho desenvolvido pela autora junto às comunidades indígenas, foi observado que aqueles que ajudavam nas ações das Equipes Volantes de Saúde – EVS demonstravam interesse em saber mais sobre a biomedicina. Motivo pelo qual foi despertado o interesse para participar de ações que proporcionassem de alguma forma acesso aos indígenas para

a formação na área de saúde, levando em consideração sua realidade e respeitando suas diferenças.

Participou então, de 2000 a 2008, da implantação e execução do Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde no DSEI Cuiabá. Esse programa proporcionou a certificação de alunos como Agente Indígena de Saúde, bem como a certificação do ensino Fundamental, realizado concomitante ao curso. A partir de então, os participantes desse programa poderiam dar continuidade ao processo formativo, conforme a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Lei n.º 9.394/96) que prevê a profissionalização nos níveis técnico, tecnológico e superior.

Esta é uma das razões pela qual a autora pretende, como produto do mestrado em Sustentabilidade em Áreas Indígenas, apresentar uma proposta de Plano de Curso para formação do Técnico em Agente Comunitário Indígena de Saúde (TACIS) a ser inserida no Projeto Político-Pedagógico da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso (ESPMT) ⁷ e desenvolvida no âmbito do DSEI Cuiabá.

⁷ Agência formadora de recursos humanos para atuar em diversos campos do Sistema Único de Saúde em Mato Grosso, com experiência na formação profissional em área indígena com a execução do Curso de Auxiliar em Enfermagem em Mato Grosso.

1. FORMAÇÃO INDÍGENA: CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROPOSTA

Dados recentes divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010) revelam que, em todo o Brasil, vivem aproximadamente 896,9 mil indígenas (0,47% da população brasileira) divididos em 305 etnias, sendo que 517.382 vivem em terras indígenas e 379.534 vivem fora dessas terras. Esses dados também apontam que são faladas 274 línguas indígenas e que cada povo mantém seus saberes, suas formas próprias de organização social, política, econômica e de relação com o meio ambiente e seu território. (IBGE, 2010).

No Estado Mato Grosso, situado na região Centro-Oeste do país, habitam, atualmente, 38 povos, perfazendo um total de 28 mil indígenas aldeados. (ISA, 2012).

Segundo Ferreira (2010), a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI, impregnada pelo poder simbólico e administrativo do Estado, define os aldeados como os povos a serem contemplados por esta política. Já os indígenas que não atendem a esse requisito ficam sem a devida cobertura da assistência à saúde prestada pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, passando a ser atendidos pela rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

A fim de atender às demandas de saúde da população indígena, a PNASPI, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, estabelece os Distritos Sanitários Especiais Indígenas- DSEI⁸ como base.

A partir da Lei n.º 9.836, de 23 de setembro de 1999, também conhecida como Lei Arouca, devido à atuação do Deputado Sérgio Arouca, foram criados 34 DSEIs distribuídos em todo território brasileiro. A criação dos DSEI representa um passo importante para a assistência à saúde dos povos indígenas, pois exemplifica uma forma de organização de serviços adequados aos espaços com as características das Terras Indígenas, onde o acesso aos serviços de saúde é notadamente precário. A Figura 1 mostra a distribuição dos DSEI no território brasileiro. (SESAI, 2012).

⁸ Os DSEI constituem um “modelo de organização de serviços – orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo-gerencial, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando a medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social” (PNASI, 2002).

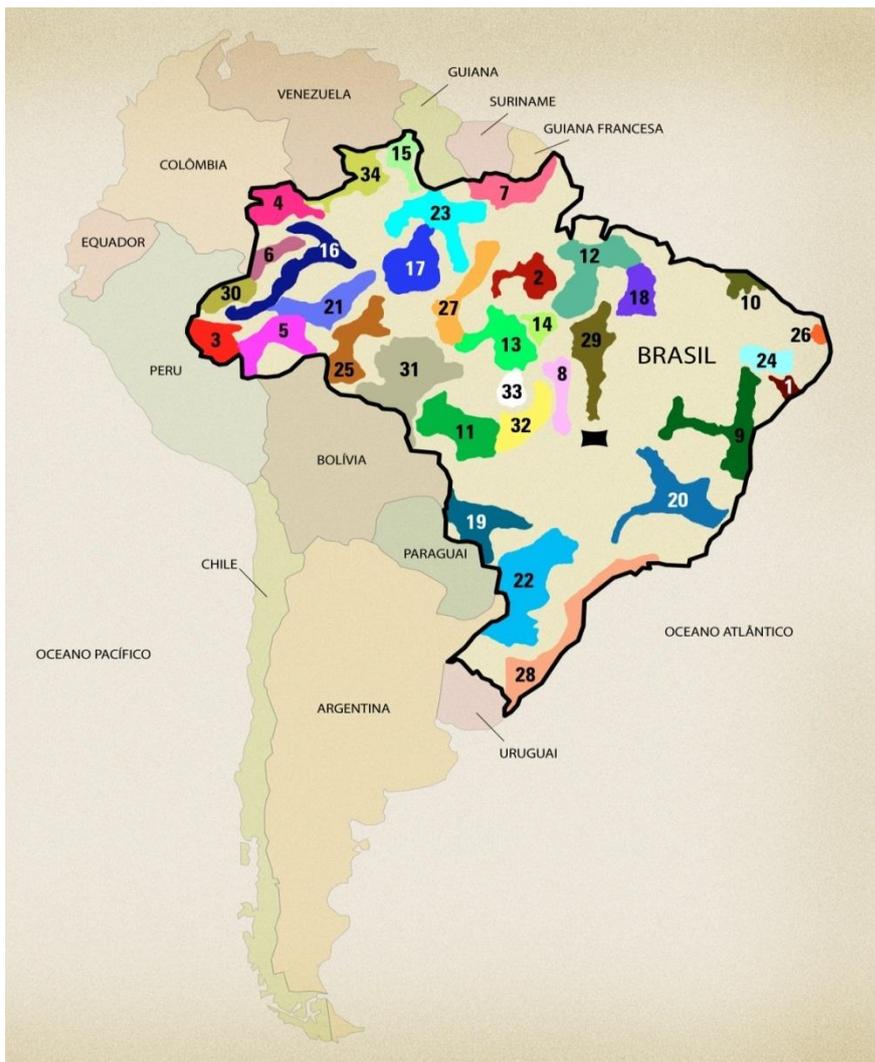


Figura 1 - Mapa dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil

Fonte: SESAI, 2012

1-Alagoas/Sergipe	13-Kaiapó Mato Grosso	25 - Porto Velho
2-Altamira	14-Kaiapó Pará	26 - Potiguara
3-Alto Rio Juruá	15-Leste Roraima	27 - Rio Tapajós
4-Alto Rio Negro	16-Médio Rio Solimões E Afluentes	28 - Litoral Sul
5-Alto Rio Purus	17 - Manaus	29 - Tocantins
6-Alto Rio Solimões	18 - Maranhão	30 - Vale do Javari
7-Amapá e Norte Do Pará	19 - Mato Grosso Do Sul	31 - Villhena
8-Araguaia	20- Minas Gerais E Espírito Santo	32 - Xavante
9- Bahia	21 - Médio Rio Purus	33 - Xingu
10-Ceará	22 - Interior Sul	34 - Yanomami
11-Cuiabá	23 - Parintins	
12-Guamá Tocantins	24 - Pernambuco	

Ao observar a distribuição dos DSEI, verifica-se que se sobrepõem aos territórios de um ou mais municípios e até de vários estados. Os critérios levados em consideração para a definição do território dos DSEI pela PNASPI foram os seguintes:

população, área geográfica e perfil epidemiológico; disponibilidade de serviços, recursos humanos e infraestrutura; vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS; relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional; distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não coincide

necessariamente com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas. (PNASPI,2002, p.14).

No Estado de Mato Grosso, em virtude da implantação da PNASPI, foram criados quatro DSEI: Xingu, Kaiapó, Xavante, Cuiabá, como mostra a figura 2.

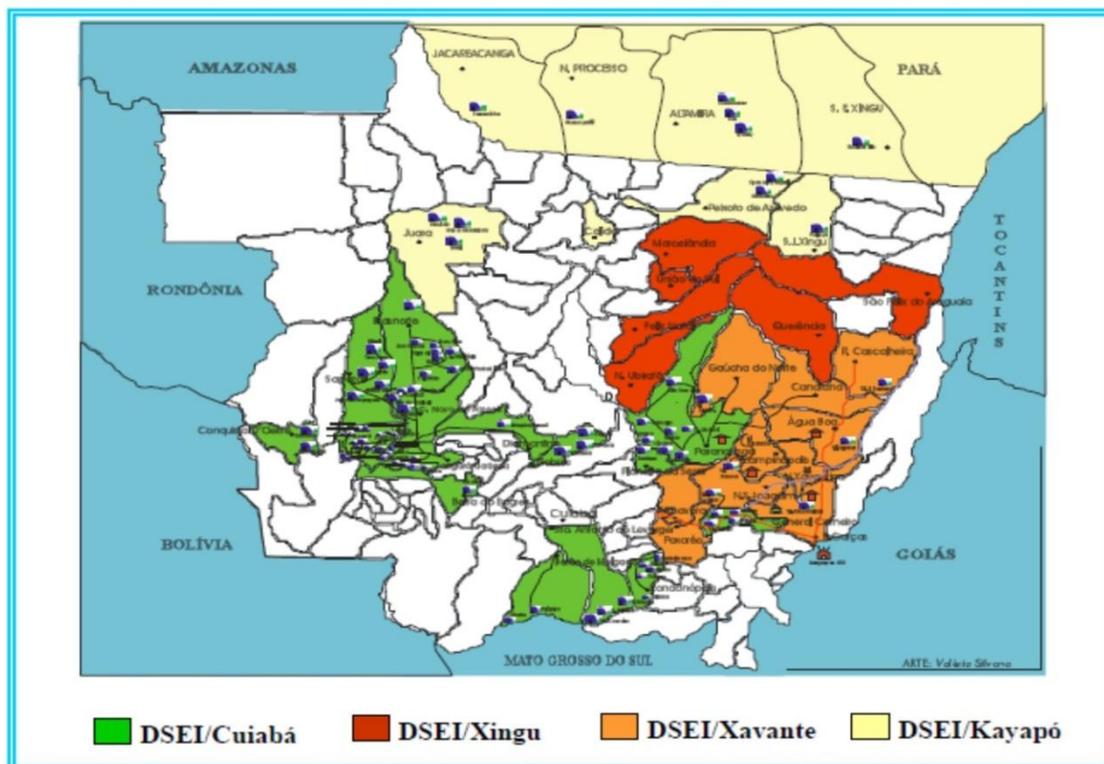


Fig. 2 - Mapa dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas do Estado de Mato Grosso, 2002.
Fonte: FUNASA/CORE-MT/Ascon, 2002.

Nesses Distritos, habitam as seguintes etnias: DSEI Cuiabá (Bakairi, Bororo, Chiquitano, Enawênê-Nawê, Guató, Irantxe, Myky, Nambikwara, Paresi, Umutina); DSEI Xavante (Xavante); DSEI Kaiapó(Apiaká, Juruna, Kaiabi, Kaiapó, Munduruku, Trumai, Paraná, Terena, Suyá); DSEI Xingu (Aweti, Ikpeng, Kayabi, Kalapalo, Kamayurá, Kĩsêdjê, Kuikuro, Matipu, Mehinako, Nahukuá, Naruvotu, Wauja, Tapayuna, Trumai, Yudja, Yawalapiti).

1.1 O PROCESSO PEDAGÓGICO DA FORMAÇÃO DE TRABALHADORES PARA A SAÚDE INDÍGENA

Na década de 1970, a educação escolar, voltada especificamente para a população indígena, passou a ser uma das principais reivindicações do movimento indígena no Brasil. A partir desse contexto, a escola tornou-se uma necessidade para a busca e concretização

dos seus projetos futuros. O movimento indígena buscava um espaço escolar que valorizasse suas culturas, evitando os modelos da educação ocidental impregnados pelo etnocentrismo. (SANTOS; DANIEL, 2012).

O espaço escolar, considerado um fator importante para a defesa dos direitos e valorização do modo de viver indígena, é “entendido como uma via de conquista da autonomia para os membros das culturas diferenciadas, detentoras de processos educativos próprios, distintos daqueles adotados no mundo não indígena”. (SANTOS; DANIEL, 2012, p.244).

Esse processo de formação merece reflexões. A atual demanda indígena por formação no âmbito profissional na área de saúde cresceu bastante nos últimos anos. Porém, a execução do programa de formação dos AIS, anteriormente sob a responsabilidade da FUNASA e no momento atual pela Secretaria de Saúde Indígena – SESAI, apresenta inúmeros problemas em vários Estados (Santa Catarina, Amazonas, Acre, Mato Grosso, etc.). (PONTES; STAUFFER; GARNELO, 2012; FERREIRA, 2010; NOVO, 2009; LANGDON, 2006).

Para exemplificar, citam-se algumas dessas dificuldades: a descontinuidade dos módulos de estudo, a elevação da escolarização deixada de lado em muitos Estados, comprometendo a continuidade da profissionalização, a precarização do contrato de trabalho, e também os baixos salários. Não seriam motivos suficientes para o desânimo dos indígenas que atuam na saúde? O que buscam? Por que muitos persistem na luta por reconhecimento profissional?

Sobre esse assunto, o pesquisador indígena Santos (2010) argumentou:

Os povos indígenas percebem que a possibilidade de garantir e concretizar o direito e o desejo de melhorar suas condições históricas de vida (para além do período colonial) passa pela necessidade de articular suas tradições ao mundo moderno. Isso equivale dizer que os modos e formas tradicionais de vida precisam ceder lugar, espaço, tempo e significação cosmológica e filosófica aos modos de vida moderna. Isso não significa que as tradições estejam sendo substituídas pelas formas modernas de vida, mas apenas um ajustamento entre ambas. A partir desse entendimento arrisco a prever que sobreviverão os modos e formas de vida tradicionais capazes de se articularem com os modos de vida moderna. As tradições que forem incompatíveis e indesejáveis para a vida desejada na atualidade tendem a desaparecer. (SANTOS, 2010, p.11).

O processo pedagógico para a formação indígena na área de saúde foi estruturado e formulado a partir do movimento sanitário desvinculado do movimento social indígena, apoiado em premissas pedagógicas não relacionadas ou articuladas às questões postas pela antropologia da saúde indígena. Segundo Oliveira (2009), os profissionais de saúde

poderiam se apropriar do viés antropológico e étnico durante o processo, visando desenvolver o domínio sobre concepções e práticas de saúde vigentes. (OLIVEIRA, 2009).

É importante enfatizar que, a partir da bibliografia estudada sobre a saúde indígena, o viés antropológico situa-se além dos problemas mencionados sobre a precarização do trabalho, os baixos salários. Um dos fatores que sustenta essa precarização é o não entendimento por parte do subsistema (DSEI) e profissionais de saúde, sobre os processos saúde-doença, os itinerários terapêuticos, as práticas profiláticas e os conhecimentos nelas objetivados pelos povos indígenas e ainda do contexto de cada povo nas aldeias e fora delas, conforme foi mostrado com os dados do IBGE e Ferreira. (2010).

Assim, uma proposta pedagógica voltada para a formação profissional na área de saúde indígena deve estruturar-se em premissas formuladas a partir da realidade indígena, por exemplo, a formação do Técnico em Agente Comunitário Indígena de Saúde (TACIS) desenvolvida no DSEI do Rio Negro/Amazonas.

A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ/RJ, ao construir sua proposta de formação de TACIS para o DSEI do Rio Negro, levou em consideração alguns fundamentos da educação escolar indígena, tais como: especificidade e diferença, interculturalidade e bilinguismo, com o objetivo de garantir a elevação da escolaridade e a formação técnica profissional de nível médio para agentes indígenas pertencentes ao DSEI. Em concordância com a referida escola, sugere-se os mesmos princípios para a proposta de Mato Grosso, os quais serão explicitados a seguir.

1.1.1 Especificidade e diferença

A nação brasileira é formada por inúmeros povos, cada um com seus saberes, com formas próprias de organização social, política e suas histórias, dentre os quais estão os povos indígenas de diferentes etnias, com culturas e línguas próprias.

Segundo Santos e Daniel (2012) a luta do movimento indígena no Alto Rio Negro

foi pelo reconhecimento da especificidade do ser indígena, já que a Igreja, tal como diversos outros agentes de colonização, subsumiam essa questão ao âmbito da produção rural. Assim sendo, comunidades, escolas e professores indígenas eram tidos como rurais, negando-lhes, portanto, o direito à diferença étnica garantido nos dispositivos legais de proteção aos povos indígenas em nosso país. (SANTOS, DANIEL, 2012, p.255)

Tendo como significado a capacidade de agir de modo a produzir algo específico, particular, no que tange à questão indígena, a especificidade está relacionada ao universo sócio-cultural de um povo, às particularidades que cada pessoa ou grupo possui e que o caracteriza como ser único diferenciado. (EPSJV, 2012). Assim, ela trata de “fazer

reconhecer a existência e uma posição específica de aprender e ensinar como indígena”. (SANTOS; DANIEL, 2012, p. 255).

1.1.2 Interculturalidade

Como qualquer termo polissêmico, é possível encontrar inúmeras definições de cultura. O conceito assumido neste trabalho é o de Geertz. (1989, p.15), para o qual: “[...] o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assume a cultura como sendo essas teias e a sua análise”.

É relevante a incorporação da interculturalidade para compreender o lugar que cada cultura ocupa nas sociedades nacionais e as variáveis que afetam suas vidas e sua saúde. Esse princípio reconhece e promove a diversidade cultural e linguística, estimula o diálogo entre as experiências socioculturais e históricas. (EPSJV, 2012).

Da mesma forma, a noção de interculturalidade possibilita a compreensão das relações cotidianas entre as culturas indígenas e não indígenas definidas em um determinado espaço como construção de uma sociedade justa, de forma que um não se sobreponha ao outro, mas que, juntos, contribuam para a construção de novos conhecimentos. (EPSJV, 2012; SANTOS, 2010; OPS, 1999). Para SANTOS (2010), no diálogo intercultural, o conhecimento do outro é uma meta importante para a compreensão mútua e possibilita uma convivência compartilhada de tempo, espaço e projetos sociais comuns.

Menendez , citado por Pontes; Stauffer e Garnelo, aponta que

o campo cultural é identificado como um dos mais excluídos no enfoque biomédico. [...] os fatores culturais tendem a ser identificados pelos profissionais de saúde como crenças irracionais, facilitadores de processos de adoecimento, e que dificultam a adesão aos tratamentos e/ou normas biomédicas. (MENENDEZ *apud* PONTES; STAUFFER; GARNELO, 2012; p. 271).

Dessa forma, as equipes de saúde embasadas nos preceitos da biomedicina tenderiam a considerar os comportamentos decorrentes das culturas como práticas que não estão dentro das consideradas “boas práticas de saúde”, assim indicam em suas prescrições mudanças de comportamentos sem levar em consideração as formas locais de fazer saúde, agindo muitas vezes de forma preconceituosa junto aos grupos culturalmente diferenciados. (PONTES; STAUFFER; GARNELO, 2012).

1.1.3 Bilinguismo

Para as comunidades indígenas, a língua materna constitui um importante meio de organização e integração do conhecimento. Na oralidade, são transmitidos todos os saberes ao longo de gerações, firmando-se como um ponto forte da e na preservação de suas culturas. Além disso, outros conhecimentos, inclusive de outras línguas, são efetivamente incorporados por meio da língua materna. (EPSJV, 2012). Os povos indígenas são sociedades da oralidade, embora tenham reivindicado e vivido experiências de escolarização em todos os níveis da formação escolar, os conhecimentos por eles subjetivados e objetivados em formas expressivas culturais são processos incessantes e performativos da cultura oral.

Após a invasão das terras indígenas pelos portugueses, por muitos anos várias etnias ficaram sem o direito de falar suas línguas. Essa foi uma das estratégias utilizadas pelo invasor para integrá-las à sociedade nacional. Todavia, muitas resistiram mantendo vivos seus modos de educar e de viver, como os povos Umutina e Chiquitano.

Atualmente, a Constituição Federal assegurou, no seu artigo 210, o uso das línguas maternas no sistema escolar indígena e a valorização dos processos próprios de aprendizagem de cada grupo étnico.

O bilinguismo decorre, portanto, do contato que gera uma situação sociolinguística das sociedades indígenas que podem usar, simultaneamente, a língua materna e a língua oficial (português) do Estado brasileiro. (EPSJV, 2012). Portanto, “a língua indígena, mecanismo de socialização tradicional, não deve ser entendida como barreira para o acesso aos novos conhecimentos técnicos, pois se trata também de um instrumento poderoso para a realização da interculturalidade”. (PROEJA, 2007, p.104-5). O Alto Xingu, conforme Franchetto (2011), é um contexto multilinguístico em que sociedades de língua Tupi, Karib e Arawak, Trumai e Jê caracterizam-se por uma grande similaridade no seu modo de vida e visões de mundo. Estão ainda articulados em uma rede de trocas especializadas, com casamentos e rituais que se realizam entre aldeias. Cada um desses povos faz questão de cultivar sua identidade étnica e, se o intercâmbio cerimonial e econômico celebra a sociedade alto-xinguana, promove também a celebração de suas diferenças.

Já no campo da saúde, defende-se, para a proposta, o que dita a PNASPI (2002, p.06), a saber: “a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde”.

Para Pereira. (apud Pontes, Stauffer, Garnelo, 2012, p. 266),

“A Educação Profissional deve se preocupar em formar cidadãos. A cidadania aqui é compreendida como lugar-identidade que o indivíduo e os

grupos ocupam na sociedade, representando, portanto, um espaço de lutas e conflitos onde são instituídos direitos e deveres sociais”.

Segundo Oliveira (2005, p.35), em suas observações etnográficas, “a cidadania pode ser traduzida por busca de respeitabilidade a si mesmos, de seus valores e de suas formas de ser no mundo”.

1.2 O AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE

Para melhor descrever os desafios da profissionalização desses agentes de saúde indígenas, foram levantados alguns estudos etnográficos que descrevem e problematizam o trabalho e a formação dos AIS no Brasil.

Na década de 1980, em virtude do pequeno número de profissionais da saúde não indígenas nas aldeias, universidades e ONG realizaram capacitações de indígenas para desenvolverem ações de saúde em suas comunidades. Essas experiências consolidaram a figura do Agente Indígena de Saúde como responsável por essas ações. (LANGDON et al., 2006).

Sendo indígena ou não, o Agente de Saúde (AIS) como integrante da equipe de saúde surgiu por meio da Declaração de Alma-Ata,⁹ da Organização Mundial da Saúde. O objetivo da inclusão desse profissional na equipe é buscar garantir a promoção, a prevenção, a cura e a reabilitação a um custo acessível e assegurar respeito, reconhecimento e colaboração entre os representantes das práticas tradicionais e os da biomedicina, em busca de uma atenção diferenciada (LANGDON et al., 2006).

Em sua pesquisa na área Tikuna, Erthal (2003) relata que, possivelmente devido à maneira como aconteceu o contato interétnico dos Tikuna e em decorrência das primeiras capacitações serem voltadas para o diagnóstico, tratamento simplificado das doenças mais comuns e o encaminhamento dos casos mais graves, o AIS foi considerado um produtor de procedimentos biomédicos. Posteriormente, com a criação da Organização de Agentes Indígenas de Saúde do Povo Tikuna, foi iniciado um trabalho que proporcionava a integração com as lideranças tradicionais das comunidades valorizando a medicina tradicional. (ERTHAL, 2003 apud PONTES; STAUFFER; GARNELO, 2012).

Erthal (2003) ressalta várias dificuldades surgidas no processo de implantação do modelo de atenção diferenciado na área Tikuna, como a inconstância da supervisão do trabalho dos AIS; a não compreensão, pelos AIS, dos usos dos instrumentos de registro das

⁹ A Declaração de Alma-Ata foi formulada por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata, no Cazaquistão, em 1978, na busca da promoção de saúde a todos os povos do mundo.

atividades, prejudicando a produção de informações de saúde sobre a população; a formação centrada na doença e na tecnologia biomédica; a alta rotatividade dos profissionais não indígenas e sua pouca qualificação para o trabalho em contextos culturais específicos; e a inadequação dos serviços de referência para o atendimento da população indígena.

Langdon e Diehl (2007) realizam uma reflexão crítica do modelo de atenção à saúde indígena implantado em 1999 baseados em resultados obtidos a partir de pesquisa realizada em Santa Catarina. Apontam que o AIS foi incluso nas ações de atenção primária a partir da década de 1980. A pesquisa aponta que, depois da implantação dos DSEI, houve um aumento importante das contratações dos AIS para comporem as Equipes Multiprofissionais de Saúde (EMSI), que desenvolveriam ações de saúde em áreas indígenas. Porém, mesmo com o seu papel referenciado nos documentos da FUNASA, a realidade era outra. A pesquisa aponta ainda que aspectos fundamentais dos documentos oficiais existentes não foram colocados em prática por que

poucos receberam ou recebem capacitação para o trabalho, seu papel é mal definido e ambíguo, a seleção dos agentes é determinada em grande parte por processos políticos internos e externos, a relação com os profissionais de saúde é hierarquizada e burocratizada, e a noção de atenção diferenciada é pouco compreendida tanto pelos AIS como pelos outros profissionais da EMSI (LANGDON;DIEHL, 2007, p.23).

Ferreira (2010), em sua tese sobre Políticas Públicas no Alto Juruá durante o ano de 2006, acompanhou a realização das Reuniões de Parteiras, Pajés e Agentes Indígenas de Saúde que se constituíam como atividades do Projeto Acre¹⁰. Dentre os participantes, os AIS eram os únicos que recebiam remuneração pelas atividades que exerciam em suas comunidades, ou seja, ocupavam um cargo instituído oficialmente pelo Estado.

Em pesquisa realizada por Langdon et al. (2006), foram construídas reflexões sobre a formação e a atuação dos AIS que atuam no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena nas T.I Xapecó e Laklãnõ em Santa Catarina. Relata tal pesquisa que, a partir da década de 1980, ocorreu a inclusão dos AIS na atenção primária nas citadas T.I, realizada por meio de universidades e organizações não governamentais, e que, muitas vezes, a participação indígena em formação ou capacitações em atividades de atenção básica aconteciam quando não havia outros profissionais disponíveis ou na ocorrência de epidemias. (LANGDON et al, 2006).

⁸ Projeto Acre - Valorização dos Sistemas de Parto das Etnias do Acre e Sul do Amazonas

Ferreira (2010) relata que, no Alto Juruá, a formação do AIS iniciou-se em 1988 com a realização de cursos sob responsabilidade de ONG. Posteriormente, a FUNAI contribuiu para a formação de alguns indígenas como auxiliar de enfermagem. Quando a FUNASA assumiu a responsabilidade da saúde indígena, a União das Nações Indígenas-UNI, como conveniada, assumiu a capacitação e o contrato dos agentes indígenas de saúde, porém em depoimentos dos próprios AIS, as mesmas eram deficitárias. (OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006 apud FERREIRA 2010, p.128-29).

Em Santa Catarina, as atividades dos AIS do Polo Base da T.I Laklãnõ eram amplas e agrupadas em quatro funções gerais: visitas domiciliares; educação e orientação sobre cuidados de saúde e o sistema; preenchimento dos vários formulários e fichas e participação nas atividades de controle social. A visita domiciliar não era entendida pelos AIS porque tinham dificuldades em compreender a necessidade de também visitar pessoas que não estavam doentes ou as que não tinham bom relacionamento com os mesmos. Dessa forma, tais atribuições estranhas à sua realidade cultural eram cumpridas de forma parcial, assistemática e voltadas para as famílias que sabidamente tinham alguém doente. Também visitavam sem regularidade as famílias consideradas rivais do ponto de vista da alteridade. (LANGDON, et al, 2006).

No estado do Acre, Ferreira (2010) aponta que os AIS reinventam a prática de atenção à saúde no seu dia a dia combinando os procedimentos e recursos da medicina dos não indígenas às práticas de autoatenção indígenas. Afirma ainda que:

Os discursos proferidos durante as reuniões referem que as comunidades indígenas do Alto Juruá se apropriam do cargo de AIS de distintos modos, submetendo-o também ao processo de indigenização, onde lhes são atribuídos distintos papéis e diferentes significados à sua atuação nos múltiplos contextos comunitários em que estão situados. (FERREIRA 2010, p.129).

Ainda de acordo com os discursos durante as reuniões, as principais funções dos AIS são:

Encaminhamento e acompanhamento de pacientes aos serviços de saúde; monitoramento do crescimento e desenvolvimento das crianças; acompanhamento das gestantes e dos demais “pacientes” que estão recebendo tratamento biomédico; fornecimento de primeiros socorros; apoio às atividades desenvolvidas pela EMSI nas comunidades; levantamento de dados referentes à saúde dos membros da comunidade; realização de visitas domiciliares e de palestras tratando sobre temas específicos relacionados à saúde. (OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006 apud FERREIRA, 2010, p.166).

No atendimento à gestação e ao parto, o AIS atua em cooperação com os demais cuidadores, parteiras e pajés, visto não poder acompanhar o parto, podendo atuar somente ministrando remédios, verificando pressão etc. Isto é recente e ainda está em construção. Ele é reconhecido pela comunidade como conhecedor dos remédios da farmácia, porém os medicamentos nem sempre estão à sua disposição, sendo isto uma reivindicação constante dos AIS. (FERREIRA, 2010). Essa situação, como aponta a autora,

encerra um paradoxo constitutivo da posição de entremeio – entre a comunidade indígena e os serviços de saúde não indígenas – ocupada pelo AIS. [...] Essas reivindicações são importantes por evidenciarem o quanto o AIS, ao ser apropriado e indigenizado pelos povos indígenas do Alto Juruá, emerge nos múltiplos contextos comunitários em que atua como um especialista em “remédios da farmácia”. (FERREIRA, 2010, p.167).

Conforme os discursos indígenas nas reuniões no Alto Juruá, os AIS buscam recriar suas práticas, ensinam sobre os medicamentos da farmácia, atribuem aos parentes cargos de auxiliar ou de substituto, usam práticas tradicionais ou remédios para fazerem tratamentos de pacientes e tomam decisões de encaminhamento do doente ao pajé ou ao posto de saúde. (FERREIRA, 2010).

Conforme o estudo de Ferreira (2010), essas ações identificadas nos discursos analisados apontam articulações entre os conhecimentos e práticas de diferentes horizontes de tradição sociomédica – a indígena e a biomédica – praticadas no Alto Juruá. Assim, surgem novas formas socioculturais de assistir e organizar os cuidados à saúde, assumindo uma configuração Intermédica. (FERREIRA, 2010). Conclui que,

ao operacionalizar os conhecimentos dos *nawa*¹¹ em sua prática, já orientada pelos saberes previamente inscritos em seus corpos em experiências vividas por eles, as parteiras e os AIS também os tornam *encorporados* adquirindo, assim, atributos intermédicos. A intermedicalidade aqui, além de configurar o contexto de atuação desses cuidadores, também se inscreve em seus corpos e se manifesta em sua prática, quando o saber-fazer relativo à saúde é aplicado (FERREIRA, 2010, p.176).

Entretanto, houve dificuldades apontadas pelos estudos realizados tanto por Langdon (2006) como por Langdon; Diehl (2007) relativas à visita domiciliar. A queixa principal recaía sobre o que era exigido pela equipe de saúde como responsabilidade do mesmo e o que a comunidade esperava. Enquanto os profissionais o consideravam como elo de comunicação entre as famílias e a equipe de saúde, as famílias esperavam atividades desempenhadas por outros profissionais de saúde, sendo que os AIS tinham recebido

¹¹ Termo utilizado para identificar o não indígena, ou seja, a alteridade.

orientações que não realizassem atividades como medir pressão arterial, febre e aplicar injeções. (LANGDON, et al, 2006).

Essa pesquisa também confirmou a ambiguidade do papel do AIS, pois, apesar de ser representante da comunidade de que participa, ao ser membro da equipe, contratado, têm a FUNASA como seu chefe, e isso gera conflitos nas relações entre o AIS e a comunidade, entre esta e a FUNASA. Outra ambiguidade constatada é ausência de reconhecimento profissional da categoria de AIS pelos membros das equipes multidisciplinares e pelos profissionais de saúde na rede de referência do SUS. (LANGDON, et al, 2006).

Também foram observadas, durante a pesquisa, a grande rotatividade desse profissional, relações conturbadas na equipe e entre esta e a comunidade, a falta de capacitação para os AIS iniciantes e os que já estavam trabalhando, ocasionando grande demanda de solicitações por cursos de formação e palestra sobre temas específicos e contratação e seleção que sofriam influência de processos políticos internos e externos às TI. (LANGDON, et al, 2006; LANGDON; DIEHL, 2007).

Além da falta de cursos de capacitações, pode também ser questionada a contribuição dos cursos que são ministrados para a atenção diferenciada, pois seu conteúdo programático não deve se limitar ao saber biomédico, visto o mesmo ser hegemônico com a tendência a limitar outros saberes que podem apresentar grande eficácia. (LANGDON; DIEHL, 2007).

Para Novo (2010), em sua pesquisa com os AIS no Parque do Xingu em Mato Grosso, a definição do Agente Indígena de Saúde como elo entre diferentes sistemas terapêuticos deve ser refletida e comentada, visto que estes podem ser entendidos como transmissores de conhecimentos das práticas biomédicas à população por eles atendidas, e as diversas expectativas centradas nesses agentes, por parte da comunidade, das lideranças e da própria equipe de saúde, proporcionam ambiguidades e paradoxos com relação ao seu papel. A autora traz para as reflexões o sentido do caráter mediador desenvolvido pelos Agentes Indígenas de Saúde, situando-os em uma posição de fronteira, articulando diferentes saberes e práticas.

Conforme Novo (2010), uma distinção importante se dá na ocupação de papéis pelo sexo masculino e pelo feminino, ou seja, ao ocuparem um espaço público, cabe ao homem o papel de o “mais político”, responsável pelas mediações interétnicas, e à mulher maior poder sobre as relações internas nas aldeias, maior mobilidade entre as casas, responsável pelas “fofocas”, levando, assim, à delimitação de regras de comportamento e às informações fundamentais para o funcionamento do sistema alto-xingano. Entretanto, isso não significa que as relações de gênero sejam engessadas assim como estabelece a autora, como se os homens estivessem cristalizados no domínio do político e as mulheres

no domínio do doméstico. Diferente dessas relações de oposição, o Alto Xingu apresenta relações de complementaridades entre as identidades de gênero, considerando as assimetrias internas a cada sociedade xinguana.

Quanto às atribuições dos AIS do Alto Xingu, a mesma autora ressalta que eles encontram muitas dificuldades na execução de suas atividades, por exemplo, relataram sua incompreensão em relação aos objetivos das visitas domiciliares, visto que as redes de informação das aldeias realizadas pelas mulheres permitem o acompanhamento de enfermos e de situações de risco sem que haja necessidade de visita domiciliar para este fim. Também encontram dificuldades quando do preenchimento dos relatórios, por considerarem complexos. (NOVO, 2009).

No que se refere à supervisão do trabalho dos AIS, muitas vezes a atuação deles não cumpre com as determinações legais a respeito de seu papel. Para Novo (2010), além de realizarem atividades que nem sempre condizem com a agenda de atividades propostas, os AIS devem lidar ainda com distintas expectativas acerca de sua atuação, transformando-se muitas vezes em foco de disputas políticas internas e externas às aldeias.

Na relação com a equipe multidisciplinar, Novo (2009) aponta a limitada qualificação técnica dos AIS e sua desvalorização pelos outros profissionais de saúde. Reproduz-se, assim, uma cadeia de relações hierárquicas entre os membros das equipes, na qual os AIS são colocados numa posição de subordinação, agravada pelo fato de não dominarem os saberes e técnicas biomédicos necessários para decisão e intervenção nos casos de doença.

Entender a forma como a população alto-xinguana percebe o trabalho dos AIS e em que medida seu papel de “tradutor” ou de “elo” é possibilitado pela estrutura do modelo de saúde vigente e propõe observar que existe uma grande distância entre as expectativas do trabalho desses agentes – pelos diversos atores envolvidos neste processo – e sua atuação e formação. (NOVO, 2009).

Mantendo ainda reflexões acerca da posição de disputa, controle e acesso a bens e serviços, o papel dos AIS é valorizado quando a sua ação reforça a ideia de autogestão de políticas públicas pelas lideranças locais, ou seja, vem aproximar as aldeias dos serviços biomédicos, suprimindo as necessidades de serviços de saúde. Para Novo (2010), a apropriação por parte dos alto-xinguanos do trabalho dos AIS, como fonte de acesso a bens e serviços e disputas políticas, vem no sentido de buscar autonomia e autossuficiência, elementos que vão além da simples procura pelos serviços de saúde.

Relata ainda Novo (2009) que, do ponto de vista da formação, a partir de 1995, a discussão sobre a profissionalização dos AIS no DSEI Xingu gerou uma articulação entre a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e a Escola Técnica de Saúde do Estado do

Mato Grosso¹², a fim de se executar o I Curso de Auxiliar de Enfermagem Indígena¹³. Esse curso foi realizado no período de 1997 a 2001, de forma modular, com períodos de dispersão e concentração, sendo realizado concomitantemente ao ensino fundamental.

A partir de 2006, a FUNASA assumiu a formação dos AIS do Alto Xingu¹⁴, mediante o que preconiza a PNASPI (2002), que o curso deveria focar as ações de promoção e prevenção das doenças que mais afetam os povos indígenas e deveria prover os indígenas de conhecimentos e recursos da medicina ocidental, num caráter complementar às medicinas tradicionais. Entretanto, Novo (2009) aponta que, ao serem avaliados os conteúdos do curso, foram considerados mais técnicos do que socioculturais.

As pesquisas descritas acima por Langdon et al. (2006), Erthal (2003), Langdon; Diehl (2007), Ferreira (2010) e Novo (2010) mostram as inúmeras dificuldades tanto na formação quanto no desenvolvimento do processo de trabalho dos AIS, apontando para a ausência ou precariedade dos cursos de formação baseados em contextos não indígenas urbanos, às vezes sem considerar os modos de vida dos povos indígenas, ou seja, existe uma carência importante de adequada política de formação não só para o AIS como para os membros das equipes multidisciplinares.

Esses estudos também mostram a necessidade de um debate consistente sobre a regulamentação e a caracterização do trabalho dos AIS, e das estratégias de qualificação desses trabalhadores. Portanto, todo processo de formação precisa ser planejado em conjunto com os atores envolvidos, de acordo com os contextos socioculturais evitando assim que as atividades pedagógicas sejam prescritivas.

A articulação das políticas e estratégias de profissionalização dos AIS com as instâncias de gestão do trabalho e da educação na saúde do Ministério da Saúde é de suma importância, pois são os responsáveis pela reformulação das práticas sanitárias no âmbito do SUS mediante a Educação Permanente desenvolvida pelas Redes de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde - RET-SUS, e, dessa forma, abrange o Subsistema de Saúde Indígena. Essa articulação necessariamente contará com a SESAI que atualmente é responsável pela gestão da saúde indígena, com vista a evitar a perpetuação das indefinições que cercam a atuação desses profissionais.

¹² Denominada atualmente como Escola de Saúde Pública de Mato Grosso – ESPMT.

¹³ Uma das cinco turmas executadas pelo Projeto Xamã.

¹⁴ Em parceria com a ESPMT para a certificação dos alunos ocorrida em 2012.

1.3 ANTECEDENTES DA FORMAÇÃO DO AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE EM MATO GROSSO

A partir de 1997, a ESPMT, com a missão de formar recursos humanos para o Sistema Único de Saúde – SUS e, conseqüentemente, para o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, elaborou, com as instituições parceiras citadas anteriormente, uma proposta de formação em Auxiliar de Enfermagem Indígena, também chamada de Projeto Xamã, para ser desenvolvida em Mato Grosso, a fim de atender a solicitações das lideranças indígenas.

A matriz curricular foi organizada em 04 Áreas: Área I - Conhecendo a Família indígena/Promovendo a Troca de Experiências em Saúde; Área II – Rompendo a cadeia de transmissão das doenças/Prevenindo o risco na relação intercultural; Área III - Participando do Processo de Recuperação da Saúde, Identificando as Mudanças Provenientes da Relação Intercultural; Área IV - Organizando e Desenvolvendo o Processo de Trabalho.

Para a execução desta matriz, o curso foi dividido em sete etapas de formação, incluindo conteúdos de escolarização (Ciências Naturais, Humanas, Linguagens e códigos) para que os alunos pudessem prestar o exame de suplência para o Ensino Fundamental pela Secretaria Estadual de Educação - SEDUC-MT. Com isso se buscou atender a exigência do órgão fiscalizador da profissão¹⁵ para certificação como Auxiliar de Enfermagem. Definiu-se como objetivo profissionalizar 120 Agentes de Saúde Indígena de 30 etnias do Estado de Mato Grosso em Auxiliar de Enfermagem, capacitando os alunos para intervir política e administrativamente no processo de implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas de Mato Grosso. Assim, acreditava-se contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços prestados pelos alunos.

Tendo em vista que os Distritos e seus territórios ainda não estavam definidos no Estado, o curso foi ofertado em cinco turmas distintas, distribuídas nas seguintes sedes municipais: Rondonópolis, Barra do Garças, Tangará da Serra e São Félix do Araguaia. Somente a turma do Xingu teve o curso totalmente realizado em área indígena (Parque Indígena do Xingu - PIX). As turmas foram distribuídas conforme quadro abaixo.

Local da Concentração	Nº alunos	Etnias
Tangará da Serra	30	Paresi, Irantxe, Umutina, Nabikuara, Munduruku, Kaiabi, Cinta-Larga, Rikbatsa, Apiaka
Xingu	17	Juruna, Kaiabi, Suiá, Metyktire, Ikpeng, Waurá, Kuikuro, Kamayurá. Meynaiko, Yawalapiti, Trumai, Aweti, Nafuquá, Maitipu, Kalapalo, Tapayuna

¹⁵ Conselho Regional de Enfermagem- COREN/MT. Órgão fiscalizador do exercício profissional da Enfermagem

Araguaia	20	Tapirapé, Karajá
Rondonópolis	23	Bororo, Bakairi
Barra do Garças	30	Xavante

Quadro 1: Projeto Xamã. Locais do período de Concentração e Etnias envolvidas.
Fonte: ESPMT, 2000.

A conclusão desse curso ocorreu no ano 2000 e a cerimônia da formatura foi realizada em Cuiabá no ano de 2001. Nessa ocasião, 117 formandos receberam os certificados de Auxiliar de Enfermagem e do Ensino Fundamental. (ESPMT, 2001).

Mesmo tratando-se de uma ação pedagógica piloto em Mato Grosso e o período de término da formação tenha coincidido com a implantação dos DSEI, não houve facilitação para que os indígenas formados fossem contratados para desenvolver suas atividades profissionais em suas aldeias. Em virtude da terceirização¹⁶, as Organizações não Governamentais (ONG) priorizaram a contratação de AIS que estavam no início do seu processo de formação.

A terceirização foi uma das formas encontradas para viabilizar a assistência nas aldeias. Ou seja, eram comprados serviços de entidades privadas para executar as ações necessárias ao provimento de assistência à saúde da população indígena aldeada. (PONTES; STAUFFER; GARNELO, 2012, GARNELO, 2004).

A contratação dos auxiliares de enfermagem indígenas pelas ONG conveniadas aos DSEI aconteceu após fortes reivindicações das lideranças indígenas em Mato Grosso. Anos depois, não conseguiram que fosse realizada a formação para o Técnico em Enfermagem, apesar de inúmeras solicitações.

A formação profissional de indígenas no Estado de Mato Grosso pelos DSEI foi, historicamente, associada à educação escolar, em parceria com a Secretaria Estadual de Educação de Mato Grosso (SEDUC), atendendo especialmente às solicitações dos próprios indígenas. Essa reivindicação também faz parte do contexto nacional, como consta no documento do Programa Nacional e Integração da Educação Profissional com a Educação Básica na Modalidade de Educação de Jovens e Adultos (PROEJA) para indígena:

A demanda colocada pelos indígenas para a educação escolar refere-se, em síntese, ao anseio crescente dessas comunidades de que aquela venha a contribuir com reflexão e encaminhamentos para as suas necessidades de sustentação econômica, de gestão territorial, de saúde, entre outras, conferindo-lhes autonomia em áreas cruciais para a sua sobrevivência, com autogestão. (PROEJA, 2007, p.11).

¹⁶ Opção encontrada pela FUNASA para viabilizar a produção de serviços e atividades sanitárias nas aldeias

1.4 EDUCAÇÃO PROFISSIONAL BÁSICA PARA AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE: EXPERIÊNCIA DE MATO GROSSO

A formação e a capacitação de indígenas como agentes de saúde é uma estratégia que visa favorecer a apropriação pelos povos indígenas de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, sem, contudo, substituir o acervo das práticas culturais próprias, tradicionais ou não de suas sociedades. (PNASPI, 2002).

O Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde tem por princípio garantir aos povos indígenas o acesso a conhecimentos da medicina ocidental, em uma perspectiva complementar aos saberes tradicionais. Segundo Pontes; Stauffer; Garnelo (2012), a execução desse programa enfatiza as doenças mais frequentes e os grupos populacionais como idosos e crianças, conforme o índice de doenças diagnosticadas. Segundo as mesmas autoras, há pontos importantes no processo de formação que têm sido desconsiderados, tais como:

a discussão das dimensões interculturais do processo saúde-doença; a valorização das medicinas tradicionais e as formas específicas de atuação dos AIS em contexto interétnico – entendido como elo de comunicação entre a comunidade e o mundo não indígena, aqui representado pelos outros membros da equipe de saúde. (PONTES; STAUFFER; GARNELO, 2012 p.271).

Esse programa está respaldado na Legislação Educacional vigente – LDB n.º 9394/96, que define e regulariza o sistema de educação no Brasil, com base nos princípios presentes na Constituição e no Decreto n.º 5.154/2004, que regulamenta os artigos 36(parágrafo 2.º), 39 a 41 da Lei citada que versa sobre a Educação Profissional. A perspectiva da oferta de educação profissional técnica de nível médio enfatiza o trabalho, a cultura, a ciência e a tecnologia como princípios fundadores da organização curricular integrada ao ensino médio. (MS, 2002).

No ano de 2000, a Escola de Saúde Pública, já com experiência na formação em áreas indígenas, participou da implantação e execução do Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde nos DSEI de Mato Grosso. Tinha a responsabilidade de acompanhar pedagogicamente o processo de formação e realizar a certificação do curso, já que a proposta pedagógica a ser executada para os AIS foi elaborada pela FUNASA, bem como os recursos financeiros para a execução dos módulos.

A fim de possibilitar o início dos cursos, várias providências foram tomadas. Foram realizadas capacitações junto aos profissionais das equipes de saúde, contratados para atuarem nas comunidades indígenas. Os mesmos não dispunham de conhecimentos

antropológicos relativos à saúde dos povos indígenas de Mato Grosso nem de conhecimentos pedagógicos referentes à prática da docência.

Dessa forma, no período inicial da implantação dos DSEI e da formação dos AIS, foram realizadas pela FUNASA oficinas de capacitação antropológica para os profissionais das equipes de saúde que iriam atuar na saúde indígena. Para suprir a necessidade de conhecimentos da práxis pedagógica, foram oferecidas capacitações pedagógicas com base na metodologia da problematização¹⁷, em que a escola participou efetivamente em conjunto com as equipes dos DSEI.

No início do curso, a escolarização dos AIS caracterizava-se como incompleta no que diz respeito ao Ensino Fundamental. Assim, foi necessária a parceria com a Secretaria de Educação de Mato Grosso – SEDUC-MT, para a elevação da escolaridade dos AIS. Convém esclarecer que esse requisito não era impeditivo para a participação e certificação como agente indígena de saúde, porém as reivindicações partiram dos próprios alunos.

A formação dos Agentes Indígenas de Saúde, realizada nos 04 DSEI de Mato Grosso, contou com a conclusão dos seis módulos, totalizando 1.080 horas, referentes ao programa de formação e o ensino fundamental, conforme demonstra o quadro 2 abaixo.

DSEI	Turma	Nº Alunos
DSEI Cuiabá	01 Turmas	40 Alunos
DSEI Xavante	03 Turmas	106 alunos
DSEI Kaiapó	01 Turma	23 alunos
DSEI Xingu	02 turmas	Médio Xingu - 59 alunos
		Alto Xingu - 54 alunos

Quadro 2 – Turmas dos Agentes Indígenas de Saúde nos DSEI – Mato Grosso

O desenvolvimento pedagógico dos módulos era regido pelos eixos temáticos: *percebendo a nossa realidade; entendendo o processo de saúde doença; promovendo a saúde; intervindo no processo saúde doença; conhecendo e organizando os serviços de saúde*. Tais eixos permeavam os seis módulos da proposta de formação: introdutório, doenças endêmicas, DST/AIDS, parasitoses e doenças da pele, saúde da mulher e da criança e saúde bucal, saúde de adultos e atendimento de urgência. (FUNASA, 2000).

¹⁷ Metodologia adotada pelas escolas da Rede de Escolas Técnicas de Saúde do SUS – RET-SUS. É um método de aprendizagem que parte da vivência do aluno. O papel do professor é mediar o diálogo e junto com o aluno problematizar a sua realidade, num processo educativo de ação, reflexão, ação, para as transformações que se fizerem necessárias.

Na execução dos cursos nos diversos Distritos, as mudanças frequentes dos profissionais enfermeiros, médicos, odontólogos que atuavam na atenção à saúde indígena dificultaram o preparo pedagógico para os recém-contratados que, às vezes, participavam dos módulos sem esta capacitação. Vale citar também que a falta de regularidade na realização dos módulos colocou em risco a lógica pedagógica do processo de ensino/aprendizagem. Pressupõe-se que a burocracia que envolvia o setor financeiro da FUNASA tenha dificultado a realização dos módulos no tempo previsto.

Em Mato Grosso, vale citar que o curso previsto para se desenvolver em um período de dois anos tenha levado aproximadamente oito anos para ser concluído no DSEI Cuiabá. Diante do impasse na demora do repasse de recursos, a Coordenação pedagógica do curso buscou outras estratégias para que os alunos indígenas não ficassem sem atividade associada ao processo formativo. Assim, reuniram-se grupos de alunos que moravam em aldeias próximas para participarem de períodos de revisão de temas do curso ministrados pelos profissionais da equipe de saúde.

Após o término dos citados módulos em cada DSEI e a apresentação dos diários de classe à ESPMT, contendo a avaliação final dos alunos, foi efetivada a certificação dos mesmos como Agentes Indígenas de Saúde.

Convém salientar que, no momento atual, as atividades de formação para novos AIS e continuidade dos que já iniciaram o processo de formação, não estão sendo desenvolvidas, ou seja, estão paralisadas em todos os DSEI. Acredita-se que, com a criação da SESAI, esse processo esteja passando por uma avaliação para ser possível indicar reformulações necessárias.

Considerando as discussões já desenvolvidas no âmbito do acesso e da continuidade à formação profissional indígena e com base nas experiências já realizadas em outros Estados, propõe-se o Plano de Curso para formação técnica de nível médio do Agente Comunitário Indígena de Saúde no Estado de Mato Grosso, tendo inicialmente o DSEI Cuiabá como sede para a sua implantação, como turma piloto, para daí ser estendido aos demais DSEI.

O plano detalhado a seguir é uma oportunidade para se formar recursos humanos nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), a fim de consolidar o subsistema de atenção à saúde dos povos indígenas, ainda em construção no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Vale ressaltar que esta proposta deverá ser debatida com todos os envolvidos no processo de formação, principalmente as comunidades indígenas, no sentido de evitar o que Novo (2010) relatou sobre o curso dos AIS desenvolvido no Alto Xingu, que, ao serem avaliados os conteúdos do curso, estes serem considerados mais técnicos que socioculturais.

2. O PLANO DE CURSO TÉCNICO EM AGENTE COMUNITÁRIO INDÍGENA DE SAÚDE

O motivo da proposta ora apresentada nasceu das reivindicações dos egressos dos cursos de Agentes Indígenas de Saúde, buscando a profissionalização para atuarem em suas comunidades. Este plano será apresentado à Escola de Saúde Pública de Mato Grosso para inclusão no Projeto de Desenvolvimento Institucional - PDI, necessitando ser discutido pelos possíveis parceiros (SEDUC-MT, comunidades indígenas, DSEI Cuiabá e ESPMT) para que seja adequado às realidades locais e, desta forma, oficializado junto ao Conselho Estadual de Educação de Mato Grosso para sua execução. Sendo assim, a proposta é passível de alterações.

Habilitação: Técnico de Agente Comunitário Indígena de Saúde

Eixo Tecnológico: Saúde e Meio Ambiente – Conforme o Catálogo Nacional de Cursos Técnicos.

A estruturação do Plano de Curso obedece ao que estabelece o Decreto Federal n.º 5.154/04, que regulamenta o parágrafo 2.º do artigo 36 e os artigos 39-41 da LDB, que trata da Educação Profissional; a Resolução CNE/CEB n.º 004/99, que institui as Diretrizes Nacionais para a Educação Profissional de Nível Médio (Parecer CNE/CEB n.º 016/99); Resolução 03/08 que institui o Catálogo Nacional de Cursos Técnicos e a Resolução Normativa 04/2011-CEE/MT, que fixa normas para a oferta da Educação Profissional Técnica no Sistema Estadual de Ensino. Para normatizar o estágio curricular, leva-se em conta a Resolução Normativa CEE/MT 176/04, bem como os parâmetros curriculares para a área profissional, considerando a capacidade de agir de modo específico e particular dos alunos indígenas.

2.1 JUSTIFICATIVA

Durante a década de 1980, devido à parca presença de profissionais de saúde não indígenas nas aldeias, algumas universidades e Organizações Não Governamentais - ONG desenvolveram experiências de capacitação de indígenas para realizarem ações de saúde no cotidiano das comunidades, bem como em situações de epidemias. Essas experiências consolidaram a figura do Agente Indígena de Saúde, instituindo-o como um membro da comunidade responsável por desenvolver ações de saúde. No estado de Santa Catarina, à época, os AIS atuavam como voluntários, sendo indicados por suas comunidades para exercer tais tarefas. (LANGDON, et al., 2006).

A partir de 1999, a implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SASI colocou em evidência a necessidade de promover intervenção nos graves problemas de saúde existentes entre os povos indígenas, devido ao contato com a sociedade envolvente. Isso demandou investimentos em capacitação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural. No período de implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI, ocorreram várias iniciativas em nível nacional, a exemplo de Santa Catarina, Acre e Amazonas, visando à capacitação de Agentes Indígenas de Saúde – AIS, respaldadas pelas Conferências Nacionais de Saúde dos Povos Indígenas. (FUNASA, 1999).

De acordo com Política Nacional de Atenção à Saúde aos Povos Indígenas, o AIS passou a ser considerado o elo entre os membros da comunidade, seus saberes tradicionais e a equipe de saúde. O Programa de Formação de AIS se instituiu como responsabilidade da FUNASA, com uma matriz curricular organizada em seis módulos, contemplando a carga horária de 1080 horas. No programa de formação dos AIS, foram adotados os marcos legais preconizados pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Lei n.º 9.394/96), a qual prevê, a partir de uma formação inicial sem pré-requisito de escolaridade, a profissionalização no nível médio (técnico) e superior (tecnológico). (FUNASA, 2002).

A formação dos AIS ocorreu num contexto de reordenamento do modelo de atenção à saúde, buscando superar o modelo biomédico e curativo, adotando outros modos de organização dos serviços de saúde, com destaque para a atenção primária. Na realidade, na prática, o modelo de atenção ainda é biomédico e curativo. (PONTES; STAUFFER; GARNELO, 2012; FERREIRA, 2010).

Segundo os estudos de Langdon et al. (2006), é necessário discutir sobre a caracterização e a regulamentação do trabalho dos AIS, bem como o seu processo de qualificação como trabalhador na área de saúde em suas comunidades. No seu estudo, a antropóloga destaca como principal problema, quanto à qualificação dos trabalhadores que atuam junto a saúde indígena, a alta rotatividade da composição da EMSI, inclusive do AIS. Os contratos com vigência anual, às vezes eram interrompidos devido a questões políticas internas e externas, causando insegurança aos membros das equipes. No caso dos AIS, essa rotatividade implica prejuízo nos arranjos sociopolíticos nas comunidades, os quais geram a indicação e a legitimação dos AIS para desempenhar suas funções. Outro problema destacado pela autora é a disparidade entre os salários, já que os AIS têm uma remuneração muito inferior à dos demais membros da equipe.

Apesar do maior interesse observado nos últimos anos de profissionais de saúde com formação universitária e dispostos a trabalhar em regiões distantes dos grandes centros urbanos, o contingente desses nos DSEI ainda é deficiente e a sua rotatividade é

grande. Na prática, são os AIS e os profissionais de nível médio que garantem a sustentabilidade do modelo de assistência a saúde indígena vigente. (SSL, 2005).

Os relatórios de avaliação da FUNASA constataam que as dificuldades referidas no processo de formação de AIS em nível nacional são bastante semelhantes, em que pesem as diferenças em termos de atenção à saúde em contextos políticos, gerenciais, geográficos e epidemiológicos distintos nos DSEI, sem contar as especificidades étnicas de cada povo, conforme evidenciado em trabalhos institucionais apresentados em fóruns sobre educação em contextos interculturais realizados em 2005 e 2006. (OLIVEIRA, 2009).

Em Mato Grosso, por volta de 1995, ampliaram-se as reivindicações de profissionalização advindas das lideranças indígenas, dos Agentes Indígenas de Saúde ou monitores de saúde indígenas que já trabalhavam na saúde indígena sem uma formação para o exercício profissional. Eles faziam cursos diversos sem uma lógica que adequasse o atendimento ao contexto das aldeias indígenas e não havia iniciativas que visassem à formação técnica ou à elevação da escolaridade.

Em 1997, o Estado de Mato Grosso se destacou ao realizar a formação de Auxiliares de Enfermagem Indígenas por meio de parceria interinstitucional. Na fase de implantação, o curso de formação contou com um currículo especialmente direcionado para a organização dos DSEI. Porém, esse processo formativo não teve continuidade nem na formação de nível técnico em Enfermagem nem na escolarização de nível médio.

Desde o ano 2000, a Escola de Saúde Pública vem acompanhando a execução do Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde nos DSEI de Mato Grosso em parceria com a FUNASA, sendo de sua responsabilidade o acompanhamento pedagógico e certificação do curso. Com a finalização dos seis módulos referentes ao programa de formação, foi efetivada a certificação de 282 AIS nos quatro DSEI de Mato Grosso e a certificação do Ensino Fundamental dos alunos pela SEDUC/MT, aumentando a expectativa de continuidade do processo formativo conforme a legislação preconiza, ou seja, a formação no nível técnico.

Em virtude de a formação profissional técnica só ser oferecida por uma instituição escolar credenciada no Conselho Estadual de Educação de Mato Grosso – CEE/MT e por não haver proposta que contemplasse a formação indígena na área de saúde no Estado, elaborou-se a presente proposta de Plano de Curso para formação do Técnico em Agente Comunitário Indígena de Saúde - TACIS, a ser inserida no Projeto Político-Pedagógico da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso – ESPMT.

Para viabilizar a construção da referida proposta, foi necessário buscar subsídios no Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde desenvolvido pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação (2004), no plano de curso do Agente Comunitário de Saúde oferecido pela ESPMT e nos relatos da experiência desenvolvida no

Amazonas - Alto Rio Negro de formação de Técnico de Agente Comunitário Indígena de Saúde – ACIS, com a participação da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/EPSJV/FIOCRUZ.

Considerando o Referencial apresentado em 2004 pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde-DEGES, da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde-SGTEs, o Ministério da Saúde, ao criar o curso de qualificação de Agentes Indígenas de Saúde, objetivou adaptar o modelo de Agente Comunitário de Saúde à realidade da saúde indígena, sempre levando em conta os contextos socioculturais e políticos desses povos.

Pontes, Stauffer e Garnelo (2012) chamam a atenção sobre essa questão,

em que pese à existência de diferenças entre os modos de vida indígena e os espaços urbanos em que atuam os ACS, há muita similaridade entre as rotinas dos serviços de saúde encontrados nas duas realidades, já que ambos partilham o mesmo marco da reorganização da atenção (atenção primária a saúde) a serem desenvolvidos no interior de uma equipe multiprofissional. (PONTES; STAUFFER; GARNELO, 2012, p. 283).

Além disso, tanto o agente indígena quanto o agente comunitário de saúde desenvolvem um papel-chave na mediação das relações entre os serviços de saúde e a comunidade, ao atuarem na redução dos problemas sanitários de populações vulneráveis e compartilharem dificuldades comuns no que diz respeito à precarização do trabalho e à formação.

Assim, existe uma aproximação entre as questões e experiências provindas da luta pela profissionalização e regulamentação dos Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia de Saúde da Família – ESF e o contexto indígena. A proposta de incorporação de membros de comunidades nas equipes de saúde resultou na criação do papel do Agente Comunitário de Saúde e do Agente Indígena de Saúde e provém dos marcos orientadores da atenção primária à saúde. (PONTES; STAUFFER; GARNELO, 2012).

Ainda segundo Pontes, Stauffer e Garnelo (2012), sobre as competências estabelecidas pela FUNASA para os AIS no programa de formação estabelecido por essa instituição, percebe-se que existem diversas semelhanças entre estas e as habilidades definidas pelo Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (MEC/MS, 2004) que atuam em contextos não indígenas. (PONTES, STAUFFER, GARNELO, 2012). Conforme apontam as autoras,

ao considerar o quadro de heterogeneidade e de baixa escolaridade dos ACS, o “Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde” (MEC/MS, 2004) foi construído de forma comprometida com a elevação da escolaridade dos ACS, organizando um itinerário formativo composto por três etapas que permitem a escolarização do trabalhador durante a profissionalização técnica. Segundo essas diretrizes, para o

ingresso na primeira etapa formativa o único pré-requisito seria saber ler e escrever, na segunda etapa formativa seria requisitado o Ensino Fundamental. A exigência de matrícula no ensino Médio ocorreria somente por ocasião da terceira etapa, para que, ao final da profissionalização, os educandos pudessem obter o título de nível técnico. (PONTES, STAUFFER, GARNELO, 2012, p.282).

Tomando por referência o processo de formação desenvolvido no DSEI do Rio Negro no Amazonas e com vista a reafirmar o compromisso de aproximação entre as estratégias formativas desenvolvidas para os Agentes Comunitários de Saúde – ACS (não indígenas) no SUS e aquelas estabelecidas nos DSEI para os Agentes Indígenas de Saúde – AIS, também foi adotada a designação de Técnicos em Agentes Comunitários Indígenas de Saúde – TACIS para os profissionais a serem formados por meio desta proposta. (EPSJV, 2012).

Para efetivar a proposta do curso, inicialmente será realizada uma experiência piloto, desenvolvida no DSEI Cuiabá, visando adquirir experiência necessária para a extensão do curso aos demais DSEI do Estado. De qualquer forma, é importante buscar alternativas compartilhadas que viabilizem a formação profissional na área de saúde para os indígenas, de modo a proporcionar aos TACIS uma atuação segura, com respeito e valorização dos conhecimentos da medicina tradicional e da biomedicina, e conferindo-lhes identidade profissional por meio de certificação condizente com a legislação educacional vigente.

Para a escolarização em nível Médio, requisito de acesso à formação profissional técnica, a alternativa indicada é articular os processos de Educação Profissional e Educação Básica de modo integrado, por meio de parceria com a Secretaria Estadual de Educação de Mato Grosso/Equipe de Educação Indígena.

Para melhor compreensão do lugar onde deverá ser realizado o curso de formação técnica do TACIS, é apresentado um breve contexto do DSEI Cuiabá.

O DSEI Cuiabá tem sob sua responsabilidade uma população estimada em 8.846 pessoas que povoam 137 aldeias divididas em 10 etnias: Bororo, Bakairi, Irantxe, Paresi, Nambikwara, Enawenê-Nawê, Myky, Umutina, Guató e Chiquitano (ISA, 2012). No geral, todas as aldeias sofreram intervenções, mortes e epidemias de doenças decorrentes do contato com os não índios. A maioria dos povos realizou contato por meio de missões religiosas ou de pesquisadores interessados na diversidade cultural e na obtenção de benefícios financeiros. Muitos foram retirados de suas áreas de origem, onde estavam ligados por vínculos ancestrais, devido principalmente à pressão exercida por fazendeiros ou pessoas interessadas na exploração dessas áreas com fins imobiliários. (ISA, 2012).

No entanto, há aspectos e especificidades de cada etnia, que serão apresentados a seguir. Todas as informações foram baseadas nos dados oferecidos pelo Instituto Socioambiental. (ISA, 2012).

2.2 ETNIAS

2.2.1 Bororo

O povo Bororo também é conhecido como Coxiponé, Araripoconé, Araés, Cuiabá, Coroados, Porrudos. Sua população é 1.677 indivíduos (SIASI/SESAI, 2012). Pertence à família linguística Bororo, o termo *Boe Wadáru* é o termo usado pelos Bororo para designar sua língua original e posteriormente foi enquadrada no tronco linguístico Macro-Jê¹⁸. No dia a dia, a língua falada é a nativa, acrescida de neologismos assimilados do português regional, o qual é acionado apenas nos contatos interétnicos.

Bororo significa “pátio da aldeia”. Em virtude da tradicional disposição circular das casas, o pátio torna-se o centro da aldeia e o espaço onde os seus rituais são realizados, sendo os mesmos caracterizados por uma complexa organização social e riqueza de sua vida cerimonial.

Vivem em seis Terras Indígenas (TI), demarcadas num território descontínuo e descaracterizado, que corresponde a uma área muito menor que o território tradicional, que anteriormente atingia a Bolívia a oeste; o centro sul de Goiás, ao leste; as margens da região dos formadores do Rio Xingu, ao norte; e, ao sul, chegava até às proximidades do Rio Miranda.

As TI Meruri, Perigara, Sangradouro/Volta Grande e Tadarimana estão registradas e homologadas; a TI Jarudori¹⁹, foi sendo continuamente invadida, a ponto de hoje estar totalmente ocupada por uma cidade, já a TI Teresa Cristina teve sua delimitação suspensa por decreto presidencial estando assim sob júdice. Há pelo menos 300 anos que o povo Bororo luta contra as adversidades e efeitos predatórios do contato com o “homem branco”.

2.2.2 Bakairi

Também conhecidos como Bacairi ou Kurã, tradicionalmente os Bakairi controlavam o acesso das expedições científicas ao alto Xingu, onde parte deles morava. Hoje, localizam-se mais a sudoeste de Mato Grosso e tem uma população de 929 indivíduos. (SIASI/SESAI, 2012). Os Bakairi pertencem à família linguística Karib e subsistem por meio da pesca e da agricultura. Todos falam a sua língua e o português. Desde a década de 1960, os missionários do Summer Institute of Linguistics traduzem textos bíblicos para a

¹⁸ Um novo paradigma simplificou a classificação das línguas indígenas, reunindo-as segundo certas semelhanças, de modo que a língua bororo ficou neste tronco linguístico.

¹⁹ Reservada aos índios pelos SPI (Serviço de Proteção ao Índio)

língua Bakairi. Também já foram elaboradas por eles cartilhas para alfabetização nessa língua.

Os Bakairi se autodenominam Kurâ, que quer dizer “gente”, “humano”, ou seja, a humanidade, sendo que para eles os demais indivíduos que não pertençam a esse povo necessitam ser especificados. Kurâ significa “nós, ao Bakairi”. Vivem em Mato Grosso nas TI Baikairi e Santana, em pleno cerrado. A TI Santana localiza-se próximo ao município de Nobres e a TI Bakairi localiza-se nos municípios de Paranatinga e Planalto da Serra.

Na década de 1980, projetos de Desenvolvimento Comunitário financiados com recursos do Banco Mundial introduziram nas duas áreas caminhões e houve incentivo da lavoura mecanizada, dentre outras coisas, o que resultou na fragmentação do aldeamento existente e na constituição de grupos locais. Para os Bakairi, há duas estações do ano: kopâme (tempo das águas, que vai de setembro a abril) e âdâpygume (tempo da seca, de abril a setembro).

2.2.3 Chiquitano

Conhecidos também como Chiquito (que significa pequeno), o povo Chiquitano se encontra na Bolívia e em Mato Grosso. Segundo o IBGE (2001), há 108.206 indivíduos dessa nação, porém o SIASI/SESAI (2012) estabelece a existência de 473 indivíduos que são atendidos em Mato Grosso. Pertencem à família linguística dos Chiquito. A grande maioria desse povo está na Bolívia, mas os que residem no Brasil têm lutado pelo direito a TI, que está em processo de identificação pela FUNAI.

No Brasil, ainda não há estudos linguísticos realizados entre os Chiquitano que aqui vivem, porém uma amostra de palavras comparadas ao Chiquitano da Bolívia demonstra tratar-se do dialeto Tao. No Brasil, essa língua também é conhecida como “língua” ou “linguará” ou “aninho”. Em Mato Grosso, vivem próximo à fronteira com a Bolívia, nos municípios de Vila Bela da Santíssima Trindade, Cáceres e Porto Esperidião. Há pequenas comunidades, de 5 a 8 famílias, que vivem na estrada que liga Cáceres a San Matias (Bolívia).

Há também comunidades maiores, com número variado de 10 a 30 famílias, cujas terras foram loteadas pelo Incra e tidas como "assentamentos". Há ainda agrupamentos que vivem nos destacamentos militares da fronteira do Brasil, com cerca de 30 a 40 famílias nucleares e que têm "permissão" para viverem e plantarem nessas terras. Por fim, há algumas famílias que vivem em fazendas, sob a aparente aprovação do fazendeiro. (SILVA et al., 1998, citado por ISA, 2012).

2.2.4 Enawenê-Nawê

Povo também conhecido como Enauenê - Nauê e Salumã, atualmente conta com 566 indivíduos. (FUNASA, 2010). As crianças (dinwá) representam quase dois terços da população (Marcio Silva: Notícias Recentes- PIB, 2006). Pertence à família linguística Aruak. Vive em uma única aldeia no noroeste de Mato Grosso, na região do Alto Juruena.

2.2.5 Guató

O povo Guató atualmente conta com 370 indivíduos (FUNASA, 2008), localizados em Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. São da família linguística Guató e considerados o povo do Pantanal, pois ocupavam essa região anteriormente. Entre os anos de 1940 e 1950, o povo Guató foi expulso do seu território tradicional, pela invasão do gado dos fazendeiros nas roças dos índios e dos comerciantes de peles, que acabaram obrigando-os a migrar para outros pontos do pantanal ou para cidades como Corumbá, Ladário, Aquidauana, Poconé e Cáceres. A partir de 1950, os Guató foram excluídos de quaisquer políticas de assistência e considerados extintos. Em 1976, os missionários da região de Corumbá- MS identificaram índios Guató vivendo na região. O grupo procurou se organizar e lutar pelo seu reconhecimento étnico, sendo hoje os últimos canoeiros de todos os povos indígenas que ocupam as terras do Pantanal.

O termo “guató” pode ser uma derivação de “guatá”, verbo que, em Guarani, significa andar, caminhar, circular, viajar e transitar, para indicar um povo canoeiro com grande mobilidade espacial.

Atualmente há três núcleos guató, sendo dois deles em Mato Grosso. O primeiro fica nos municípios de Barão de Melgaço e Poconé. Ali se localiza a TI Baía dos Guató (aldeias Aterrado do Bananal e Aterro São Benedito), junto aos rios Perigara e Cuiabá. O outro núcleo em Mato Grosso fica próximo a Cáceres, porém ainda estão ocorrendo estudos antropológicos para identificar a população guató que ali reside e delimitar o território ocupado.

2.2.6 Iranxe Manoki

Conhecidos também como Irantxe, atualmente contam com 379 indivíduos (FUNASA, 2010) e pertencem à família linguística Iranxe. Os Manoki se autodenominam como Irantxe e historicamente sofreram com massacres e doenças resultantes do contato com não índios. Em meados de 1950, viram-se obrigados a viver em uma missão jesuíta, que provocou uma grande desestruturação sócio-cultural.

Em 1968, receberam terra do Governo Federal fora da sua área de ocupação habitual, o que inviabilizou a manutenção dos recursos tradicionais de manejo e cultivo. Um pouco diferente dessa situação, os Myky, grupo Manoki que esteve isolado até 1971, passou a sofrer as consequências da especulação imobiliária após esse contato. Hoje, ambos os grupos reivindicam a ampliação de suas terras.

Os Manoki (Irantxe e Myky) localizam-se em duas TI no oeste de Mato Grosso, no município de Brasnorte: a TI Irantxe, na região do rio Cravari (aldeias Paredão, Recanto do Alípio, Perdiz, Asa Branca, Treze de Maio ou Aldeia do Mauricio e Cravari) e a TI Myky, às margens do rio Papagaio.

A região onde se localiza a TI Irantxe é ocupada por grandes empreendimentos agrícolas, mecanização da agricultura e atividade pecuária intensa. Esse quadro resultou em um desmatamento acentuado na região, o envenenamento das águas pelo uso de agrotóxicos e defensivos agrícolas, impacto sobre a fauna e flora da região.

2.2.7 Nambikwara

Conhecido também como Nambiquara, atualmente conta com 1950 indivíduos (FUNASA, 2010) e pertence à família linguística Nambikwára. Localizam-se em Mato Grosso (aldeias nas cabeceiras dos rios Juruena e Guaporé) e Rondônia e são bastante conhecidos por terem sido contatados pelo Marechal Rondon e pelo antropólogo Claude Lévi-Strauss. Habitam tanto o cerrado quanto a floresta amazônica e as suas áreas de transição. Apresentam cultura material aparentemente simples e cosmologia e universo cultural complexo, preservando sua identidade através da altivez e abertura ao mundo.

O nome Nambiquara é de origem Tupi e significa “orelha furada”. Anterior à expedição Rondon, eram conhecidos como “Cabixi”. Falam as línguas da família linguística Nambiquara, que não tem qualquer relação comprovada com outras famílias linguísticas da América do Sul. Pode ser dividida em três grandes grupos de línguas faladas no território Nambiquara: Sabanê, Nambiquara do Norte e Nambiquara do Sul. (PRICE, 1972, citado por SIASI/SESAI, 2012).

Os grupos que habitam toda a região do Vale do Guaporé, abaixo do rio Piolho, são conhecidos como: Wasusu, Sararé, Alântesu, Waikisu, Hahãitesu e são chamados genericamente de ‘Wãnairisu, termo que faz referência a um tipo de corte de cabelo característico dos grupos dessa região. (Fiorini, 1997, citado por SIASI/SESAI, 2012).

O território ocupado pelos Nambiquara é composto pela região que engloba a Chapada dos Parecis, Vale do Guaporé e ao longo dos rios Roosevelt e Ji-Paraná.

Atualmente, o extenso território que fora tradicionalmente ocupado por cerca de 30 grupos Nambiquara, alguns deles já extintos, está dividido em nove Terras Indígenas não

contínuas: Vale do Guaporé; Pirineus de Souza; Nambiquara; Lagoa dos Brincos; Taihãntesu; Pequizal; Sararé; Tirecatinga e Tubarão-Latundê. Esta última localiza-se no estado de Rondônia e é habitada por índios Aikanã e por um grupo Nambiquara denominado Latundê.

2.2.8 Menky Manoki

Povo também conhecido como Munku, Menku, Myky ou Manoki, moram em Mato Grosso e atualmente contam com 102 indivíduos, pertencendo à família linguística Irantxe. Autodenominam-se Irantxe. Este povo passou a ter contato com não índios a partir de 1971 e desde então seu território sofre diversas pressões de especulação imobiliária. Sua área localiza-se às margens do Rio Papagaio.

Devido à ocupação pelo não branco das terras ao redor da TI, o desmatamento, o envenenamento das fontes de água e a exploração da flora e fauna locais se intensificaram, principalmente devido à agricultura e pecuária. Essa predação repercute negativamente no interior da TI, que é ainda mais pobre desses recursos que seu entorno, tornando-a ainda mais frágil.

A homologação da TI Myky deixou de fora áreas que tradicionalmente os Myky reconhecem como suas e, conseqüentemente, o uso tradicional dos recursos naturais ficou limitado.

2.2.9 Paresí

Esse povo, também conhecido como Pareci, Halití ou Arití, atualmente encontra-se nos estados de Mato Grosso e Rondônia e conta com uma população de 1955 indivíduos (SIASI/SESAI, 2012). Pertencem à família linguística dos Arawak.

A intensa relação com os jesuítas quase extinguiu um dos dialetos utilizados por eles e transformou os aspectos socioculturais desse povo, já que a união entre os diferentes povos indígenas era incentivada.

Os Paresí autodenominam-se Halití, que pode ser traduzido como “gente” ou “povo”. O termo Paresí passou a ser utilizado para denominar os povos que se utilizavam da língua Aruak.

Os indivíduos se distribuem em aldeias nas diversas TI. Há três aldeias situadas além do limite da reserva Formoso, Estivadinho e Figueira. Além do limite norte, há quatro grupos locais (Bacaval, Sacre, Seringal e Walahaliwinã) e à oeste da reserva, fora dos limites, três grupos as margens da BR 364 (Capitão Marco, Acampamento da Serraria e

lyatayazá). Essa região, em geral, é composta por campos, cerrados e matas de galeria, onde se caça veados, ema, seriema, perdiz, cotia e outros pequenos animais.

A língua Paresí é falada em diferentes dialetos (Wáymare, Kozárene, Kaxínti ou Kazíniti, Warére e Káwali), além da língua portuguesa.

2.2.10 Umutina

Também conhecidos como Barbados ou Omotina, vivem em Mato Grosso e são em número de 445 pessoas (Associação Indígena Umutina Otoparé, 2009). Pertencem à família linguística dos Bororo. Suas aldeias estão localizadas na TI Umutina, nos municípios de Barra do Bugres e Alto Paraguai, entre os rios Paraguai e Bugres, em Mato Grosso.

Esse povo era considerado pelos não índios agressivo e violento, que resistia, pela força, à invasão do seu território. Possuem um forte sentimento de identidade étnica e reconhecem-se como tradicionais moradores do Alto-Paraguai.

São conhecidos como Barbados devido aos homens usarem barbas confeccionadas a partir dos cabelos das mulheres ou de pelos de macacos. Autodenominam-se Balotiponé, que significa “gente nova”. Umutina significa “índio branco”.

Não falam mais a sua língua indígena, pertencente ao tronco linguístico Macro-Jê, devido ao contato violento com o não índio. Em virtude da quase extinção dos Umutina por epidemias, os sobreviventes passaram a viver com os trabalhadores do Serviço de Proteção ao Índio - SPI da região e frequentavam escolas onde eram proibidos de falar sua língua, apenas o português. Atualmente, membros da comunidade lutam para, por meio dos idosos, de professores e universitários indígenas, recuperar a língua Umutina.

Para viabilizar a assistência à saúde de todas essas etnias elencadas, o DSEI Cuiabá conta com cinco Polos Base²⁰: Cuiabá, Rondonópolis e Tangará da Serra, Brasnorte, Chiquitano localizados nas regiões sudeste, centro a noroeste de Mato Grosso, havendo diversidade de etnias em cada um dos mesmos, conforme o mapa na Figura 03.

²⁰ Na organização dos serviços de saúde, os Polos-Base são as primeiras referências para os Agentes Indígenas de Saúde que atuam nas aldeias (PNASPI 2002, p.14).

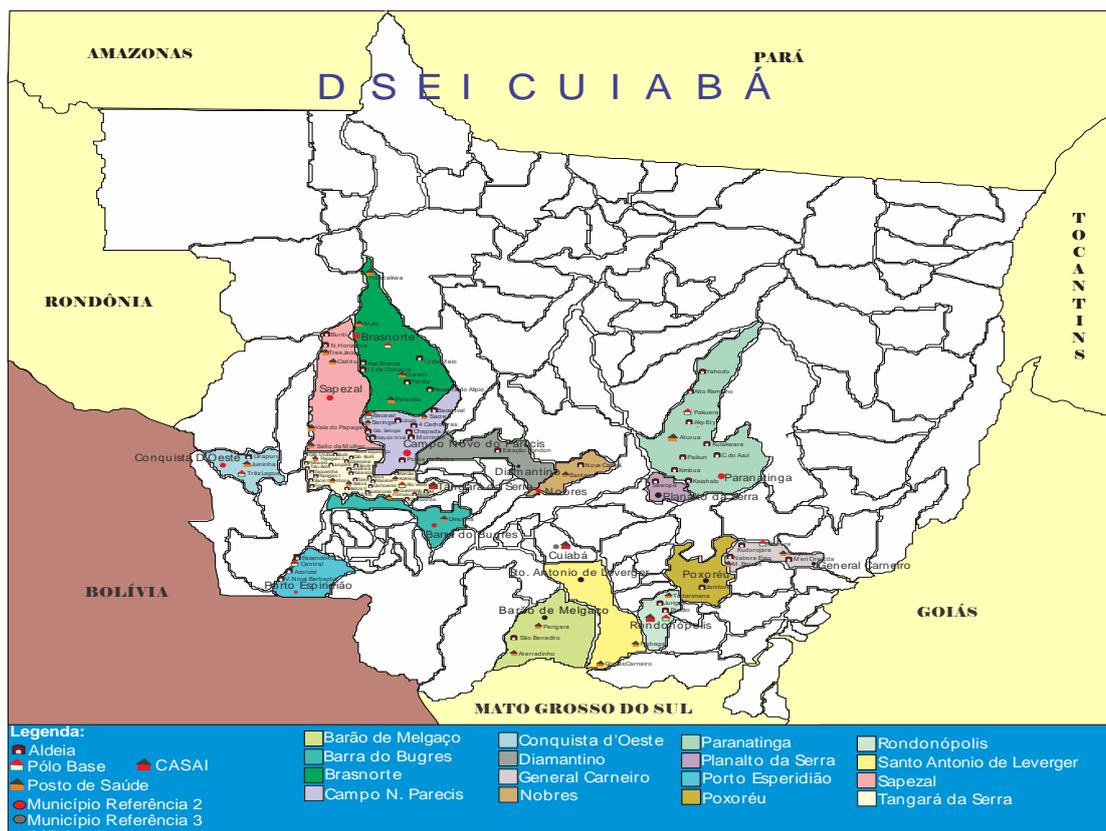


Figura 3 - Distribuição geográfica das etnias do DSEI Cuiabá, 2012
 Fonte: DSEI Cuiabá/Setor Informação/2012.

No DSEI Cuiabá, a atenção básica é realizada por intermédio de onze Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), sendo que a elas estão integrados 11 Enfermeiros, 29 Técnicos de Enfermagem, 21 Auxiliares de Enfermagem, 78 Agentes Indígenas de Saúde e os 93 Agentes Indígenas de Saneamento- AISAN, que atuam em 31 Postos de Saúde (PS) localizados nas aldeias. (SESAI/DSEI Cuiabá, 2012).

Anteriormente, os profissionais de saúde eram contratados pelas seguintes conveniadas: Operação Amazônia Nativa (OPAN), Organização Indígena Halitinã e UNISELVA/UFMT. No momento, quem responde pelas ações de saúde é a conveniada Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina/UNIFESP.

O número de egressos do Programa de Formação Básica para Agentes Indígenas de Saúde no DSEI Cuiabá é um total de 40 indígenas de diversas etnias, conforme o quadro 3 que segue abaixo.

Nº	Etnia	Aldeias
01	Umutina	Umutina
16	Pareci	Papagaio II, Jatobá, Água Limpa, Cristalina, Utiariti, Três Lagoas, Batiza, Queimada, África, Bacaval, Estivadinho, Salto da Mulher, Estação Rondon, Formoso, Rio Verde, Kotitiko
01	Terena	Caititu
07	Irantxe	Perdiz, Paredão, Recanto do Alípio, Nova Esperança, Cravari, Asa Branca, Myky
08	Bororo	Gomes Carneiro, Sangradouro, Pobore, Perigara Garça, Tereza Cristina, Merure, Piebaga
02	Myky	Myky
01	Rikbaktsa	Sacre II
03	Bakairi	Santana, Aturua, Nova Canaã
01	Chiquitano	Acorizal

Quadro 3 – Etnias participantes do curso dos AIS no DSEI Cuiabá
 Fonte: (Relatório Coordenação FUNASA-2008).

Embora já existam 282 AIS em Mato Grosso em condições de participarem deste processo formativo, a proposta está voltada, a princípio, para os egressos do curso de Educação Profissional Básica para Agentes Indígenas de Saúde realizado no DSEI Cuiabá. É importante ressaltar que até esse momento os alunos já concluíram o ensino fundamental, e cumpriram a carga horária de 1.080 horas referente ao curso de Agente Indígena de Saúde e foram certificados.

A proposta pedagógica para Mato Grosso é que esses egressos possam fazer aproveitamento dos estudos dentro do itinerário formativo do TACIS ao mesmo tempo em que poderão iniciar o Ensino Médio, conforme recomenda a legislação. Ao término do curso, receberão o diploma de Técnico em Agente Comunitário Indígena de Saúde.

Uma proposta de formação profissional indígena, com o objetivo de promover a elevação da escolaridade dos ACIS, requer a articulação entre Secretaria de Saúde Indígena – SESAI com o MEC/SECAD, Secretaria Estadual de Educação e a ESPMT. Essa proposta, além de contribuir para a melhoria na qualidade dos serviços, visa também influenciar nas políticas públicas de educação para os povos indígenas que já preconizam o direito à escolarização diferenciada.

2.3 OBJETIVOS:

2.3.1 Geral:

- Formar técnicos de nível médio em Agente Comunitário Indígena de Saúde habilitados e qualificados para desenvolver ações de atenção básica à saúde

indígena baseadas nos princípios da especificidade, diferenciação, interculturalidade e bilinguismo.

2.3.2 Específicos:

- Profissionalizar e certificar Agentes Indígenas de Saúde que já atuam no Distrito Sanitário Especial Indígena Cuiabá, de modo a qualificar sua atuação profissional e estimular seu protagonismo na organização do modelo de atenção à saúde indígena.
- Formar indígenas para atuarem como técnicos de nível médio em Agente Comunitário Indígena de Saúde junto às equipes multiprofissionais que desenvolvem ações de cuidado e proteção à saúde de indivíduos e grupos sociais, em domicílios e comunidades indígenas.
- Contribuir para o processo de trabalho na atenção à saúde indígena fundamentado na ótica da interdisciplinaridade e da articulação intersetorial.
- Promover uma *práxis* profissional contextualizada e comprometida com a melhoria dos indicadores sócio-sanitários e da sustentabilidade.
- Proporcionar ao Agente Comunitário Indígena de Saúde o desenvolvimento da autonomia na implantação e implementação das ações de saúde em sua comunidade.
- Preparar o Técnico em Agente Comunitário Indígena de Saúde para o desenvolvimento de ações de intervenção no processo gerador de saúde-doença, atuando como corresponsável nas ações de promoção da saúde na comunidade e na diminuição dos indicadores epidemiológicos.
- Facilitar o acesso dos usuários ao sistema de saúde mediando as práticas de medicina tradicional e ocidental e avançando em direção ao empoderamento das comunidades para promover saúde e qualidade de vida em contexto intercultural.
- Desenvolver valores e competências necessárias à integração do projeto individual ao projeto da comunidade indígena, respeitando os princípios da especificidade, diferença, interculturalidade e bilinguismo preconizados para a Educação Escolar Indígena.
- Sistematizar e documentar as atividades pedagógicas realizadas durante o desenvolvimento do curso, buscando a construção de materiais educativos capazes de subsidiar a formação profissional e sua atuação na comunidade.
- Compreender os sistemas simbólicos das diferentes linguagens indígenas como meio de organização cognitiva da realidade pela constituição de significados, expressão, comunicação e informação a serem aplicados no processo educativo.

- Desenvolver nos Agentes Comunitários Indígenas de Saúde do DSEI Cuiabá orientação básica para integração no trabalho em saúde, com as competências que garantam seu aprimoramento profissional e permitam acompanhar as mudanças que caracterizam o mundo contemporâneo.

2.4 REQUISITOS DE ACESSO

Serão admitidos à matrícula no curso de Técnico em Agente Comunitário Indígena de Saúde da ESPMT os candidatos que preencherem os seguintes requisitos:

Etapa Formativa I – Acesso a todos os Agentes Indígenas de Saúde inseridos no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, tanto os que já atuam como aqueles que se candidatarem ao trabalho, independente de escolarização.

Etapa Formativa II - Concluintes da Etapa formativa I, com certificado de conclusão ou atestado de realização concomitante do Ensino Fundamental.

Etapa Formativa III - Concluintes das Etapas Formativas I e II, com certificado de conclusão ou atestado de realização integrada ou concomitante do Ensino Médio.

Documentação exigida para a matrícula:

- Idade mínima de 18 (dezoito) anos;
- Cédula de identidade e CPF;
- Documento que comprove escolaridade mínima exigida em duas vias, sendo uma original ou fotocópia autenticada;
- Comprovante de conclusão das etapas formativas no caso de continuidade do curso;
- Duas fotos 3x4 – recentes.

2.5 REQUISITOS DE SELEÇÃO

A escolha do Agente Comunitário Indígena de Saúde dar-se-á por meio de processo seletivo dentro das comunidades indígenas previamente esclarecidas sobre seu papel, com assessoria dos Conselhos Locais de Saúde e Conselhos Distritais de Saúde (FUNASA, 1999).

Requisitos para ser um Agente Comunitário Indígena de Saúde:

- Ser indicado pela comunidade;
- Residir na área de atuação;
- Pertencer à sociedade junto a qual vai atuar, preferencialmente;
- Não ter outro vínculo empregatício;
- Ter um bom relacionamento com a comunidade;

- Ter idade, preferencialmente, acima de 18 anos;
- Ser alfabetizado, preferencialmente;
- Manifestar interesse, aptidão e responsabilidade para o trabalho de saúde.

2.6 PERFIL PROFISSIONAL DE CONCLUSÃO

O Técnico de Nível Médio em Agente Comunitário Indígena de Saúde é um profissional que compõe a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena nos serviços de atenção básica, com conhecimentos integrados à ciência e à tecnologia. Suas atividades transcendem o campo da saúde à medida que requerem atenção a múltiplos aspectos das condições de vida e da relação dos povos indígenas com a sociedade envolvente. Essas características situam os Agentes Comunitários Indígenas de Saúde como uma categoria muito particular, não comparável a outras que existem historicamente no setor saúde.

O Agente Comunitário Indígena de Saúde deverá dar atenção à saúde aos membros de sua comunidade e localidades de sua área de abrangência; desenvolver prioritariamente ações de vigilância em saúde e prevenção; monitorar o controle de doenças e agravos, em conjunto com os profissionais de saúde pertencentes às equipes do DSEI de sua referência.

2.7. ORGANIZAÇÃO CURRICULAR

Uma formação para o trabalho que contemple os aspectos políticos, técnicos, culturais e humanísticos de uma prática profissional demanda a incursão numa proposta pedagógica que, além dos conteúdos curriculares mínimos necessários, defina também uma metodologia capaz de viabilizar a mobilização de conhecimentos no processo de ensino-aprendizagem. Sendo assim, entende-se que o processo ensino-aprendizagem se desenvolve através da relação dinâmica entre o professor, o aluno e o objeto a ser apreendido. (ESPMT-2011).

Este enfoque parte do pressuposto de que o Técnico em Agente Comunitário Indígena de Saúde seja um elo entre os membros da comunidade, seus saberes tradicionais e a equipe de saúde. Dessa forma, necessita de uma formação crítica e participativa. Nessa perspectiva, busca-se estruturar um currículo que valorize as experiências e práticas relacionadas às ações de atenção e cuidados à saúde indígena.

A Formação do Técnico Agente Comunitário de Saúde terá como eixo metodológico a integração ensino-serviço-comunidade, possibilitando que os alunos construam conhecimentos baseados em suas experiências anteriores, na pesquisa e reflexões sobre sua prática com ênfase no trabalho cooperativo, através de atividades que estimulem a

tomada de decisões, que são as características do currículo integrado adotado pela presente proposta. (ESPMT, 2011).

O ponto de partida para as estratégias de ensino-aprendizagem é a observação das situações e dificuldades cotidianas, buscando desse modo levar o aluno a identificar os determinantes e, com base em reflexões críticas embasadas em suportes teóricos, propor hipóteses de solução com vistas à transformação dessa realidade (ETIS/SES-RJ, 2006).

A metodologia está inserida no campo da educação crítica, tendo por princípios a articulação teoria-prática, a construção coletiva do conhecimento a partir do referencial cultural dos próprios AIS e a relação indissociável entre o processo de formação e a organização dos serviços. (FUNASA/DESAI, 2005).

Tem-se como objetivo desenvolver competências profissionais gerais e específicas, e, para tanto, faz-se necessária a adoção de uma metodologia que supere o simples repasse de técnicas e conceitos desconexos com o mundo do trabalho, bem como aquele em que o aluno se encontra inserido. (ESPMT, 2011).

Para o desenvolvimento desse currículo, entende-se por competência profissional a capacidade de articular, mobilizar e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidade necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho. O conhecimento é entendido como saber-saber. A habilidade refere-se a um saber-fazer relacionado com o contexto, que transcende a ação meramente motora. O valor se expressa no saber-ser, na atitude relacionada com o julgamento da pertinência da ação, com a qualidade do trabalho, com a ética do comportamento, a convivência participativa e solidária e outros atributos humanos, tais como a iniciativa e a criatividade. (MEC,1999).

Os conceitos de competência e habilidades que sustentam essa organização curricular alinham-se à matriz crítico-emancipatória. Segundo Deluiz (2001),

A matriz crítico-emancipatória tem seus fundamentos teóricos no pensamento crítico-dialético, atribuindo-lhe um sentido que atenda aos interesses dos trabalhadores. Pretende apontar princípios orientadores para a investigação dos processos de trabalho, para a organização do currículo e para uma proposta de educação ampliada. (DELUIZ, 2001, p.17).

São expressos como a capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios de um campo profissional, com iniciativa e responsabilidade, segundo uma inteligência prática sobre o que está ocorrendo e com capacidade de coordenar-se com outros atores na mobilização de suas capacidades. (OLIVEIRA, 2009).

No ensino tradicional, a maioria das propostas curriculares tem como pressuposto uma educação pautada em conteúdos informativos com os quais os alunos aprendem fatos, conceitos, princípios, generalizações compartimentalizadas e conteúdos estanques,

elencados apenas pela lógica sequencial própria do currículo organizado em disciplinas. É uma proposta baseada em aprendizagem informativa e memorística. (ESPMT, 2011).

Considerando o contexto técnico-profissional e as especificidades do trabalho do Técnico em Agente Comunitário Indígena de Saúde, as estratégias metodológicas associadas ao conhecimento e às experiências profissionais deverão ser organizadas e executadas de forma a promover aprendizagens significativas, constituindo-se na geração de competências profissionais gerais e específicas.

O currículo do curso foi organizado na modalidade de Currículo Integrado. Segundo Davini (1994, p.45), “o currículo integrado é um plano pedagógico e sua correspondente organização institucional que articula dinamicamente trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade”.

Será estruturado em três etapas prevendo itinerário formativo²¹. A opção por uma estrutura curricular integrada implica a organização dos conteúdos em áreas de conhecimento para além das fronteiras entre as disciplinas.

O currículo integrado constitui-se em uma quebra de paradigmas no que se refere à formação em saúde, marcada hegemonicamente por organizações curriculares caracterizadas como um conjunto de disciplinas isoladas e estanques, justapostas de forma arbitrária e classificadas em disciplinas científicas e disciplinas aplicadas. Nesses currículos, o estudo dos problemas de saúde ocorre isolado do contexto em que se inserem. E ainda, na realidade, trabalho, ensino e comunidade constituem-se espaços isolados, que ocasionalmente estabelecem algum nível de comunicação entre si. (OLIVEIRA, 2009).

O Currículo Integrado tem por objetivos possibilitar a interação entre ensino e prática profissional; integrar prática e teoria e o imediato teste da prática; avançar na construção de teorias a partir dos testes da prática; buscar soluções específicas e originais para diferentes situações; integrar ensino-trabalho-comunidade, contribuindo para a última; integrar professor-aluno na investigação e na busca de esclarecimentos e propostas; contextualizar o currículo à realidade local e aos padrões culturais próprios da comunidade. (MS, 1994).

A Área Curricular I: “Promoção da Saúde em Comunidades Indígenas” é básica, sem terminalidade e visa proporcionar condições de aproveitamento das áreas subsequentes, contemplando temas de natureza político-social e epidemiológica, sem exigir escolarização. A ênfase aqui é em ações de promoção e prevenção de agravos.

A Área Curricular II: “Atenção à Saúde na Comunidade Indígena” possibilita a terminalidade para Agente Comunitário Indígena de Saúde, contemplando as teorias e práticas específicas para a atenção básica em comunidades indígenas, os conhecimentos gerais e as atitudes e habilidades necessárias para a recuperação da saúde.

²¹ Saídas intermediárias que correspondem à conclusão de módulos, etapas de cursos Técnicos correspondentes a qualificações identificadas no mercado de trabalho.

A Área Curricular III: “Processo de Trabalho em Saúde Indígena” em conjunto com as áreas I e II, possibilita a terminalidade para Técnico em Agente Comunitário Indígena de Saúde e aborda temas relacionados ao trabalho junto à equipe de saúde com ênfase no processo cooperativo.

TECNICO EM AGENTE COMUNITÁRIO INDÍGENA DE SAÚDE					
ÁREA I		ÁREA II		ÁREA III	
Promoção da Saúde em Comunidades Indígenas		Atenção à Saúde na Comunidade Indígena		Processo de Trabalho em Saúde Indígena	
Concentração	Dispersão	Concentração	Dispersão	Concentração	Dispersão
300 h	100 h	420 h	220 h	300 h	100 h
Total: 400 h		Total: 640 h		Total: 400 h	
AGENTE COMUNITÁRIO INDÍGENA DE SAÚDE				TÉCNICO EM AGENTE C.INDÍGENA DE SAÚDE	
TOTAL: 1440 h					

As atividades didáticas serão desenvolvidas em etapas de concentração, que objetivam desenvolver atividades teórico-práticas ou situações contextuais e etapas de dispersão, com ênfase no contexto real de trabalho na comunidade ou nos serviços de saúde indígena.

Cada área compõe-se de Unidades Didáticas organizadas em sequências de atividades, propondo estratégias de ensino-aprendizagem e de avaliação e sugestões para estágio supervisionado. As estratégias de ensino-aprendizagem adotadas variarão de acordo com os conteúdos desenvolvidos, mas serão enfatizadas aquelas que propiciem a participação ativa do educando no trabalho pedagógico.

Propõe-se a conjugação de momentos formais com a participação dos alunos nos eventos próprios do movimento indígena e nos fóruns de planejamento participativo e de controle social do sistema local de saúde e regional. Assim, o processo educativo não se resume à sala de aula, mas passa a contemplar também a dinâmica da vivência dos participantes do processo educativo transformador da realidade.

2.8 METODOLOGIA DO PLANO DE CURSO

Cabe observar alguns princípios de uma pedagogia (forma de aprender e ensinar) indígena a serem considerados no planejamento didático para contexto intercultural, seja em processos de formação ou de educação em saúde para a comunidade. A tradição da educação indígena remete às narrativas orais baseadas na memória dos antepassados, transmitidas de geração em geração e em aspectos da prática cotidiana que são apreendidos pelas crianças no dia a dia, no corpo a corpo, e valorizados pelo exemplo. (MONTE *apud* OLIVEIRA, 1999, MEC/PROEJA, 2007).

A incorporação de um enfoque intercultural na formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde requer uma mudança de paradigma na perspectiva do aprender-fazendo. Daí a importância de programar experiências de aprendizagem por meio de atividades que privilegiam pesquisas, vivências e observação de práticas. (OMS/OPS *apud* OLIVEIRA, 1999, p. 84).

Pellegrini (2002) apresenta aspectos de antropologia da aprendizagem, apoiando-se em referencial de Lave e Wenger sobre aprendizagem em comunidades de práticas que endossam o princípio de aprender-fazendo: “os aprendizes inevitavelmente participam de comunidades de praticantes em que o domínio do conhecimento e habilidades exige dos novatos um movimento em direção à participação plena”. (PELLEGRINI, 2002, p.5).

Para o desenvolvimento do curso, considera-se relevante a utilização de estratégias com base nas metodologias ativas em prol do processo de ensino-aprendizagem. As metodologias ativas caracterizam-se como ferramentas de ensino que não se limitam à reprodução do conhecimento, pois outras características estão associadas a elas, como as discussões sobre temáticas levantadas com os alunos e a promoção de debates e de resoluções de problemas extraídos da própria realidade onde atuam. (ESPMT, 2010).

Assim sendo, a metodologia deve buscar uma interação efetiva entre o ensino e a prática profissional, ou seja, associa ensino e serviço, utiliza os profissionais de saúde da equipe de saúde como instrutores, preparando-os para a ação pedagógica por meio de capacitações de antropologia na saúde e pedagógica, antes e durante a execução da proposta curricular. Nesse sentido, destaca-se pelo respeito às características regionais uma vez que a natureza de cada etnia possui muitas peculiaridades.

Convém esclarecer que, embora a ESPMT adote em seus cursos a metodologia da problematização, nesse momento prefere-se aguardar o período em que será realizada a integração com o Ensino Médio em parceria com a SEDUC/MT para a escolha de uma metodologia que resguarde os princípios elencados acima, visto que a mesma adota uma metodologia diferente da ESPMT.

2.9 ETAPAS FORMATIVAS

2.9.1 Etapa Formativa I: “Promoção da Saúde em Comunidades Indígenas”

Carga Horária Total: 400 h

Carga Horária de Concentração: 300 h

Carga Horária de Dispersão: 100 h

Competências <ul style="list-style-type: none">• Compreender a relação saúde-doença como processo social, relacionando-o aos principais problemas de saúde em comunidades indígenas, visando participar das ações de promoção e vigilância da saúde.• Desenvolver, em equipe, ações de promoção da saúde que resultem na melhoria da qualidade de vida na comunidade.• Desenvolver ações de monitoramento dirigidas a situações de risco ambiental, epidemiológico e sanitário, conforme plano de ação da equipe de saúde.• Realizar ações de comunicação e educação em saúde.	
Habilidades <ul style="list-style-type: none">• Reconhecer os direitos dos povos indígenas com base na Constituição, Direitos Humanos, Política Nacional e de Saúde e Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas;• Conhecer o processo saúde-doença em comunidades indígenas;• Conhecer o modelo de vigilância da saúde pautado no princípio da promoção da saúde;• Caracterizar o território indígena em sua área de atuação.• Identificar as condições do meio ambiente e da comunidade que constituem risco para a saúde de indivíduos e comunidade;• Identificar e comunicar os principais problemas de saúde da comunidade;• Identificar e informar a equipe de saúde sobre as condições de vulnerabilidade e risco à saúde	Bases Tecnológicas <ul style="list-style-type: none">• Processo saúde-doença como processo social;• Conceito de Saúde em contextos indígenas;• Determinantes socioeconômicos e culturais: terra, alimentação, moradia, saneamento, higiene pessoal;• Cosmovisão de saúde e doença de etnia à qual pertence;• Práticas tradicionais de saúde: práticas alimentares, fitoterapia etc.;• Vigilância da Saúde;• Promoção da Saúde;• Conceitos de Risco e

<p>de indivíduos e da comunidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar famílias para as ações de cuidado relacionadas ao ambiente domiciliar e peridomiciliar; • Levantar dados e informações relativas às práticas tradicionais de tratamento e de promoção da saúde utilizadas pela comunidade, promovendo a interação dessas práticas com a equipe de saúde; • Mediar as relações interculturais entre os sistemas médicos tradicionais e ocidentais; • Utilizar recursos de comunicação em saúde, valorizando aqueles existentes na comunidade; • Interagir com indivíduos da sua comunidade, profissionais de saúde e lideranças locais, promovendo relações solidárias; • Mobilizar a comunidade para a reflexão acerca dos problemas de saúde e para a participação social; • Participar das reuniões do Conselho Local de Saúde; • Realizar cadastro de famílias em seu território; • Realizar visita domiciliar em seu território. 	<p>Vulnerabilidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ecossistema e equilíbrio ecológico; • Geografia loco-regional: geopolítica; visão espacial; distância e direção; pontos cardeais; • Território; • Mapeamento; • Cadastro de famílias; • Visita domiciliar; • Recursos de informação e comunicação contextualizados à realidade local: língua, recursos áudio-visuais, estratégias (rodas de conversa, desenhos), parceria com os conselhos locais, lideranças, idosos e comunidade.
---	---

2.9.2 Etapa Formativa II: “Atenção À Saúde Na Comunidade Indígena”

Carga Horária Total: 640 h

Carga Horária de Concentração: 420 h

Carga Horária de Dispersão: 220 h

Competências

- Desenvolver em equipe ações de promoção de saúde que resultem na melhoria da qualidade de vida, de forma articulada com outros setores.
- Desenvolver ações de monitoramento dirigidas a grupos específicos e a doenças

e agravos prevalentes, conforme plano de ação da equipe de saúde e protocolos técnicos.

Habilidades

- Identificar indivíduos e grupos (crianças, idosos, gestantes) em situação de risco e encaminhá-los à equipe de saúde, conforme suas necessidades;
- Acompanhar a situação de saúde da comunidade e realizar ações básicas de saúde com ênfase na prevenção e no controle das doenças prevalentes, considerando as práticas tradicionais;
- Encaminhar indígenas com necessidade de atendimento à saúde, considerando os fluxos e as ações desenvolvidas no âmbito da atenção básica;
- Comunicar à unidade de saúde da aldeia os casos de indivíduos que necessitem de cuidados especiais;
- Orientar as famílias sobre os riscos à saúde;
- Orientar indivíduos e famílias sobre as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos;
- Orientar as gestantes e familiares quanto aos cuidados relativos à gestação, ao parto e puerpério, aleitamento materno conforme atribuições do TACIS e a realidade indígena;
- Orientar familiares e comunidade quanto à importância do planejamento familiar;
- Orientar a mãe ou responsável sobre os cuidados com o recém-nascido considerando as práticas tradicionais da comunidade;
- Estimular na família/comunidade a prática de atividades sócio-econômicas e culturais apropriadas à infância/adolescência, ao idoso

Bases Tecnológicas

- Atenção humanizada;
- Riscos, fatores de risco e agravos à saúde conforme a realidade indígena;
- Família: estrutura, tipos organização, Ciclos de vida conforme a realidade indígena;
- Indicadores de saúde: mortalidade, morbidade, prevalência, incidência, dados quantitativos e qualitativos;
- Doenças de notificação compulsória;
- Área de abrangência, magnitude e vulnerabilidade;
- Vigilância ambiental, epidemiológica e sanitária;
- Doenças transmissíveis e não transmissíveis;
- Planejamento familiar considerando a realidade indígena;
- Ações programáticas em saúde: discussão e crítica: Saúde da Mulher Saúde da Criança e do Adolescente Saúde do Idoso;
- Saúde da mulher indígena

<p>conforme a realidade indígena;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar ações de vigilância nutricional por meio de pesagem, consolidação e classificação de dados; • Monitorar a situação vacinal da população adstrita; • Orientar a comunidade quanto à utilização dos serviços de saúde e outros disponíveis no DSEI e suas referências. 	<p>no ciclo gravídico-puerperal;</p> <p>Aleitamento materno: importância, anatomia e fisiologia da mama, e técnicas de amamentação, cuidados gerais com a mama;</p> <p>Cartão da gestante.</p> <p>Puerpério e desmame.</p> <p>Cartão da criança.</p> <p>Vacinação.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saúde escolar, saúde do adolescente, saúde do idoso, saúde do trabalhador; • Saúde bucal: anatomia e funcionamento da cavidade bucal, principais doenças bucais e mecanismos de prevenção das doenças bucais; • Estratégias de abordagem familiar e de grupos; • Estatística: índices, taxas, coeficientes; • Comunicação e Educação em saúde: Processo ensino-aprendizagem; troca do saber tradicional e saber científico; Planejamento educacional.
---	--

2.9.3 Etapa Formativa III: “Processo de Trabalho em Saúde Indígena”

Carga Horária Total: 400 h

Carga Horária de Concentração: 250 h

Carga Horária de Dispersão: 150 h

Competências	
<ul style="list-style-type: none">• Participar do processo de trabalho em saúde indígena, pautando-se em princípios éticos e legais.• Planejar e avaliar as ações e serviços de saúde no âmbito do Polo-Base em conjunto com as equipes do DSEI, com base no processo saúde-doença.	
Habilidades	Bases Tecnológicas
<ul style="list-style-type: none">• Reconhecer o processo de trabalho da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena, sua relação com o SUS e a comunidade;• Trabalhar em equipe, considerando as suas atribuições e os aspectos éticos no processo de trabalho;• Participar da elaboração do plano de ação;• Participar da programação e realização de visitas domiciliares de acordo com as prioridades definidas no plano de ação;• Alimentar o sistema de informação em saúde mediante a realização contínua de registros de saúde;• Consolidar, interpretar, participar da análise e divulgar os dados obtidos;• Participar do processo de avaliação e acompanhamento das ações desenvolvidas;• Participar da reprogramação de ações e ou estratégias com base nos resultados da avaliação;• Registrar dados e informações referentes às ações desenvolvidas;• Elaborar propostas e participar do estabelecimento de parcerias visando ao desenvolvimento do trabalho intersetorial;	<ul style="list-style-type: none">• Processos de trabalho em saúde: construção histórica e social do trabalho; organização do trabalho em saúde; o trabalho em equipe e a divisão social do trabalho em saúde; tecnologias em saúde;• Processos de trabalho na Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena;• Sistemas de Informação (SIASI); registro de atividades, procedimentos e notificações. Siglas para a indicação das doenças e/ou condições referidas;• Organização no processo de coleta e análise de dados;• Qualidade de informação, gerenciamento de dados, sigilo da informação;• Estratégias de

<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar meios que propiciem a mobilização e envolvimento da comunidade no processo de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de saúde; • Reconhecer seus direitos e deveres como trabalhador da equipe de saúde indígena. 	<p>planejamento e avaliação em saúde: conceitos, tipos, instrumentos e técnicas; PDCA (Planejamento, Desenvolvimento, Controle e Avaliação);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Direitos e deveres do trabalhador.
---	---

Como a extensa carga horária das etapas formativas impede que sejam realizadas de forma contínua, optou-se em subdividi-la em três momentos de concentração e dispersão. A subdivisão temporal faz-se necessária em virtude de os alunos terem a oportunidade de retornarem às suas aldeias de origem para a retomada de seus compromissos laborativos junto às comunidades e para prover o sustento alimentar (caça, pesca e agricultura) de suas famílias.

2.10. ESTÁGIO SUPERVISIONADO

Chamadas de períodos de dispersão, as atividades do Estágio Curricular, neste plano de curso, serão planejadas em consonância com a programação do curso, com a participação do coordenador pedagógico, alunos e docentes que acompanharão o referido estágio.

O processo de dispersão será acompanhado pelos docentes. Diariamente, será registrada na Ficha de Estágio do aluno toda produção do aprendiz, para se fazer não só o controle do cumprimento da carga horária como, principalmente, garantir o exercício das práticas específicas e desenvolvimento das competências requeridas na formação desse profissional.

O estágio é obrigatório e tem como objetivo principal propiciar aos alunos o aprendizado e a vivência profissional em situação real de trabalho, considerando a natureza especial das funções do Técnico em Agente Comunitário Indígena de Saúde.

A avaliação do estágio envolverá apuração da frequência e avaliação do aproveitamento discente, em conformidade com as competências requeridas para essa profissão. A apuração da assiduidade será feita por meio de fichas específicas e diários de classe. Ao final, os docentes entregarão ao Coordenador do curso a ficha individual do aluno devidamente assinada por eles e pelos discentes.

As atividades desenvolvidas no período de dispersão (estágio) são fundamentais para o aprimoramento da qualidade pedagógica a ser obtida no período de concentração das etapas formativas, pois a proposta pedagógica consiste em desenvolver os conteúdos a partir da realidade e contexto dos territórios e do trabalho do Agente Comunitário Indígena de Saúde.

2.11 CRITÉRIOS DE APROVEITAMENTO DE CONHECIMENTOS E EXPERIÊNCIAS ANTERIORES

Serão aproveitados conhecimentos e experiências anteriores aprendidos em cursos de formação relacionados ao perfil profissional de conclusão estabelecido para o técnico agente comunitário indígena de saúde, por meio de:

- processos formais de certificação profissional;
- qualificações profissionais ou capacitações e etapas de nível técnico concluídos em outros cursos;
- trabalho ou por outros meios informais.

2.12 AVALIAÇÃO

A importância desse tema requer um enfoque especial, pois a aprendizagem não é alcançada de forma instantânea, nem por domínio de informações técnicas, pelo contrário, requer um processo de aproximações sucessivas e cada vez mais amplas e integradas acerca do objeto em estudo. A avaliação tem um significado importante à medida que oportuniza a todos os envolvidos no processo educativo momentos de reflexão sobre a própria prática.

Dessa forma, a avaliação abrange não só o aluno, mas todo processo pedagógico em desenvolvimento, pois visa subsidiar as decisões no sentido de sanar as dificuldades de operacionalização e assim assegurar a utilização do tempo, os recursos humanos e materiais para a efetivação dos objetivos propostos no plano de curso. Essas duas dimensões da avaliação não são estanques. A existência de um encadeamento lógico entre a programação e a execução é de primordial importância. (DAVINI, 1994).

Para Luckesi (2000), “A avaliação, como ato diagnóstico, tem por objetivo a inclusão e não a exclusão; a inclusão e não a seleção - que obrigatoriamente conduz à exclusão”. (LUCKESI, 2000, apud Sakamoto, 2008, p.172). Através dela, direciona-se o trabalho, privilegiando o aluno como um todo, como um ser social e também possuidor de experiências que devem ser valorizadas na escola.

A avaliação, considerada como um processo dinâmico, contínuo e cumulativo, inerente ao processo de ensino-aprendizagens, tem como foco as diversas atividades do cotidiano, constituindo-se em oportunidade concreta de vivência educativa, sempre pautada nos critérios de desempenho exigidos do profissional no mundo do trabalho e na sociedade, explicitados no perfil de conclusão. (ESPMT, 2011).

Dessa forma, a avaliação será realizada durante todo o processo de ensino – aprendizagem, com participação dos alunos, permitindo os ajustes necessários, a retroalimentação tanto nos indicadores de aproveitamento quanto no desenvolvimento do trabalho dos instrutores e no replanejamento dos objetivos propostos, ou seja, isto acontecerá nos momentos de planejamento e avaliação de cada etapa do curso, nos períodos de concentração e dispersão.

2.12.1 Critérios de avaliação da aprendizagem

Neste quesito, foi observado o que estabelece o Regimento Interno da ESPMT, que é a agência responsável pela formação dos trabalhadores para o SUS em Mato Grosso.

Nessa perspectiva, a avaliação se afasta da concepção de ser um julgamento sobre o educando, sobre um produto apresentado, para se constituir em um momento revelador dos caminhos e processos cognitivos percorridos por ele. Saliente-se que, neste processo de conhecer, aquilo que o educando ainda não conseguiu construir deve se constituir em pistas para a reestruturação do plano educacional elaborado pelo educador. Dessa forma, compreende-se que a relação desconhecer/conhecer é dinâmica e, de certa forma, o ato de não conhecer é transitório.

A avaliação das competências do aluno será baseada nos atributos das dimensões dos saberes/conhecimentos, do saber ser/valor e do saber fazer/habilidades, definidas nos perfis de conclusão caracterizados neste Plano de Curso e se desenvolve de forma sistemática, com ênfase nas modalidades diagnóstica e formativa, considerando a dimensão da interculturalidade e as habilidades, as experiências e competências já objetivadas na trajetória social dos alunos a partir de sua cultura indígena.

A avaliação das competências ocorre de forma contínua, por meio de:

- observação dirigida ou espontânea;
- entrevistas individuais;
- análise dos trabalhos realizados incidindo sobre competências individuais e os resultantes da participação em atividades de grupo.

A avaliação da aprendizagem do aluno será expressa de forma qualitativa, observando-se os seguintes valores e conceitos:

Conceito
CDA – competência desenvolvida e aplicada
CDP – competência desenvolvida parcialmente
CND – competência não desenvolvida
CNA – competência não avaliada

O conceito CDA (competência desenvolvida e aplicada) é referendado ao aluno que consegue desenvolver simultaneamente no decorrer do curso, nas mais variadas situações (apresentações de seminários, atendimento ao público, realização de técnicas), os conhecimentos conceituais, procedimentais e atitudinais.

O conceito CDP (competência desenvolvida parcialmente) é referendado ao aluno que desenvolve de maneira isolada os conhecimentos conceituais, procedimentais ou atitudinais.

O conceito CND (competência não desenvolvida) é aplicado ao aluno que ainda não conseguiu desenvolver os conhecimentos, procedimentais e atitudinais.

O conceito CNA (competência não avaliada) é referendado ao aluno que não se apresentou frequente às aulas. Dessa forma, não é possível avaliá-lo.

A recuperação de estudos visa proporcionar ao aluno novas oportunidades de aprendizagens, para superar dificuldades e/ou deficiências verificadas no seu desempenho escolar. (ESPMT, 2011).

Após a efetivação do processo de recuperação contínua, quando o aluno não apresentar as competências requeridas para a sua promoção, a ESPMT poderá oferecer, em último caso, a recuperação paralela, a ser ministrada pelo respectivo professor da área. As atividades especiais de recuperação serão objeto de programação específica, elaborada pelo professor e registrada no Diário de Classe. (ESPMT, 2011).

Por se tratar de um curso na modalidade de Educação Profissional, em que a frequência é obrigatória, a aprovação do aluno está condicionada à conjugação dos critérios de aproveitamento em termos de conhecimentos, habilidades técnicas e atitudes, a apuração da assiduidade e a adequação dos procedimentos face às diversas situações do atendimento na realidade do aluno.

O registro da frequência é diário, feito em instrumento próprio da ESPMT. Ao final do desenvolvimento da atividade correspondente, o registro de frequência deve,

obrigatoriamente, ser entregue ao Coordenador Local do curso devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo docente.

No caso do estágio supervisionado, o controle da frequência é feito por meio de fichas específicas assinadas pelos alunos com visto do docente. Posteriormente, cada docente faz os registros correspondentes à turma em instrumento próprio da Escola. Ao final, será entregue à Secretaria Escolar o Diário de Classe assinado pelos docentes e as fichas assinadas, individualmente, pelos respectivos alunos.

Ao final de cada etapa, teórico/prático/dispersão, o aluno deverá apresentar:

- a) competências desenvolvidas e aplicadas;
- b) frequência mínima igual ou superior a 75% da carga horária prevista para cada área;
- c) Para as atividades de Dispersão, o discente está obrigado à frequência de 100% da carga horária estabelecida no Plano do Curso.

Ao final do processo de avaliação durante todo o itinerário formativo, o aluno será considerado Técnico em Agente Comunitário Indígena de Saúde, à medida que cumprir todos os requisitos consignados neste Plano de Ensino.

2.13 INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

A execução do curso prevê baixa densidade de equipamentos tecnológicos. Serão usados equipamentos da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso conforme a necessidade do curso. Os locais do período de concentração serão indicados a cada realização da etapa.

Para a realização das etapas formativas do Curso Técnico e o acompanhamento da Dispersão, serão utilizadas as instalações das unidades de saúde do DSEI denominadas Polos-Base, os Centros Comunitários das aldeias e as escolas locais, quando estas estiverem em recesso escolar.

2.14 ACERVO BIBLIOGRÁFICO

O acervo bibliográfico da ESPMT para este curso será definido de acordo com a sua especificidade, visando atender às necessidades das Etapas Formativas do curso.

2.15 PESSOAL DOCENTE E TÉCNICO

Por não possuir um quadro permanente de docentes, a ESPMT utiliza como estratégia a seleção de instrutores e um coordenador pedagógico, por meio de Edital de

Processo Seletivo. Para o desenvolvimento deste plano de curso, o quadro docente será prioritariamente composto de profissionais que atuam no DSEI Cuiabá. Em virtude da especificidade do curso, recomenda-se que um profissional antropólogo faça parte da equipe de docentes do curso. Serão convidados representantes da medicina tradicional e tradutores indígenas a participar do quadro de instrutores em virtude do seu notório saber.

O processo de formação dos instrutores será composto de uma capacitação inicial que abordará conteúdos pedagógicos, antropológicos na área de saúde indígena, saúde coletiva e políticas de saúde para assegurar que os alunos desenvolvam as competências previstas durante o desenvolvimento do curso. O citado processo terá continuidade nas oficinas de avaliação e planejamento que antecederá a cada etapa de concentração e dispersão constantes no planejamento pedagógico. Para a capacitação de formação dos instrutores serão convidados profissionais com experiência e notório saber sobre os assuntos a serem abordados.

Será mantida pela ESPMT a supervisão técnica pedagógica em todas as etapas de avaliação e planejamento, concentração e dispersão, com objetivo de acompanhar sistematicamente as atividades pedagógicas. Tal supervisão tem caráter de suporte à prática técnica/docente.

2.16 CERTIFICADOS E DIPLOMAS

Ao final do processo formativo, será conferido diploma de Técnico em Agente Comunitário Indígena de Saúde de Saúde, Eixo Saúde e Meio Ambiente aos alunos concluintes de todas as etapas do curso que tiverem desenvolvido as competências requeridas e já possuírem o diploma do Ensino Médio.

Ao final da Etapa Formativa I, será conferido um certificado de conclusão. Ao final da Etapa Formativa II, será expedido um certificado de Agente Comunitário Indígena de Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Elaborar esta proposta de Plano de Curso foi um aprendizado significativo e singular para a autora, um verdadeiro marco na sua vida pessoal e profissional.

A discussão e a formulação de uma proposta curricular requerem um processo de construção coletiva, com a participação de todos os atores envolvidos. Dessa forma, não se tem a intenção no momento de apresentar uma proposta fechada, mas de propor uma base que servirá de referência para a equipe da ESPMT e, posteriormente, para o Distrito Sanitário Especial Indígena onde será implantado o curso. Espera-se que, após a discussão desta proposta com as instituições parceiras e os representantes indígenas, buscando a realidade posta, seja possível assegurar as especificidades dos alunos indígenas.

A proposta ora apresentada enfrenta complexos desafios, seja na construção de saberes na interface entre conhecimentos científicos e tradicionais, seja no exercício da docência em contexto intercultural e multilinguístico. Por isso, requer a participação efetiva dos atores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem, ou seja, alunos, profissionais das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, moradores das comunidades e representantes da medicina tradicional indígena. Compreende-se que o envolvimento desses autores irá proporcionar o enriquecimento do processo pedagógico e, principalmente, o reconhecimento dos saberes tradicionais.

A construção de um currículo a partir de uma concepção intercultural, necessária para lançar o desafio de se reconhecer o valor de cada cultura e de assegurar o respeito entre os diferentes grupos identitários que irão participar do processo de formação, será realizada em estudos posteriores, não sendo no momento o foco da presente proposta.

A proposta de itinerário formativo parece ser de importância para os indígenas que trabalham sem formação na assistência à saúde, uma vez que irá oportunizar que os mesmos possam iniciar o seu processo de formação mesmo sem escolaridade, na primeira etapa, e dar continuidade à formação profissional até o nível técnico, juntamente com a elevação da escolaridade até o Ensino Médio, atendendo a antigas reivindicações.

Com a apresentação deste Plano de Curso, espera-se a divulgação e o reconhecimento do tema no âmbito da ESPMT enquanto instituição formadora de recursos humanos para o SUS. Nesse sentido, propõe-se assegurar a execução desse plano de curso de forma contínua, em conjunto com os parceiros necessários para a sua viabilização financeira e logística.

Com a implantação e execução da turma piloto no DSEI Cuiabá, tem-se a expectativa de adquirir experiência necessária para a extensão do curso aos demais DSEI do Estado, bem como:

- contribuir para o fortalecimento da formação de Técnico em Agente Comunitário Indígena de Saúde articulado às instituições formadoras em Mato Grosso;
- fortalecer o processo de ensino/aprendizagem no trabalho, visando desta forma valorizar os profissionais das EMSI em atuação conjunta com os trabalhadores indígenas e os representantes dos sistemas tradicionais de cura;
- contribuir para elevação da escolaridade dos indígenas para nível médio, permitindo que possam chegar ao Ensino Superior, caso queiram;
- fortalecer o reconhecimento profissional do TACIS e do trabalhador indígena;
- definir com objetividade as responsabilidades e atribuições dos TACIS em uma perspectiva de desenvolvimento da autonomia e sustentabilidade;
- contribuir para a melhoria da qualidade da assistência à saúde e à sustentabilidade nas comunidades, uma vez que os TACIS são profissionais que efetivamente permanecem junto às suas comunidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO SAÚDE SEM LIMITES. **Referencial para a formação de agentes comunitários indígenas de saúde**: proposta elaborada pela associação saúde sem limites: programa terra firme. São Paulo: saúde sem limites 2005.

BORDENÁVE, J.E.D. Alguns fatores pedagógicos. *In*: Brasil. Ministério da Saúde. **Capacitação pedagógica para instrutor supervisor**: área da saúde. Brasília: Secretaria de Recursos Humanos, 1994

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal. 1988

_____. Lei nº 9.394, de 20/12/1996. Que estabelece as Leis de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/tvescola/leis/lein9394.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2012.

_____. Decreto n. 1.141, de 19 de maio de 1994. Dispõe sobre as ações de proteção ambiental, saúde e apoio às atividades produtivas para as comunidades indígenas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de maio de 1994.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Resolução CEB Nº4, dez. de 1999. Brasília. Disponível:<<http://portal.mec.gov.br>>. Acesso em 25 nov. 2012

_____. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CEB Nº16 de 1999. Brasília. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br>>. acesso em: 25 nov. 2012

_____. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. Decreto 5.154 / 2004.que regulamenta os artigos da LDB que tratam da educação profissional. Brasília. Disponível:<<http://portal.mec.gov.br>>. Acesso em: 26 nov. 2012.

_____.Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. Resolução nº 4, de 27 de outubro de 2005. Inclui novo dispositivo à Resolução CNE/CEB 1/2005, que atualiza as diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação para o ensino médio e para a educação profissional técnica de nível médio às disposições do Decreto nº 5.154/2004. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rceb04_05.pdf> . Acesso em: 26 de nov. 2012.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. Resolução Nº 3, de 9 de Julho de 2008. Dispõe sobre a instituição e implantação do catálogo nacional de cursos técnicos de nível médio. Disponível em:<http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/rceb003_08.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2012.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Tecnológica. **Educação profissional**: referenciais curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico. Brasília: Ministério da educação, 2000

_____. Ministério da Educação. **PROEJA**. educação profissional e tecnológica integrada à educação escolar indígena. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor**: área da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. Ministério da saúde. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde**: área profissional da saúde. Brasília: Ministério da saúde, 2004.

_____. Secretaria de Saúde Indígena. Mapa dos DSEIs. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1744>. Acesso em: 30 nov.2012.

_____. Secretaria de Saúde Indígena. Plano distrital de saúde indígena do DSEI Cuiabá, para o período 2008-2010. [S.l]. [ca. 2007]

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde**: área profissional saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Educação 2004.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Formação de agentes indígenas de saúde**. Brasília: 1999. Mimeo

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Educação profissional básica para agentes indígenas de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. Mimeo

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas**. 2 ed. Brasília, 2002. Disponível em: < [www.FUNASA.gov.br/publicações/saúde indígena](http://www.FUNASA.gov.br/publicações/saúde_indígena)>. Acesso em: 30 nov. 2012.

_____. Fundação Nacional de Saúde. Educação Profissional Básica para Agentes Indígenas de Saúde - **Módulo Introdutório**, Brasília, 2005. Disponível em: <[www.FUNASA.gov.br/publicações / saúde indígena](http://www.FUNASA.gov.br/publicações/saúde_indígena)>. Acesso em: 30 nov.2012.

_____. Fundação Nacional de Saúde **Educação profissional básica para agentes indígenas de saúde**: módulo introdutório. Brasília, 2005. Disponível em: <[www.FUNASA.gov.br/publicações / saúde indígena](http://www.FUNASA.gov.br/publicações/saúde_indígena)>. Acesso em: 30 nov.2012.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **A formação de agentes indígenas de saúde – AIS no âmbito da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**: Brasil – 1999 a 2005. Trabalho apresentado ao Primer Foro Nacional Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas. San José. Costa Rica, 2005. Mimeo

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Programa de formação de agentes indígenas de saúde – AIS**. Trabalho apresentado ao II Seminário Internacional de Práticas Educativas em Contexto Intercultural. UCDB. Campo Grande, 2006. Mimeo

_____. Fundação Nacional de Saúde. Relatório da oficina formação e inserção profissional dos agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento, Brasília, 13 a 15 de maio de, 2008. Mimeo

_____. Fundação Nacional de Saúde. DSEI CUIABÁ – Relatório geral da realização dos módulos dos Agentes Indígenas de Saúde. 2008. Mimeo.

CECÍLIO, Luíz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATOS, Ruben Araújo de (Orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2001. p. 113-127.

DAVINI, Maria Cristina. Currículo Integrado. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Geral de Recursos Humanos para o SUS. **Capacitação pedagógica para o instrutor / supervisor: área da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. p.39-55

DELUIZ, Neise. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. In: **Boletim Técnico de SENAC**, vol. 27, n. 3, 2001.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **Projeto político pedagógico do curso de agente comunitário indígena de saúde para o Amazonas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, versão final revisada em 2012. Mimeo

_____. Plano de curso técnico em agente comunitário indígena em execução no DSEI do Rio Negro - Amazonas. Rio de Janeiro, [2012]. Mimeo.

FERREIRA, Luciane Ouriques. **Entre discursos oficiais e vozes indígenas sobre gestação e parto no Alto Juruá**: a emergência da medicina tradicional indígena no contexto de uma política pública. 2010. Tese (Doutorado em Antropologia) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

FRANCHETTO, Bruna (Org.). Uma **sociedade multilíngue**: museu do índio. Rio de Janeiro: FUNAI, 2011

GALLOIS, Dominique Tilkin. Cultura “indígena” e sustentabilidade: alguns desafios. **TELLUS**, campo Grande, ano 5, n. 8/9, p. 31-35, abr./out, 2005.

GARNELO, Luiza. **Política de saúde dos povos indígenas no Brasil**: análise Situacional do Período de 1999 a 2004. Documento de trabalho n. 9. [S.I]: Porto Velho, 2004

_____ et al. Formação Técnica de agente comunitário indígena de saúde: uma experiência em construção no Rio Negro. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.373-385, jul./out. 2009

_____; PONTES, Ana Lucia (Orgs.). **Saúde Indígena**: uma introdução ao tema. Brasília: Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização Diversidade e inclusão, 2012. (Coleção Educação Para Todos)

_____ Luiza. Política de saúde indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção a saúde. In: GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lucia (Orgs.). **Saúde Indígena**: uma introdução ao tema. Brasília: Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização Diversidade e inclusão, 2012. p. 18-58

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**: Características gerais dos indígenas: resultados do universo. Disponível em: <www.ibge.gov.br/presidencia/noticias>. Acesso em: 28/11/2012

LANGDON, Ester. Jean. *et al.* A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2637-2646, dez. 2006.

MATO GROSSO (ESTADO). Conselho Estadual de Educação de Mato Grosso. Resolução normativa 004/2011-CEE/MT fixa normas para a oferta da Educação Básica, na modalidade de Educação Profissional Técnica de Nível Médio, para o Sistema Estadual de Ensino, e dá outras providências. Disponível em:< <http://www.cee.mt.gov.br>> Acesso em: 06 dez. 2012

_____. Conselho Estadual de Educação de Mato Grosso. Resolução Normativa 176/2001 - CEE/MT 176/04 que normatiza o estágio curricular dos cursos de Educação Profissional. Disponível em:< <http://www.cee.mt.gov.br>>. Acesso em: 27 nov. 2012

_____. Escola Técnica de Saúde - MT. **Projeto Xamã**. Cuiabá: Escola de Saúde Pública de Mato Grosso, 1997. Mimeo

_____. Escola Técnica de Saúde. **Relatório projeto Xamã**. Cuiabá: Escola de Saúde Pública de Mato Grosso, 1998. Mimeo

_____. Escola Técnica de Saúde. **Proposta de ampliação do curso de formação em auxiliar de enfermagem para indígena, 1999/2000**. Cuiabá: Escola de Saúde Pública de Mato Grosso, 1999. Mimeo

_____. Escola Técnica de Saúde. **Relatório das atividades do curso de auxiliar de enfermagem indígena – Projeto Xamã**. Cuiabá, 2000. Mimeo

_____. Escola de Saúde Pública de Mato Grosso. **Plano de desenvolvimento institucional da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso**. Cuiabá: Escola de Saúde Pública de Mato Grosso, 2010. Mimeo

_____. Escola de Saúde Pública de Mato Grosso. **Regimento interno da Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso**. Cuiabá: Escola de Saúde Pública de Mato Grosso, 2010. Mimeo

_____. Escola de Saúde Pública de Mato Grosso. **Relatório da secretaria escolar**: curso de auxiliar de enfermagem indígena – Projeto Xamã. Cuiabá, 2000. Mimeo

_____. Escola de Saúde Pública de Mato Grosso. **Plano de curso do agente comunitários em saúde da Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso**. Cuiabá: Escola de Saúde Pública de Mato Grosso, 2010. Mimeo

_____. Escola de Saúde Pública de Mato Grosso. **Plano do curso técnico de vigilância em saúde da escola de saúde Pública do Estado de Mato Grosso**. Cuiabá: Escola de Saúde Pública de Mato Grosso, 2010. Mimeo

_____. Escola de Saúde Pública de Mato Grosso. Proposta de organização curricular do curso Auxiliar de Saúde Bucal Indígena **da escola de saúde Pública do Estado de Mato Grosso**. Cuiabá: Escola de Saúde Pública de Mato Grosso, 2012. Mimeo

_____. Secretaria de Estado de Educação de Mato Grosso. **Proposta pedagógica de escolarização para agentes indígenas de saúde (Texto preliminar)**. ensino fundamental – aceleração. Escola Estadual Antonio Casagrande. Secretaria de Estado de Educação de Mato Grosso: Cuiabá , 2002.

MARQUES, Irania Maria da Silva Ferreira. **A política de atenção á saúde indígena: implementação do distrito sanitário especial indígena de Cuiabá – Mato Grosso**. 2002. 228 f. (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.); DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 30 ed. Petrópolis: Vozes, 2011

NOVO, Marina Pereira. Saúde e interculturalidade: a participação dos Agentes Indígenas de Saúde/ AISs do Alto Xingu. **Revista de Antropologia Social dos alunos do PPGAS-UFSCar**, v.1, n.1, p. 122-147, 2009.

NOVO, Marina Pereira. **Os agentes indígenas de Saúde do Alto Xingú: o agente indígena de saúde: uma posição de fronteira e seus espaços de inserção**. Brasília: Paralelo 15, 2010. p. 129-153

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. Identidade étnica, reconhecimento e o mundo moral. in: **Revista ANTHROPOLÓGICAS**, ano 9, v. 16, n. 2, p. 9-40, 2005.

OLIVEIRA, Solange de Carvalho. **A produção da subjetividade de índios/agentes de saúde: embates epistêmicos**. 2009. 159 f. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Educação da Universidade Federal Fluminense, Niteroi, 2009. Disponível em: <http://www.uff.br/pos_educacao/joomla/images/stories/Teses/solange%20de%20carvalho.pdf>_ Acesso em: 01 dez. 2012

Organização Mundial da Saúde. Organização Panamericana da Saúde. **Incorporación del Enfoque Intercultural de la Salud en La Formación y Desarrollo de Recursos Humanos**. 1988, p 24. Mimeo

PELEGRINI, Marcos Antonio. **Aprender participando**. Trabalho da disciplina Antropologia da Educação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, 2002. Mimeo.

PEREIRA, Isabel Brasil. **A formação profissional em serviço no cenário do Sistema Único de Saúde**. 2002. 283 f. il. (Tese de Doutorado) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002

PONTES, Ana Lúcia; STAUFFER, Anakeila; GARNELO, Luiza. Profissionalização indígena no campo da saúde: desafios para a formação técnica de agentes indígenas de saúde. In:_____. **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização Diversidade e inclusão, 2012. p. 264-268.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Escola Técnica de Saúde Enfermeira Izabel do Santos. **Guia curricular do curso técnico em agente comunitário de saúde**: área curricular I. a promoção da saúde. Rio de Janeiro, 2006.

_____. Escola Técnica de Saúde Enfermeira Izabel do Santos. **Projeto pedagógico do curso técnico em agente comunitário de saúde**. Rio de Janeiro, 2005. Mimeo.

_____. Escola Técnica de Saúde Enfermeira Izabel do Santos. **Plano de curso do agente Comunitário em Saúde da Escola Técnica Izabel Santos**. Rio de Janeiro, 2005. Mimeo.

SANTOS, Gersem Luciano dos. **Os saberes indígenas e a escola**: e possível e desejável uma escola indígena diferenciada e intercultural? - Apresentado na XV ENDIPE 2010 - UFMG / Belo Horizonte-MG.

SANTOS, Elcicléia Faria dos; DANIEL, Laura. Educação escolar indígena e sua interfaces com o campo da saúde. In: _____. **Saúde Indígena**: uma introdução ao tema. Brasília: Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização Diversidade e inclusão, 2012. p. 24-263.



**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE**

**DE AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE À AUXILIAR DE ENFERMAGEM
UM PASSO CONCRETO....**

A questão da saúde indígena no Brasil tem sido ultimamente tema de importantes debates e de tomada de decisões que alteram o quadro de atendimento às comunidades indígenas.

Destaca-se a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas-DSEI, pelo Ministério da Saúde / Fundação Nacional de Saúde , que recentemente recebeu a responsabilidade de gerir as ações de saúde indígena. Sendo a formação de Recursos Humanos para atuar nesta área um dos seus objetivos .

No Estado de Mato Grosso, o processo de formação dos Agentes Indígenas de Saúde é uma realidade que já vem sendo construída . Várias reuniões aconteceram com a participação Sec. de Estado de Saúde , Sec. de Estado de Educação, Fundação Nacional de Saúde, Coord. de Assuntos Indígenas de Mato Grosso, Fundação Nacional do Índio, Universidade Federal de Mato Grosso, Universidade Federal de São Paulo, ONG's, Lideranças Indígenas, buscando a concretização das propostas oriundas das reivindicações indígenas.

Desta forma a organização do curso de formação em Auxiliar de Enfermagem - PROJETO XAMÃ , pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, através da Escola Técnica de Saúde , visa a formação de índios para atuarem em sua comunidade com membros das equipes de saúde compostas para os DSEI .

O Projeto abrange cinco regiões :

- Região de Barra do Garças : com 30 alunos da etnia Xavante;
- Região de Rondonópolis: com 22 alunos das etnias Bakairi e Bororo;



SUS Sistema Único de Saúde

Av. Adauto Botelho, s/n - Coophema - Fones: 613-2222
CEP 78005-740 - Cuiabá - MT - Fax: (065) 613-2223



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE

- Região de São Félix do Araguaia: com 19 alunos das etnias Tapirapé e Karajá;
- Região de Tangará da Serra : com 29 alunos das etnias Arara, Cinta Larga, Irantxe, Kayabi, Nambikwara, Paresi, Rikbtsa;
- Região do Xingú : com 16 alunos das etnias Aweti, Cuicuro, Ikpeng, Juruna, Kalapalo, Kamayurá, Kayabi, Matipu, Meinaco, Nafuká, Suiá, Trumai, Yawalapiti, Waurá . Nesta região o curso é desenvolvido em parceria com a UNIFESP .

A metodologia utilizada no curso é a problematizadora, adequada para o ensino serviço, pois leva em consideração a realidade do aluno como base de construção de novos conceitos. A carga horária total é de 1440 horas, distribuídas em sete etapas de Concentração/Dispersão .

A estrutura organizacional dos curso é a seguinte :

Oficina de planejamento e Capacitação : período onde os instrutores e coordenação avaliam e planejam as etapas de Concentração .

Etapa de Concentração : período em que os alunos, através de um trabalho coletivo, constroem os conceitos necessários para o exercício da função de Auxiliar de Enfermagem . Este é um espaço para se pensar, planejar, e avaliar os trabalhos que estão sendo desenvolvidos nas aldeias e acrescentando a estes, novos conceitos que possam auxiliar na execução e organização dos serviços de saúde .

Etapa de Dispersão : período em que os cursistas estão atuando em suas comunidade com acompanhamento dos Enfermeiros instrutores. Momento em que o aluno é avaliado no seu desempenho . Avalia-se também os objetivos traçados pela etapa de concentração .



SUS Sistema Único de Saúde

Av. Adauto Botelho, s/n - CoopHEMA - Fones: 613-2222
CEP 78005-740 - Cuiabá - MT - Fax: (065) 613-2223



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE

Foi oferecido aos cursistas , durante as etapas de concentração, uma complementação na formação geral nas áreas de ; Linguagem, Matemática, Ciências Sociais e Ciências Naturais em nível do Ensino Fundamental . Esta atividade foi acompanhada pela Secretaria de Educação do Estado de Mato Grosso .

O curso está autorizado pelo Conselho Estadual de Educação através da Portaria n.º 154/1999/CEE . ao término do mesmo os alunos receberão o Certificado de Auxiliar de Enfermagem e o de conclusão do Ensino Fundamental, para aqueles que ainda não obtiveram essa titulação.

O fator mais importante é o que a formação busque instrumentalizar o aluno para a extensão da cobertura das ações de saúde nas comunidade indígenas, numa proposta de ação conjunta com equipes de saúde, dentro de uma realidade geográfica e culturalmente diferenciada, o Distrito Sanitário Especial Indígena .

Coordenação Executiva

Maria das Graças O. de Figueiredo – Escola Técnica

Tânia Maria Ferreira – Escola Técnica

Geraldo Grossi Júnior – Sec. de Educação

Irânia Marques – Fund. Nacional de Saúde



SUS

Sistema
Único
de Saúde

Av. Adauto Botelho, s/n - Coophema - Fones: 613-2222
CEP 78005-740 - Cuiabá - MT - Fax: (065) 613-2223



**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE**

**GRADE CURRICULAR PARA O CURSO DE FORMAÇÃO DE AUXILIAR
DE ENFERMAGEM INDÍGENA**

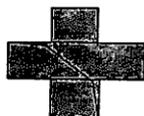
I – Objetivos

1. Profissionalizar 120 Agentes de Saúde Indígena de 30 etnias do Estado de Mato Grosso.
2. Capacitar os alunos para intervir política e administrativamente no processo de implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.
3. Implementar processos de melhoria de qualidade dos serviços desempenhados pelos alunos.

II – Metodologia

A metodologia utilizada será a Problematizadora, referenciada na pedagogia histórico crítica. Esta abordagem metodológica têm sido usada com sucesso na área de saúde desde 1982, em processo pedagógicos de formação em serviço e educação permanente. Privilegiada as experiências de trabalho e a realidade sócio cultural do mesmo, possibilitando aos alunos construir coletivamente o conhecimento, partindo de situações problema, daí a denominação de problematização.

Deste modo, os conteúdos do curso vão sendo organizados pelos professores instrutores no processo de trabalho, e mediante oficinas de planejamento e Avaliação, que subsidiam as etapas subsequentes.



SUS
Sistema
Único
de Saúde

Av. Adauto Botelho, s/n - Coophema - Fones: 613-2222
CEP 78005-740 - Cuiabá - MT - Fax: (065) 613-2223



**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE**

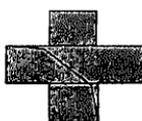
O movimento do curso caracteriza-se em etapas de Concentração, perfaz uma carga horária de 800 horas nas quais os alunos de diferentes localidades serão reunidos em uma cidade de referência, para trabalharem os conteúdos teóricos/científicos necessários à sua profissionalização. Entre as etapas de Concentração se darão as de Dispersão, nas quais os alunos retornam a suas áreas de origem (aldeias e postos de indígenas) para desenvolver atividades práticas sob supervisão, de modo a confrontar teoria e prática e elaborar novos conhecimentos, preenchendo uma carga horária de 640 horas.

III – Princípios Curriculares

Buscando romper com uma concepção dicotômica entre educação e prática social o projeto deve constituir-se em processo de conhecimento integrado as práticas vividas ao invés de ser imposto como algo estranho a experiência e desejo o indivíduo e do grupo.

A perspectiva que orienta este projeto estará presente nessas práticas sociais significativas constituindo um currículo sob a forma potencial " um currículo emergente ", a ser constituído coletivamente na interação de todos os participantes do processo e na incorporação da experiência a profissional de todos alunos nesta concepção curricular o importante não são os conhecimentos ou idéias nem os comportamentos corretos e fáceis que se espera, mas sim o aumento da capacidade do aluno para detectar os problemas e buscar para eles soluções originais e criativas.

Os três eixos fundamentais do desenvolvimento das comunidades indígenas estão baseadas em seu território, língua e cultura. Portanto os eixos fundamentais do currículo do programa de formação de auxiliar de enfermagem indígena.



SUS Sistema Único de Saúde.

Av. Adauto Botelho, s/n - Coophema - Fones: 613-2222
CEP 78005-740 - Cuiabá - MT - Fax: (065) 613-2223



**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE**

TERRA

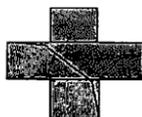
Constituída pelo conjunto dos recursos naturais e tecnologias que foram a base material da reprodução natural do grupo social. Implica no acesso, uso racional e conservação de tais recursos o que assegura a sobrevivência das futuras gerações.

LÍNGUA

A língua indígena, a nível oral e escrito, revela e determina (constrói) a estrutura do pensamento indígena e sua conservação cultural; possibilita a produção e reprodução do conhecimento e dos valores através do programa educativo.

CULTURA

Constitui é constituída pelo conjunto dos valores sociais, modo de entender fazer e viver, enfim nas ações e seus significados no tempo e no espaço, expressos nas práticas sociais e viver cotidianas de determinados grupos sociais, nos bens de sua cultura material e intelectual. Possibilita revitalização do grupo indígena, sendo um ponto de partida para o estabelecimento do processo educativo intelectual.



SUS Sistema
Único
de Saúde.

Av. Adauto Botelho, s/n - Coophema - Fones: 613-2222
CEP 78005-740 - Cuiabá - MT - Fax: (065) 613-2223



**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE**

IV – AVALIAÇÃO

Avaliação será contínua, formativa e processual. Assim o cursista e seu desempenho cognitivo e técnico não serão os únicos aspectos a serem avaliados. Avaliação incidirá sobre aspectos globais do processo, inserindo tanto as questões ligadas ao processo ensino- aprendizagem , como as que se referem à intervenção do professor e do instrutor, ao currículo do curso, à organização do trabalho, à função socializadora e cultural e ao trabalho técnico cotidiano do aluno.

Entendido dessa forma , o processo avaliativo inclui todas as ações do curso e cria também, seus instrumentos próprios para registro da avaliação: haverá registros que darão conta do curso como um todo, dos caminhos percorridos, da população de cada etapa, haverá outros de darão conta do processo individual de cada aluno.

O aluno que não obtiver o desempenho apto permanecerá em processo de recuperação e novas avaliações, até que supere as dificuldades apresentadas. Em se tratando do aluno, que já atua na área da saúde , seu desempenho deverá ser sempre suficiente pois caso contrário, estaria colocando em risco os usuários dos serviços de saúde.

Os instrumentos utilizados no processo de avaliação são fichas de acompanhamento de procedimentos, fichas de registro de fatos, fichas de avaliação final, atividades de lápis e papel (exemplo em anexo).



SUS

Sistema
Único
de Saúde

Av. Adauto Botelho, s/n - CoopHEMA - Fones: 613-2222
CEP 78005-740 - Cuiabá - MT - Fax: (065) 613-2223



**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE**

**GRADE CURRICULAR PARA O CURSO DE FORMAÇÃO DE AUXILIAR
DE ENFERMAGEM INDÍGENA**

ÁREA I : CONHECENDO A FAMÍLIA INDÍGENA/PROMOVENDO A TROCA DE
EXPERÊNCIA EM SAÚDE.

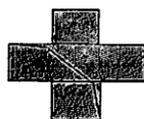
CARGA HORÁRIA: CONCENTRAÇÃO : 208 HORAS
DISPERSÃO : 160 HORAS

TEMA: 1º - Reflexão sobre Formação e Profissionalização nas áreas indígenas.
2º - Processo saúde/doença
3º- Saúde e Meio Ambiente
4º- Saúde da Família Indígena

ÁREA II : “ ROMPENDO A CADEIA DE TRANSMISSÃO DAS DOENÇAS/
PREVENINDO O RISCO NA RELAÇÃO INTERCULTURAL “.

CARGA HORÁRIA: CONCENTRAÇÃO : 304 HORAS DIVIDIDAS EM 02
ETAPAS

DISPERSÃO: 160 HORAS
NÚCLEO COMUM : 120 HORAS –Ensino Fundamental



SUS Sistema
Único
de Saúde

Av. Adauto Botelho, s/n - Coophema - Fones: 613-2222
CEP 78005-740 - Cuiabá - MT - Fax: (065) 613-2223



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE

TEMA: . 1º - Saúde e Meio Ambiente
2º - Promoção em Saúde
3º - Intervenção de enfermagem nas Doenças Transmissíveis de acordo com o perfil epidemiológico das áreas de abrangência.
4º - Técnicas de Enfermagem

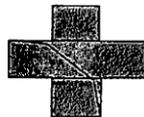
ÁREA III: “ PARTICIPANDO DO PROCESSO DE RECUPERAÇÃO DA SAÚDE, IDENTIFICANDO AS MUDANÇAS PROVENIENTES DA RELAÇÃO INTERCULTURAL “.

CARGA HORÁRIA: CONCENTRAÇÃO : 192 HORAS DIVIDIDAS EM 03 ETAPAS.

DISPERSÃO: 160 HORAS

NÚCLEO COMUM: 527 HORAS DIVIDIDAS EM 03 ETAPAS (Ensino Fundamental).

TEMA: 1º - Reflexão sobre as mudanças provenientes da relação intercultural e seu impacto na saúde;
2º - Desenvolvimento auto- sustentável na relação intercultural;
3º - Mudanças no Perfil Epidemiológico das Populações Indígenas: doenças não transmissíveis e transtornos mentais;
4º- Intervenção de Enfermagem nas Urgências e Emergências.



SUS

Sistema
Único
de Saúde

Av. Adauto Botelho, s/n - Coophema - Fones: 613-2222
CEP 78005-740 - Cuiabá - MT - Fax: (065) 613-2223



**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE**

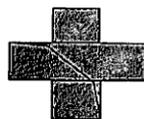
ÁREA IV: "ORGANIZANDO E DESENVOLVENDO O PROCESSO DE TRABALHO – A CONSTRUÇÃO DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA. "

CARGA HORÁRIA : CONCENTRAÇÃO: 96 HORAS

DISPERSÃO : 160 HORAS

NÚCLEO COMUM: 120 HORAS – Ensino Fundamental

TEMA: 1º - Políticas de Saúde e Saúde Indígena;
2º- Organização dos Serviços de Saúde: noções de administração, planejamento e vigilância à saúde . Conceitos de
3º- Participação e Construção do DSEI enquanto processo social;
4º- Gerência e gestão do DSEI; instrumentos de trabalho; noções de epidemiologia, estatística, demografia e sistema de informação .



SUS

Sistema
Único
de Saúde

Av. Adauto Botelho, s/n - Coophema - Fones: 613-2222
CEP 78005-740 - Cuiabá - MT - Fax: (065) 613-2223