



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ASSOCIADO EM ENFERMAGEM**

**ANÁLISE DA CAPACITAÇÃO DOS ENFERMEIROS QUE ATUAM NA
ATENÇÃO À SAÚDE DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS**

MARIA LUIZA CARVALHO DE OLIVEIRA

MANAUS

2013

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ASSOCIADO EM ENFERMAGEM**

MARIA LUIZA CARVALHO DE OLIVEIRA

**ANÁLISE DA CAPACITAÇÃO DOS ENFERMEIROS QUE ATUAM NA
ATENÇÃO À SAÚDE DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas – UFAM em ampla associação com Universidade Estadual do Pará - UEPA, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem área de Educação e Tecnologias de Enfermagem para o Cuidado em Saúde a Indivíduos e Grupos Sociais.

Orientadora: Prof^a Dr^a Nair Chase da Silva

MANAUS

2013

Ficha Catalográfica
(Catalogação realizada pela Biblioteca Central da UFAM)

O48a Oliveira, Maria Luiza Carvalho de.
Análise da capacitação dos enfermeiros que atuam na atenção à saúde das populações indígenas / Maria Luiza Carvalho de Oliveira. - 2013.
136 f. : il. ; 31 cm.
Dissertação (Mestre em Enfermagem) — Universidade Federal do Amazonas.
Orientador: Profª. Drª. Nair Chase da Silva.

1. Enfermeiros – Orientação profissional 2. Enfermeiros – Treinamento
3. Enfermeiros – Estudo e ensino I. Silva, Nair Chase da (orientador) II.
Universidade Federal do Amazonas III. Título

CDU (2007): 614.253.5(043.3)

MARIA LUIZA CARVALHO DE OLIVEIRA

**ANÁLISE DA CAPACITAÇÃO DOS ENFERMEIROS QUE ATUAM NA
ATENÇÃO À SAÚDE DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em oito de novembro de dois mil e treze, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Amazonas e Universidade Estadual do Pará, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Enfermagem**; Linha de Pesquisa: **Educação e Tecnologias de Enfermagem para o Cuidado em Saúde a Indivíduos e Grupos Sociais**.



Dr^a Sandra Greice Becker
Coordenadora do PPGEnf

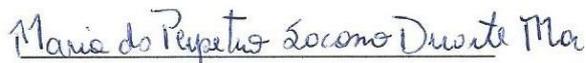
Banca Examinadora:



Dr^a Nair Chase da Silva
Presidente



Dr^a Evelyne Marie Therese Mainbourg
Membro



Dr^a Maria do Perpétuo Socorro Duarte Marques
Membro

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação à minha família, base do meu sucesso, que acredita em mim e me apóia em todos os momentos. Aos colegas enfermeiros (as) por enfrentar o desafio do trabalho na assistência à Saúde Indígena.

AGRADECIMENTOS

Obrigada Deus pela minha vida abençoada e aumentar a minha fé, mostrando provas de Sua fidelidade e misericórdia divina.

Agradeço ao meu pai Luiz Reis de Oliveira e à minha mãe Maria das Graças Carvalho de Oliveira por me mostrar a importância do alicerce familiar, me ensinar valores e o gosto pelos estudos. Por me mostrar o que é perseverança, confiança, fé e não me deixar desistir. Obrigada pela mais rica herança que vocês poderiam me deixar: o conhecimento.

À minha querida irmã Hilda Leonor Carvalho de Oliveira pela cumplicidade, pelos conselhos, pela força e por acreditar que tudo vai dar certo.

Agradeço aos meus tios e tias que rezam por mim e celebram minhas vitórias. A todas as minhas primas, em especial a Dárida, Juliana, Andréa, Kelly, Fabíola e Elinete pela torcida em prol do meu sucesso e por compreender minhas ausências nas reuniões familiares.

À minha orientadora Dr^a Nair Chase Silva, que me acompanhou nesta caminhada, ao meu lado, com paciência, serenidade e dedicação. Obrigada pela disponibilidade, pelo comprometimento, pelas orientações e ensinamentos.

À minha ex-orientadora de PIBIC, Dr^a Sandra Greice Becker, que me introduziu e me mostrou o maravilhoso mundo da pesquisa, incentivando-me sempre pela busca do crescimento profissional.

Aos meus colegas do mestrado, turma de 2010 que me incentivou na busca pelo sonho do mestrado, turma de 2011 que percorreu comigo esse caminho difícil com alegria e motivação e turma de 2012 que torce por mim.

Aos participantes deste estudo, colegas enfermeiros (as), verdadeiros guerreiros (as), pela dedicação no trabalho, que mesmo nas dificuldades, desempenham uma função maravilhosa de promover saúde à população indígena na esperança de dias melhores.

À Universidade Federal do Amazonas e à Escola de Enfermagem de Manaus, minha casa de estudos que ensinou o ser enfermeira. Obrigada pela oportunidade de realizar meu sonho de ser a profissional que sou hoje.

Aos meus colegas de trabalho, professores do Departamento de Enfermagem Fundamental e do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública pela compreensão e pelo incentivo na busca do enriquecimento profissional.

Ao PPGEnf, por oportunizar o aprendizado e a participação no colegiado como representante acadêmica. Obrigada a todos os professores que fazem parte do programa pelos ensinamentos, conversas e sugestões.

À CAPES pelo apoio financeiro.

Ao NIPES meu primeiro grupo de pesquisa que me ensinou a trabalhar em equipe.

Ao GPESEn que me acolheu durante o mestrado, compartilhando dos mesmos interesses de crescimento no campo da pesquisa.

Ao DSEI/MAO que me acolheu na coleta de dados, agradeço, em especial, à Janiacley Reis Mendonça do Setor de Capacitação pela disponibilidade e pelo apoio.

A todos aqueles que contribuíram de alguma forma para a realização desse sonho.
Meus profundos agradecimentos. Obrigada!

EPÍGRAFE

“Entrega o teu caminho ao Senhor,
confia nEle, e Ele tudo fará”.

(Sl 37:5)

RESUMO

Introdução: As necessidades de saúde da população, da gestão e do controle social são referências para o desenvolvimento do Programa de capacitação destinado a profissionais da saúde. Diante disso, a pesquisa propôs responder: como está estruturado o programa de capacitação para enfermeiros que atuam no Distrito Sanitário Especial Indígena Manaus – DSEI/MAO? Quais os componentes essenciais de um programa de capacitação na opinião dos enfermeiros que atuam nesse distrito? **Objetivo:** Analisar o programa de capacitação para enfermeiros que atuam em área indígena no DSEI/MAO. **Metodologia:** Pesquisa descritiva exploratória. Utilizou-se como técnicas de coleta de dados a análise documental de sete Projetos de Atividades de Capacitação realizadas no período de agosto de 2007 a agosto de 2012; questionário e entrevista semiestruturada com 12 enfermeiros e coordenadora pedagógica. A análise dos dados deu-se através da técnica de análise de conteúdo de Bardin. **Análise e Discussão dos Resultados:** O perfil dos enfermeiros se caracterizou pela predominância do sexo feminino, com idade que varia de 28 a 40, de cor ou raça parda. A maioria tem em tempo de formado quase o mesmo de atuação em área indígena. Os enfermeiros fizeram menos de duas capacitações com enfoque em saúde indígena por ano. Os processos formativos que compõem o programa de capacitação foram organizados em diagnóstico, planejamento, execução e avaliação. O diagnóstico ocorreu através do levantamento de temas realizado pela coordenadora pedagógica, coordenadores dos programas de saúde e enfermeiros, e pelo alcance ou não das metas pactuadas. O Projeto de Atividade de Capacitação é a materialização do planejamento anual e foram elaborados pela coordenadora pedagógica tanto nos aspectos operacionais quanto pedagógicos. A participação dos enfermeiros é passiva, denotando a necessidade do planejamento participativo. Em relação à execução, as capacitações constituíram-se em atividades de atualização, de curta duração, com carga horária entre 24 a 40 horas. As capacitações tiveram, predominantemente, o objetivo de habilitar tecnicamente os enfermeiros para o desenvolvimento de programas de saúde e, secundariamente, abordar conteúdos relacionados à cultura, crença e diversidade étnica das populações indígenas. A maioria das capacitações utilizou a metodologia problematizadora. A avaliação esteve focada a verificar a opinião dos participantes referente à execução das capacitações. Em relação aos componentes essenciais da política de formação os enfermeiros referiram ser necessário: prática concomitante à teorização durante a capacitação, valorização da vivência dos profissionais em área indígena, inclusão de conteúdos de abordagem antropológica enfocando as especificidades étnicas, disponibilidade de material didático com enfoque na saúde indígena; participação de toda a equipe de enfermagem nas atividades, regularidade e maior frequência nas capacitações e comprometimento da equipe envolvida na saúde indígena. **Considerações Finais:** Ao trazer questões relacionadas à capacitação de profissionais, este estudo tornou possível concluir que as capacitações apresentaram fragilidades relacionadas ao enfoque indígena, pois dão pouca ênfase na diversidade étnica das populações indígenas. A descontinuidade prejudica no processo de ensino-aprendizagem e a pouca frequência não atende as necessidades de atualização dos enfermeiros. A metodologia da problematização norteia as capacitações, direcionando as atividades para a abordagem do contexto diferenciado da saúde indígena. Na opinião dos enfermeiros, as atividades de capacitação oferecidas pelo DSEI/MAO tornaram-se fundamentais para a mudança de comportamento na prática de saúde indígena e melhoria do serviço.

Palavras-chaves: Capacitação, Enfermagem, Saúde de Populações Indígena.

ABSTRACT

Introduction: The training program in health must take into account the needs of the population, management and social control to assess the practices of health and the professionals' education. Therefore, the research proposed to answer the following questions: how is structured the training program for nurses working in Indigenous Special Sanitary District Manaus/Amazonas/Brazil? What are the essential components of a training program in the opinion of nurses working in this district? **Objective:** To analyze the training program for nursing staff that acts on indigenous area in the Indigenous Special Sanitary District Manaus/Amazonas/Brazil. **Methodology:** A descriptive exploratory research where we used the following data collection techniques: documentary analysis of the Training Activities Projects carried out from August 2007 to August 2012; questionnaire and semi structured interviews with 12 nurses and with the pedagogical coordinator. The data analysis was performed based on Bardin's technique for content analysis. **Analysis and Discussion of Results:** The profile of the nurses was characterized by a predominance of females, with ages ranging from 28 to 40, light brown color or mulatto. Most have worked in the indigenous area for almost the same time they have as graduated. The nurses participated in less than two trainings with a focus on indigenous health a year. The formative processes which make up the training program were organized in diagnosis, planning, implementation and evaluation. The diagnosis occurred by a survey of subjects conducted by the pedagogical coordinator, health program coordinators and nurses, and by the achievement or not of agreed targets. The Training Activity Project is the materialization of the Annual Planning for Training and of the Multi-Year Planning for Training. The Projects were developed by the pedagogical coordinator in both operational and pedagogical aspects. The participation of nurses is passive, denoting the need for participatory planning. Regarding the implementation, the trainings consisted in activities for updating, short-term, whose workload ranged between 24 and 40 hours. The trainings were predominantly aimed at technically enabling nurses to develop health programs and secondarily at approaching content concerning culture, belief and ethnic diversity of indigenous populations. Most of the trainings made use of the questionable methodology. The evaluation was focused to verify the participants' opinions on the implementation of trainings. Regarding the essential components of training policy, nurses reported being necessary: concomitant practice to theory during training, enhancement of professional experience in the indigenous area, anthropological approach content focusing on the ethnic, availability of didactics material with a focus on indigenous health; participation of all nursing staff in activities; regularity and frequency in trainings and commitment of the staff involved in indigenous health. **Final Thoughts:** By bringing issues related to professionals training, this study has concluded that the trainings had weaknesses regarding the indigenous approach, as they give little emphasis on ethnic diversity of indigenous populations. The discontinuity affects the teaching-learning process and the low frequency does not achieve the needs of nurses to get updated. The questionable methodology guides the trainings, directing activities to the differentiated context approach of indigenous health. In nurses' conceiving, the training activities offered by the Indigenous Special Sanitary District Manaus/Amazonas/Brazil have become fundamental to behavior change in the practice of indigenous health and service improvement.

Keywords: Training, Nursing, Indigenous Populations Health.

LISTA DE SIGLAS

AIS	Agente Indígena de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
CASAI	Casa de Saúde Indígena
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNSI	Conferência Nacional de Saúde Indígena
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
DSEI/ARN	Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Negro
DSEI/MAO	Distrito Sanitário Especial Indígena Manaus
EMSI	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IES	Instituições de Ensino Superior
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
MS	Ministério da Saúde
NOC	Norma Orientadora de Capacitação
ONG	Organizações Não Governamentais
OPS	Organização Pan-Americana de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAC	Planejamento Anual de Capacitação
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PNEPS	Política de Educação Permanente em Saúde
PPA	Plano Plurianual
PPC	Projeto Pedagógico de Curso
PSF	Programa Saúde da Família
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SISVAN	Sistema de Informação em Vigilância Nutricional e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSAM	Secretaria de Saúde do Amazonas
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Esquema das Principais Tendências Pedagógicas no Brasil.....	30
Figura 2 –	Mapa do Brasil com a localização dos DSEIs.....	40
Figura 3 –	Mapa do Estado do Amazonas com a localização dos DSEIs.....	41
Figura 4 –	Modelo de Organização dos Serviços de Saúde nos DSEIs.....	42
Figura 5 –	Mapa da abrangência territorial do DSEI/MAO.....	43
Figura 6 –	Esquema Organizacional do Planejamento das Capacitações no DSEI/MAO segundo a NOC.....	67

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Classificação das capacitações segundo a NOC.....	49
Quadro 2 –	Caracterização dos projetos de atividades de capacitação quanto ao ano/carga-horária/profissionais envolvidos.....	76
Quadro 3 –	Tema, justificativa e objetivo das capacitações.....	78
Quadro 4 –	Módulo prático nas atividades de capacitação do DSEI/MAO.....	93

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Número de artigos encontrados nas bases de dados sob os descritores ‘enfermagem’ e ‘saúde indígena’ por área temática do artigo.....	20
Tabela 2 –	Número de artigos encontrados nas bases de dados sob os descritores ‘capacitação’ e ‘enfermagem’ por área temática do artigo.....	20
Tabela 3 –	Composição da equipe multidisciplinar de saúde nos Pólos Base do DSEI/MAO.....	44
Tabela 4 –	Comparativo da disposição de enfermeiros por Pólos Base do DSEI/MAO nos anos de 2012 e 2013.....	57
Tabela 5 –	Número de enfermeiros em relação ao tempo de formado em anos no curso de graduação em enfermagem.....	58
Tabela 6 –	Característica das instituições de formação dos enfermeiros do DSEI/MAO.....	59
Tabela 7 –	Relação das especialidades dos enfermeiros do DSEI/MAO.....	62
Tabela 8 –	Estratégias de ensino utilizadas nas capacitações para os enfermeiros de área indígena do DSEI/MAO.....	82
Tabela 9 –	Frequência com que as atividades de capacitação com enfoque em saúde indígena orientam os enfermeiros para a assistência da saúde indígena.....	89

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
2. JUSTIFICATIVA.....	19
3. OBJETIVOS.....	22
3.1 Objetivo Geral.....	22
3.2 Objetivos Específicos.....	22
4. REVISÃO DE LITERATURA.....	23
4.1 Capacitação dos Profissionais de Saúde.....	23
4.1.1 Capacitação dos Profissionais de Saúde e Educação em Serviço.....	25
4.1.2 Capacitação dos Profissionais de Saúde e Educação Continuada.....	26
4.1.3 Capacitação dos Profissionais de Saúde e Educação Permanente.....	28
4.2 Tendências Pedagógicas em Práticas Educativas.....	30
4.2.1 Pedagogia Tradicional.....	30
4.2.2 Pedagogia Nova.....	31
4.2.3 Pedagogia Tecnicista.....	32
4.2.4 Pedagogia Libertadora.....	33
4.2.5 Pedagogia Crítico-Social dos Conteúdos.....	33
4.3 História da Saúde Indígena no Brasil.....	34
4.4 Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI.....	36
4.4.1 Organização do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.....	38
4.4.2 Caracterização do Distrito Sanitário Especial Indígena Manaus.....	43
4.5 Capacitação dos Profissionais de Saúde Indígena.....	45
4.5.1 Capacitação nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena.....	45
4.5.2 Capacitação na implementação da PNASPI.....	46
4.5.3 Capacitação na Norma Orientadora de Capacitação.....	47
5. METODOLOGIA.....	50
5.1 Tipo de Estudo.....	50
5.2 Campo de Estudo.....	50
5.3 Sujeitos Participantes da Pesquisa.....	50
5.4 Técnicas e Instrumentos de Coleta de dados.....	51
5.5 Análise de Dados.....	53
5.6 Considerações Éticas da Pesquisa.....	55
6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	56
6.1 Caracterização dos enfermeiros sujeitos da pesquisa.....	56
6.1.1 Perfil dos Enfermeiros.....	58
6.1.2 Experiência Profissional dos Enfermeiros.....	59
6.1.3 Capacitação dos Enfermeiros.....	61
6.2 Programa de Capacitação em Saúde Indígena para enfermeiros.....	64
6.2.1 Diagnóstico.....	64
6.2.2 Planejamento.....	66
6.2.3 Execução.....	75
6.2.4 Avaliação.....	84
6.3 Componentes essenciais da capacitação em Saúde Indígena.....	93

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
8. RECOMENDAÇÕES.....	107
REFERÊNCIAS.....	108
APÊNDICES.....	115
Apêndice A Roteiro de análise documental.....	116
Apêndice B Roteiro de entrevista para os enfermeiros.....	117
Apêndice C Roteiro de entrevista para o coordenador pedagógico.....	119
Apêndice D Questionário para enfermeiros.....	120
Apêndice E TCLE do questionário para enfermeiros.....	122
Apêndice F TCLE para a entrevista com os enfermeiros.....	124
Apêndice G TCLE para entrevista com o coordenador pedagógico.....	126
Apêndice H Cronograma de execução.....	128
ANEXOS.....	130
Termo de anuência da instituição participante da pesquisa.....	131
Parecer substanciado do CEP.....	132
Ficha de avaliação de eventos de capacitação sob ótica do participante.....	135

1. INTRODUÇÃO

O programa de capacitação de profissionais é eficiente quando sustentado por uma proposta educativa capaz de desenvolver práticas e reflexões sobre o processo de trabalho, contribuindo para melhorar o desempenho dos profissionais com vistas a oferecer um atendimento de qualidade à população. Essa proposta educativa inclui o exercício da consciência crítica, admite a criticidade e a reflexão e ensina a aceitar o novo, contribuindo para a construção do conhecimento em conjunto. Inclui ainda metodologias e técnicas de ensino-aprendizagem inovadoras e diferenciadas de conceber e implementar uma capacitação profissional (SILVA *et.al.*, 2011).

Na área da saúde, o programa de capacitação deve ter como referência as necessidades de saúde da população, da gestão e do controle social para qualificar as práticas de saúde e a educação dos profissionais. A integralidade deve ser o eixo norteador do programa de capacitação em saúde, pois considera a articulação dos saberes e práticas multiprofissionais a partir de um conceito ampliado de saúde que respeita a subjetividade do usuário mediante o acolhimento e a responsabilização (SILVA *et. al.*, 2007).

A observação assistemática levou à reflexão sobre como é desenvolvido o programa de capacitação dos profissionais de enfermagem que atuam nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEIs, com base na experiência como enfermeira assistencial do Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Negro – DSEI/ARN em São Gabriel da Cachoeira/AM.

Numa primeira observação os conteúdos de ensino do programa de capacitação são focados em práticas assistenciais centradas na doença, utilizando o modelo biomédico e pouca inclusão de questões relacionadas aos aspectos social, cultural e ambiental referentes à população indígena. O problema observado é a capacitação profissional na área indígena apresentar-se com base em fundamentos técnico-científicos de áreas específicas, destinadas apenas a informar aos profissionais sobre recentes avanços em seu campo de conhecimento com predominância da metodologia tecnicista focada no ‘fazer’. Um exemplo dessa situação foi a capacitação sobre teste rápido de HIV e Sífilis destinada à equipe de enfermagem. O objetivo principal dessa capacitação foi realizar os procedimentos de coleta, leitura e interpretação dos dados. Para atingir tal objetivo foi utilizada a pedagogia tecnicista onde os procedimentos eram feitos repetidamente pela equipe. Uma vez centrada na técnica a atividade não/pouco considerou as especificidades da população indígena ficando de fora a abordagem sobre aconselhamento e reflexão que considerasse o grupo de forma diferenciada.

Isso é preocupante, Paschoal (2004) relata que a capacitação deve ser caracterizada pela autonomia dos profissionais, pela capacidade de aprender constantemente, de relacionar a teoria com a prática e vice-versa, e não basta apenas ‘saber’ ou ‘fazer’, é preciso ‘saber fazer’. Ainda que a política de saúde estabeleça uma ação, a exemplo do teste rápido de sífilis, os profissionais devem refletir sobre sua operacionalização observando a quais grupos se destinam e, no uso de sua autonomia fazer os ajustes necessários.

O programa de capacitação é planejado pela coordenação pedagógica, e pela chefia do DSEI. A equipe de saúde raramente participa desse processo. Essa organização trouxe a tona um problema observado já destacado na literatura, Silva e Seiffert (2009) relatam que para êxito do programa de capacitação, o planejamento das atividades de educação profissional requer a participação da equipe de saúde que atua na assistência, porque são os profissionais que conhecem a realidade, que detêm a habilidade/domínio de determinado assunto e que necessitam de atualização profissional com programas de educação integrado e contínuo.

Outra observação realizada foi a descontinuidade da capacitação, que pode estar relacionada à grande rotatividade de profissionais da área indígena. Essa descontinuidade da capacitação prejudica a avaliação tanto quantitativa quanto qualitativa para melhoria dos processos de capacitação da equipe.

Embora em área indígena atuem médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem odontólogos e técnicos em odontologia, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos/bioquímicos e nutricionistas, o programa de capacitação da saúde indígena é composto por conteúdos específicos divididos por categoria profissional em detrimento da capacitação destinada às equipes de trabalho que contemplem a interdisciplinaridade.

A maioria dos profissionais da equipe de enfermagem contratados para atuar em área indígena é jovem, recém-formada, sem experiência específica na assistência à saúde indígena e com a experiência da graduação para trabalhar com populações não-indígenas, requerendo capacitação específica para atuar junto à população indígena.

No quesito formação acadêmica a maioria dos cursos de graduação em enfermagem no Amazonas não contempla conteúdos sobre Saúde Indígena em seu Projeto Pedagógico do Curso – PPC. Observando a relação das disciplinas dos cursos de enfermagem disponível nos sites das Instituições de Ensino Superior – IES do Amazonas, constatou-se que das 10 IES existentes no Estado, somente 04 oferecem a disciplina Saúde Indígena na estrutura curricular.

Silva *et. al.* (2003) advertem que para atuação do enfermeiro em saúde indígena é essencial a compreensão do processo saúde-doença de forma ampliada, incluindo o aspecto étnico-cultural. A situação referente à capacitação em saúde indígena agrava-se quando os conteúdos programáticos são insuficientes e os temas que abordam as diferenças culturais e as especificidades desses povos também são insuficientes, ou até inexistentes.

Diante das questões levantadas, surgiu o interesse em realizar a pesquisa, entendendo-se que conhecer o programa de capacitação destinado aos enfermeiros que atuam em área indígena é de fundamental importância. O estudo do tema permitiu compreender melhor o planejamento, a execução e avaliação desse programa de capacitação, esclarecendo dúvidas e clarificando a visão que se tem fundamentada em observações assistemáticas. A pesquisa propôs-se a responder as seguintes perguntas: como está estruturado o programa de capacitação para enfermeiros que atuam no Distrito Sanitário Especial Indígena Manaus – DSEI/MAO? Quais os componentes essenciais de um programa de capacitação na opinião dos enfermeiros que atuam no DSEI/MAO?

O trabalho focou os processos de capacitação destinados aos profissionais de enfermagem, ainda que se considere importante estudar como se dá a capacitação de todos os profissionais que trabalham na atenção à saúde indígena. A opção pelos enfermeiros como sujeitos da pesquisa deu-se pelo foco na linha de pesquisa a qual o trabalho está vinculado “*Linha de Pesquisa II: Educação e Tecnologias de Enfermagem para o Cuidado em Saúde a Indivíduos e Grupos Sociais*” e pela inserção da autora na área da enfermagem.

2. JUSTIFICATIVA

Esta pesquisa justifica-se, primeiramente, pela importância que tem a qualificação dos profissionais de saúde para o efetivo desempenho do processo de trabalho. A qualificação dos profissionais da saúde merece atenção redobrada, pois são profissionais que lidam com vida humana e precisam estar preparados para atuação, necessitando de um programa de capacitação bem estruturado.

A necessidade da qualificação é evidente para todas as profissões da saúde, mas a enfermagem se destaca, pois é a classe profissional em maior quantidade no campo da saúde (LEITE *et. al.*, 2011; BITTAR, 1997). Ademais, é a equipe de enfermagem que está mais próxima do usuário do serviço, exercendo atividades diversas tanto na gerência quanto na assistência. Na área indígena não é diferente. Assim, um estudo sobre propostas de capacitação destinadas a classe de enfermagem é importante pelo seu nível de abrangência no âmbito da saúde.

Os enfermeiros, em meio às diversas funções que executam, atuam também como multiplicadores da informação, desenvolvendo treinamentos e capacitando a equipe de enfermagem de sua área de abrangência para realizar as ações básicas de saúde. O estudo sobre programa de capacitação para a equipe de enfermagem justifica-se pela necessidade de preparo dos enfermeiros para atuar como multiplicadores da informação (SILVA *et. al.*, 2007).

O trabalho analisou o atendimento à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI, subsistema do Sistema Único de Saúde - SUS, quando reconhece as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais dos povos indígenas (BRASIL, 2002) o que requer adoção de um programa de capacitação diferenciado para atender às necessidades dos profissionais que atuam em área indígena, no caso em pauta, dos enfermeiros.

Esta pesquisa justifica-se ainda pela escassez de estudos sobre o assunto. Através de um estudo bibliométrico verifica-se que se trata de um tema pouco explorado. Foram utilizados como fontes os trabalhos disponíveis por meio eletrônico sem determinação de período dentro da Biblioteca Virtual em Saúde - BVS, a qual possuiu como fonte de informação as bases de periódicos na área da saúde, a saber: SciELO e LILACS. O estudo bibliométrico foi realizado em dois momentos. Primeiramente utilizou-se os descritores 'enfermagem' e 'saúde indígena', e no segundo momento, utilizou-se os descritores

‘capacitação’ e ‘enfermagem’. Não houve determinação de período. Busca adicional foi realizada em livros, artigos publicados em revistas e periódicos não disponíveis *on line*.

A Tabela 1 mostra a quantidade de artigos encontrados sob os descritores ‘enfermagem’ e ‘saúde indígena’ e classificados de acordo com sua área temática.

Tabela 1 – Número de artigos encontrados nas bases de dados sob os descritores ‘enfermagem’ e ‘saúde indígena’ por área temática do artigo.

Área Temática do Artigo	Quantidade de Artigos
Epidemiologia	01
Assistência de saúde	12
Formação acadêmica	01
Saúde do trabalhador	02
História da saúde	01
Total	17

A Tabela 1 mostra que foram encontrados 17 artigos sob os descritores enfermagem e saúde indígena. Verifica-se que o assunto principal dos artigos encontrados é epidemiologia, assistência de saúde, formação acadêmica, saúde do trabalhador, história da saúde. Foi encontrado apenas um artigo que abordou saúde indígena na formação do enfermeiro. Não foi encontrado artigo cuja área temática se referisse ao objeto de estudo desta pesquisa como capacitação e/ou qualificação profissional.

A Tabela 2 mostra a quantidade de artigos encontrados sob os descritores ‘capacitação e ‘enfermagem’ e classificados de acordo com sua área temática.

Tabela 2 – Número de artigos encontrados nas bases de dados sob os descritores ‘capacitação’ e ‘enfermagem’ por área temática do artigo.

Área Temática do Artigo	Quantidade de Artigos
Capacitação em área hospitalar	13
Capacitação em saúde pública	09
Estratégias de educação	21
Educação à distancia	02
Total	45

Na Tabela 2 verifica-se que sob os descritores ‘capacitação’ e ‘enfermagem’ foram encontrados 45 artigos e que nenhum dos artigos retrata a capacitação de profissionais em área indígena, reforçando a escassez de estudos e ao mesmo tempo necessidade de produção científica nessa temática. Dessa forma, a presente pesquisa contribuirá para o acréscimo de produção científica sobre saúde indígena no quesito capacitação dos profissionais, além de criar possibilidades de modificações e aperfeiçoamento do serviço, na perspectiva de contemplar os pressupostos da PNASPI, quando considera as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais dos povos indígenas.

E por fim, considerando-se que a qualificação profissional dos enfermeiros é um componente fundamental no processo de transformação dos serviços de saúde indígena, espera-se, com esta pesquisa, contribuir para a melhoria dos programas de capacitação profissional direcionado para enfermeiros que atuam na atenção à saúde indígena.

3. OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

Analisar o Programa de Capacitação para enfermeiros que atuam em área indígena no Distrito Sanitário Especial Indígena Manaus/AM.

3.2 Objetivos Específicos

Caracterizar os enfermeiros que atuam em área indígena de abrangência do Distrito Sanitário Especial Indígena Manaus/AM.

Descrever os processos formativos que compõem o Programa de Capacitação direcionado para enfermeiros da saúde indígena.

Identificar as concepções metodológicas do Programa de Capacitação para enfermeiros da saúde indígena.

Identificar os componentes essenciais da política de formação para enfermeiros que atuam em área indígena de acordo com a opinião desse grupo de profissionais.

4. REVISÃO DE LITERATURA

Para compor a revisão de literatura foram utilizados como fontes de pesquisa livros, artigos científicos, documentos oficiais, teses e dissertações referentes ao tema do estudo. O acesso ao material deu-se por meio impresso e eletrônico.

A revisão de literatura versa sobre os seguintes temas: *a)* capacitação dos profissionais de saúde enfocando os conceitos de educação em serviço, educação continuada e educação permanente e as tendências pedagógicas na prática educativa; *b)* a história da Saúde Indígena no Brasil abordando a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, a organização do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e a caracterização do Distrito Sanitário Especial Indígena; *c)* a capacitação dos profissionais de saúde indígena na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena; *d)* tendências pedagógicas na prática escolar.

4.1 Capacitação dos Profissionais de Saúde

Vivemos num mundo de rápidas transformações, onde novas informações sobre melhoria das práticas nos serviços de saúde são publicadas a todo o momento. O profissional precisa estar preparado para receber de forma positiva as mudanças resultantes da globalização e dos avanços tecnológicos, conciliando as necessidades de desenvolvimento pessoal com as do trabalho e as da sociedade (PASCHOAL, 2004).

A capacitação profissional emerge como elemento fundamental na base das transformações do mundo globalizado. O desenvolvimento e a realização das pessoas no ambiente de trabalho são considerados fatores de correlação com a produtividade, e os trabalhadores são visualizados como sujeitos capazes de transformar a realidade contribuindo para a melhoria do serviço (PASCHOAL, 2004).

Neste estudo, usa-se o termo capacitação no sentido de qualificação de profissionais, habilitando-os ao exercício correto de suas funções. No campo da saúde, o desenvolvimento de programas de capacitação para profissionais tem como objetivo conceber a idéia de melhoria da qualidade da assistência, resgatar o compromisso social dos trabalhadores e valorizar o profissional (BRASIL, 1997).

Capacitar profissionais de saúde é uma questão que se desenvolve e se modifica de acordo com o momento histórico, social, econômico e político do país. Desse modo, a

preocupação em organizar capacitação para os profissionais deve estar sempre presente no contexto dos serviços de saúde, objetivando o preparo desses profissionais às mudanças produzidas na sociedade.

Documentos oficiais resgatam a historicidade dos programas de capacitação dos profissionais de saúde, reafirmando a importância de instituí-los, como relata Farah (2003) quando faz uma retrospectiva sobre a capacitação dos profissionais de saúde. Segundo essa autora, a preocupação com a realização dos processos educativos para os recursos humanos vem sendo referendada desde a III Conferência Nacional de Saúde, em 1963, propondo essa atividade como forma de evitar o desajustamento técnico, ou seja, com foco na ordem do trabalho, utilizando-se de uma metodologia tecnicista preocupada em saber fazer.

A IV Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1967, teve como tema central recursos humanos para as atividades de saúde. A partir desta conferência, desencadeou-se um crescimento da discussão sobre o tema e a consolidação da formação de recursos humanos de saúde nas conferências subsequentes.

Outro campo de discussão da capacitação dos profissionais de saúde foram as Conferências Nacionais de Recursos Humanos para a Saúde em suas duas primeiras versões, realizadas em 1986 e 1993. Essas Conferências discutiram sobre a necessidade de capacitação teórica e prática para os profissionais de saúde em serviço, que gradativamente, foi se tornando imprescindível, para formar recursos humanos capazes de compreenderem as necessidades dos serviços e os problemas de saúde da população (FARAH, 2003; BRASIL, 1993; BRASIL, 1963).

Farah (2003) faz uma retrospectiva das Conferências Nacionais de Recursos Humanos, relatando que a formação dos profissionais de saúde foi tema de discussão e que a solução encontrada foi a reformulação dos currículos dos profissionais de saúde e a participação dos órgãos formadores de recursos humanos, conjuntamente com os serviços, na capacitação dos profissionais de saúde (BRASIL, 1993).

A implantação do Sistema Único de Saúde - SUS, regulamentado através da Lei 8.080/90, exigiu maior ênfase nas ações de capacitação dos profissionais de saúde, com vistas a adequar esses profissionais às demandas que necessitavam. Programas de capacitação foram desenvolvidos para aprimorar o trabalho no sentido responder às necessidades específicas de formação, manutenção, recuperação e reabilitação, frente a posicionamentos político-ideológicos distintos (SOUZA *et. al.*, 1991). Do ponto de vista legal, a Lei 8.080/90 em seu Artigo 200 regulamenta como função dos municípios ordenar a formação dos recursos

humanos na área de saúde de acordo com as diretrizes e os princípios do SUS para atuarem no modelo assistencial de saúde proposto (FARAH, 2003; BRASIL, 1990; BRASIL, 1988).

No campo da Atenção Primária à Saúde, os documentos oficiais descrevem características essenciais de como desenvolver capacitação dos profissionais de saúde. A capacitação deve apresentar um conjunto de atividades capazes de contribuir para o atendimento das necessidades mais imediatas, bem como garantir a continuidade da formação profissional para o aprimoramento e melhoria da capacidade resolutiva das equipes de saúde da família. A introdução do processo de capacitação deve prever a integração dessas equipes e a compreensão do objeto de trabalho dos profissionais. O conteúdo programático deve estar adaptado às necessidades locais, tanto dos serviços quanto da característica de formação dos profissionais e do perfil epidemiológico da região. O processo de capacitação e educação dos profissionais deve ser contínuo, adequando a assistência às peculiaridades locais e regionais (BRASIL, 1997; BRASIL, 1994).

Segundo Ceccim (2005a), a capacitação deve tomar como referência as necessidades de saúde da população, da gestão e do controle social para qualificar as práticas de saúde e a educação dos profissionais e melhorar a atenção à saúde (BRASIL, 2004). A integralidade deve ser o eixo norteador da capacitação em saúde, pois considera a articulação dos saberes e práticas multiprofissionais a partir de um conceito ampliado de saúde que respeita a subjetividade do usuário mediante o acolhimento e a responsabilização da gestão (CECCIM e FEUERERKER, 2004).

Para atender a estas perspectivas, é fundamental estabelecer um modelo de capacitação dos profissionais que promova a atenção integral à saúde. Do ponto de vista conceitual a capacitação de saúde é enfocada em três perspectivas: educação em serviço, educação continuada e educação permanente.

4.1.1 Capacitação dos Profissionais de Saúde e Educação em Serviço

A Educação em Serviço foi o primeiro conceito a ser operacionalizado como forma de ajustamento dos profissionais às necessidades de saúde nos serviços públicos, principalmente nas décadas de 60 e 70. Nesse período, foram incorporadas novas tecnologias nas práticas médicas e hospitalares, intensificando o uso de equipamentos médicos, a automação de testes laboratoriais, entre outros. Tais transformações acabaram por polarizar os

profissionais de saúde, pois de um lado houve um aumento de profissionais de nível superior e, de outro, um grande contingente de mão-de-obra desqualificada (MOTTA, 1998).

Nesse contexto, a Educação em Serviço desenvolveu-se como primeiro conceito de capacitação dos profissionais de saúde e definiu-se como forma de ajustamento dos profissionais às necessidades de saúde nos serviços públicos. A Educação em Serviço configurou-se como curso estanque, dirigido a especialidade profissional (FARAH, 2003).

Motta (1998) e Farah (2003), analisando a evolução histórica da Educação em Serviço nas Conferências Nacionais de Saúde apontam que o termo não aparecia nas disposições gerais, tampouco a necessidade de qualificação dos profissionais e, que somente a partir da VI Conferência, em 1977, é que o termo passa a ser sistematicamente utilizado.

Silva *et. al.* (1989) definem a Educação em Serviço como um conjunto de práticas educacionais planejadas com a finalidade de ajudar o funcionário a atuar mais efetiva e eficazmente, para atingir diretamente os objetivos da instituição de saúde em qual trabalha. É uma atividade desenvolvida através de programas educativos, com o intuito de orientação profissional, seguindo os princípios institucionais.

Para Paschoal *et. al.* (2007), Educação em Serviço é considerada, no âmbito do trabalho, como uma atividade desenvolvida para oportunizar ao profissional a ampliação da qualidade de sua competência, buscando cumprir suas responsabilidades. A denominação Educação em Serviço é utilizada para o tipo de capacitação dos profissionais de saúde que tenha como finalidade o interesse da instituição e o desenvolvimento técnico focado na habilidade dos profissionais.

Em ambas as conceituações a Educação em Serviço é focada no indivíduo objetivando a melhoria de seu desempenho profissional com vistas a atender as exigências de instituições a qual está vinculado.

4.1.2 Capacitação dos Profissionais de Saúde e Educação Continuada

No início do século XX, cresce a necessidade de instituir programas contínuos de capacitação profissional, que de fato respondam às necessidades de qualificação apontadas pela dinâmica do trabalho. Surgiu, então, a denominação de Educação Continuada em saúde como estratégia para a capacitação de profissionais de saúde já inseridos nos serviços com o intuito de atualização, objetivando o melhor desempenho no exercício de suas funções (MOTTA *et. al.*, 2001).

Em 1978, a Organização Pan-Americana da Saúde – OPS conceitua a Educação Continuada como um processo permanente que se inicia após a formação básica e tem como intuito atualizar e melhorar a capacidade de uma pessoa ou grupo, frente à evolução técnico-científica e às necessidades sociais. Posteriormente, em 1982 a Organização Mundial da Saúde – OMS conceitua a Educação Continuada como um processo que inclui as experiências posteriores ao adestramento inicial, que ajudam o pessoal a aprender competências importantes para o seu trabalho. A educação continuada é definida, pela OMS, como uma atividade de ensino após o curso de graduação com a finalidade de atualização e de novas informações adquiridas através de metodologias tradicionais (FERRAZ, 2005).

A II Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde realizada em 1993 discutiu a Educação Continuada e a definiu como um processo organizado, permanente, sistemático, direcionado a clientes institucionais, com uma política de saúde definida, tendo em vista a real necessidade dos usuários (BRASIL, 1993).

Segundo Silva *et. al.* (1989), a Educação Continuada deve ser entendida como conjunto de práticas educacionais planejadas no sentido de promover oportunidades de desenvolvimento do profissional em função das necessidades dele próprio e da instituição em que trabalha. Nesse conceito, a Educação Continuada é abordada como um benefício destinado ao próprio indivíduo que participa do processo educativo e esse benefício retorna para a instituição na qual o indivíduo trabalha. Esse retorno repercute na instituição sob a forma de satisfação, motivação, conhecimento, maior produtividade e otimização do serviço, tornando o conceito mais abrangente do que a educação em serviço.

Entende-se Educação Continuada como um processo dinâmico de ensino-aprendizagem, ativo e permanente, destinado a atualizar e melhorar a capacidade de pessoas, ou grupos, face à evolução científico-tecnológica, às necessidades sociais e aos objetivos e metas institucionais (OGUISSO, 2000).

A Educação Continuada proporciona aos profissionais da saúde uma evolução no processo educacional, englobando atividades de ensino após o curso de graduação, pois esta tem o propósito de atualização de conhecimentos e aquisição de novas informações e atividades de duração, definida por meio de metodologias formais (PASCHOAL, 2004). Ela é um conjunto de práticas educativas contínuas com aquisição progressiva de competências, que devem ser visíveis na qualidade do exercício da assistência a saúde (GIRADE *et. al.*, 2006).

Quanto à estratégia, a Educação Continuada permite alcançar o desenvolvimento simultâneo dos recursos humanos e do serviço, uma vez que, o aprimoramento das competências organizacionais e assistenciais dos serviços permite melhorar a qualidade da atenção prestada, garantindo, portanto, maior satisfação dos usuários e do serviço de saúde (GUIMARÃES *et. al.*, 2010).

Diante dessas definições, pode-se estabelecer uma diferença entre Educação em Serviço, abordada anteriormente, e Educação Continuada. A Educação em Serviço é caracterizada por programas de treinamento, onde o foco principal está no desenvolvimento da instituição e Educação Continuada são atividades de aquisição de conhecimentos técnico-científicas de forma seqüencial e acumulativa e o foco principal é o crescimento do profissional, nem sempre focado na instituição (BRASIL, 2009a).

Portanto, a Educação Continuada torna-se uma abordagem para complementar a formação dos profissionais, auxiliando-os a aproximarem-se da realidade social e oferecendo subsídios para que possam entender e atender as necessidades de saúde da população e contribuir para a organização dos serviços com as mudanças necessárias ao atendimento das demandas.

4.1.3 Capacitação dos Profissionais de Saúde e Educação Permanente

O conceito de Educação Permanente em Saúde foi inicialmente trabalhado pela Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS, nas décadas de 1980 e 1990, a qual é compreendida como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Desse modo, em todas as áreas da saúde, inclusive na enfermagem, o processo de educação permanente em saúde transcende ao aperfeiçoamento técnico, ao possibilitar aos sujeitos-trabalhadores buscarem sua autonomia, cidadania, bem como resgatar sua multidimensionalidade (SILVA *et. al.*, 2010).

A Educação Permanente em Saúde é tema de discussão recorrente nas Conferências Nacionais de Saúde. Foi a partir de 2003, quando o Conselho Nacional de Saúde aprovou, por meio da Portaria nº 198/GM/MS, em 13 de fevereiro de 2004, que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS foi institucionalizada e definida como uma estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Esta primeira portaria foi substituída pela Portaria nº 1996/GM/MS de 20 de agosto de 2007, uma versão mais atualizada. A PNEPS é tida como uma ação estratégica

visando à transformação e qualificação das práticas de saúde, o que inclui a organização das ações e dos serviços de saúde, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde (MENDONÇA e GOUVEA, 2011; BRASIL, 2009b).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde propõe que a transformação das práticas profissionais seja baseada na reflexão crítica sobre as práticas dos profissionais em ação na rede de serviços. Propõe-se que os processos de capacitação do pessoal da saúde sejam estruturados a partir da concepção pedagógica da problematização do seu processo de trabalho e tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde. A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central. A formação e desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS (BRASIL, 2009b).

Na concepção de Educação Permanente, proposta pelo Ministério da Saúde, procura-se integralizar o processo educativo, ao permitir a participação de vários segmentos sociais, em especial, os prestadores de serviços e os sujeitos-usuários, estabelecendo-se o objetivo primordial: a consolidação e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde – SUS. Nesta proposta parte-se dos princípios que orientam este sistema, ou seja, a construção descentralizada, a universalidade, a integralidade e a participação popular. A educação permanente busca possibilitar, concomitantemente, o desenvolvimento pessoal e institucional, assim como busca fortalecer as ações de formação com a gestão dos serviços e com o controle social (SILVA *et. al.*, 2011).

O conceito de Educação Permanente em saúde é ampliado e engloba a Educação em Serviço e também Educação Continuada. A Educação Permanente em Saúde pode corresponder à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar. Pode corresponder à Educação Continuada, quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específico, e também, quando esta se apresenta amplamente porosa às multiplicidades da realidade de vivências profissionais e coloca-se em aliança de projetos integrados entre o setor/mundo do

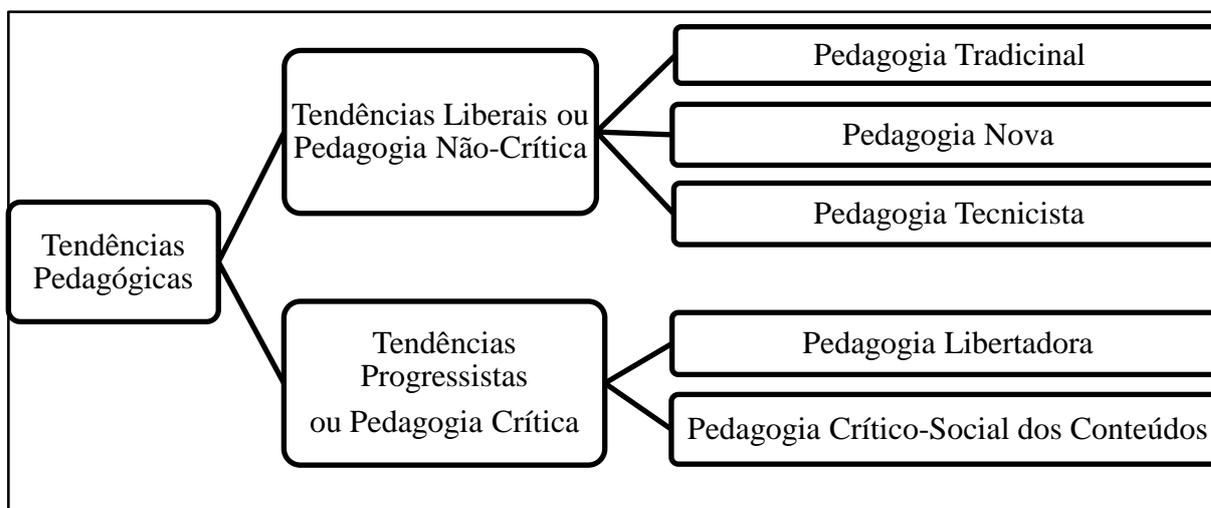
trabalho e o setor/mundo do ensino. (GUIMARÃES *et. al.*, 2010; BRASIL, 2009b; CECCIM, 2005b).

4.2 Tendências Pedagógicas em Prática Educativas

Apresentar as concepções pedagógicas torna-se necessária neste trabalho, uma vez que o objeto de estudo desta pesquisa é a capacitação em área indígena para os profissionais da equipe de enfermagem. Em conformidade com Pereira (2003), a educação e a saúde são campos que se cruzam quando se trata de uma educação tanto em nível de atenção à saúde quanto na aquisição contínua de conhecimentos pelos profissionais de saúde.

Buscou-se em Pereira (2003) e Donato (2009) a definição das principais tendências pedagógicas na educação brasileira. A Figura 1 apresenta as tendências pedagógicas e a linha de pensamento a que pertence.

Figura 1 – Esquema das Principais Tendências Pedagógicas no Brasil.



Fonte: DONATO, 2009; PEREIRA 2003; SAVIANI, 1993.

4.2.1 Pedagogia Tradicional

Segundo Saviani (1993) a Pedagogia Tradicional foi instituída no Brasil por motivos históricos. A constituição dos chamados “sistemas nacionais de ensino” data de inícios do século passado inspirou-se no princípio de que a educação é direito de todos e dever do Estado. O direito à educação decorria do tipo de sociedade correspondente aos interesses da nova classe que se consolidara no poder: a burguesia. A escola surge como um antídoto, logo,

um instrumento para equacionar e equilibrar a sociedade dividida em burgueses e marginalizados. Seu papel é difundir a instrução, transmitir os conhecimentos acumulados pela humanidade e sistematizados logicamente.

Para Saviani (1993) e Donato (2009) na pedagogia tradicional o professor é a figura central e o aluno é o receptor passivo dos conhecimentos como verdades absolutas. O professor assume funções como vigiar e aconselhar os alunos, corrigir e ensinar a matéria. É visto como a autoridade máxima, um organizador dos conteúdos e estratégias de ensino e, portanto, o único responsável e condutor do processo educativo. O professor tem o poder decisório quanto à metodologia, conteúdo e avaliação.

Quanto à metodologia utilizada na pedagogia tradicional, Donato (2009) e Pereira (2003) afirmam que há predominância da exposição oral dos conteúdos, seguindo uma seqüência predeterminada, independentemente do contexto escolar; enfatiza-se a necessidade de exercícios repetidos para garantir a memorização dos conteúdos. Os conteúdos do ensino correspondem aos conhecimentos e valores sociais acumulados pelas gerações passadas como verdades acabadas, e, embora a escola vise à preparação para a vida, não busca estabelecer relação entre os conteúdos que se ensinam e os interesses dos alunos, tampouco entre esses e os problemas reais que afetam a sociedade.

Portanto, os autores supra citados concluem que, dentro desta pedagogia, o papel da escola é o de transmitir os conhecimentos acumulados pela humanidade, definindo a educação como produto.

4.2.2 Pedagogia Nova

As críticas à pedagogia tradicional formuladas a partir do final do século passado, aos poucos, dão origem a uma outra teoria da educação: a pedagogia nova. Esta pedagogia começa uma nova maneira de interpretar a educação e ensaia implantar, através de experiências restritas e depois advogar, sua generalização no âmbito dos sistemas escolares (SAVIANI, 1993).

Pereira (2003) relata que a pedagogia nova surgiu no início do século XX, em contraposição à pedagogia tradicional, pois tem como principal característica a ênfase no aluno.

Nesta concepção pedagógica, o professor deixa de ser o centro do processo, dando o lugar ao aluno. O professor deixa de ser o transmissor dos conteúdos, passando a facilitador

da aprendizagem. Os conteúdos programáticos passam a ser selecionado a partir do interesse dos alunos. O importante nesta concepção não é aprender e sim aprender a aprender (DONATO, 2009).

Quanto à metodologia são utilizados trabalhos em grupo, dinâmicas de grupo, pesquisa, jogos de criatividade em um ambiente dotado de materiais didáticos, estimulante e alegre, muito diferente do ambiente frio e formal da escola tradicional (DONATO, 2009, PEREIRA, 2003).

4.6.3 Pedagogia Tecnicista

Nos anos 70, proliferou o chamado “tecnicismo educacional”, inspirado nas teorias behavioristas da aprendizagem e na abordagem sistêmica do ensino. Partindo do pressuposto da neutralidade científica e inspirada nos princípios de racionalidade, eficiência e produtividade, essa pedagogia advoga a reordenação do processo educativo de maneira a torná-lo objetivo e operacional (SAVIANI, 1993).

Nessa concepção pedagógica, o centro do ensino não é mais o professor, nem mais o aluno, mas as técnicas, daí o nome tecnicista, havendo uma reorganização do processo educativo no sentido de torná-lo objetivo e operacional. Exige-se dos professores a operacionalização dos objetivos, como instrumento para medir comportamentos observáveis, válidos porque mensuráveis, porque controláveis (DONATO, 2009).

A escola funciona como modeladora do comportamento através de técnicas específicas. À educação escolar compete organizar o processo de aquisição de habilidade, atitudes e conhecimentos específicos, úteis e necessários para que os indivíduos estejam integrados na máquina do sistema social global. A escola atua no aperfeiçoamento da ordem social vigente, o sistema capitalista, assim, o seu interesse imediato é de produzir indivíduos competentes, no âmbito da técnica, para o mercado de trabalho. Os conteúdos de ensino são as informações, os princípios científicos, as leis, entre outros, ordenados em uma seqüência lógica e psicológica por especialistas (DONATO, 2009; PEREIRA, 2003)

Quanto à metodologia, são utilizados os procedimentos e técnicas necessários ao arranjo e controle do ambiente da aprendizagem a fim de que seja assegurada a transmissão/recepção das informações. A atividade de descoberta é função da educação, mas deve ser restrita aos especialistas, sendo sua aplicação de competência do processo educacional comum (PEREIRA, 2003).

4.6.4 Pedagogia Libertadora

Pereira (2003) revela que a pedagogia da problematização tem suas origens nos movimentos de educação popular que ocorreram no final dos anos 50 e início dos anos 60, quando estes movimentos foram interrompidos pelo golpe militar de 1964; teve seu desenvolvimento retomado no final dos anos 70 e início dos anos 80.

Nesta pedagogia, a educação é uma atividade em que professores e alunos são mediatizados pela realidade que apreendem e da qual extraem o conteúdo da aprendizagem, atingem um nível de consciência dessa realidade, a fim de nela atuarem, possibilitando a transformação social (PEREIRA, 2003).

Quanto à metodologia de ensino, é realizada na forma de trabalhos educativos, através de grupos de discussão. O professor está no mesmo nível de importância em relação aos alunos, visto que seu papel é animar a discussão. Dessa forma, o método de ensino se baseia na relação dialógica entre os atores da aprendizagem, tanto alunos quanto professor (PEREIRA, 2003).

A pedagogia libertadora ou da problematização possibilita uma prática educativa em saúde mais participativa, direcionada tanto à população, na educação em saúde, quanto a profissionais de saúde, na capacitação profissional. Pereira (2003) exemplifica esta pedagogia com o modelo educacional de Paulo Freire, que tem sido apontado como importante contribuição para a educação em saúde. Na pedagogia libertadora de Paulo Freire é através do diálogo que se dá a comunicação e a partir desta, que se produz conhecimento. O conhecimento advém da realidade concreta, isto é, da situação real vivida pelo educando, que se concretiza através de análise crítica dessa realidade. O que é aprendido não decorre da imposição ou memorização, mas do nível crítico de conhecimento ao qual se chega pelo processo de compreensão, reflexão e crítica (PEREIRA, 2003).

4.6.5 Pedagogia Crítico-Social dos Conteúdos

Esta pedagogia busca resgatar os aspectos positivos das teorias pedagógicas firmadas no cotidiano escolar, articulando-os na direção de uma transformação social. Assim, esta teoria resgata da pedagogia tradicional a importância da dimensão do saber; da escola nova, a dimensão do saber ser; e da pedagogia tecnicista, a dimensão do saber fazer (DONATO, 2009).

A educação é entendida como processo de criação e recriação de conhecimentos. Professores e aluno são considerados sujeitos do processo ensino-aprendizagem. A apropriação do conhecimento é também um processo que demanda trabalho e disciplina. Valoriza-se a problematização, o que implica uma análise crítica sobre a realidade-problema, desvelando-a. É ir além das aparências e entender o real significado dos fatos (DONATO, 2009).

Dentro desse estilo pedagógico, é defendido o fato que a educação é determinada pela sociedade onde está situada, mas também admite que as instituições sociais apresentem uma natureza contraditória, com possibilidade de mudanças. Assim a educação pode reproduzir a sociedade como é, mas, também, pode provocar mudanças (DONATO, 2009).

4.3 História da Saúde Indígena no Brasil

Uma análise histórica da saúde indígena que atende a proposta desse estudo é aquela realizada por Garnelo *et. al.* (2003) e Garnelo e Pontes (2012) que mostram a transição da responsabilidade da saúde indígena entre os órgãos gestores desde a década de 50 até os dias atuais. À medida que ampliou o conjunto de instituições de governo atuantes na questão indígena, o cenário político do indigenismo foi tornando-se mais complexo apresentando-se da seguinte maneira durante esse tempo.

Durante a década de 50 não havia uma instituição específica para se responsabilizar pela saúde indígena, mas ações básicas de saúde eram realizadas na área. A assistência à saúde indígena era feita pelos Serviços de Unidades Sanitárias Aéreas – SUSA, órgãos liderados pelo Ministério da Saúde.

Nas décadas de 60 a 70, criou-se a Fundação Nacional do Índio – FUNAI coordenada pelo Ministério do Interior. A FUNAI foi criada para responsabilizar-se pela educação, pelas atividades produtivas e pela saúde do índio. Com a atuação da FUNAI em áreas indígenas, houve a necessidade de Leis que regulamentassem a ação sobre os indígenas. Então, nesse período, foi criado o Estatuto do Índio, Lei nº 6.100 de 19 de dezembro de 1973, que regula a situação jurídica dos índio ou silvícolas e das comunidades indígenas, com o propósito de preservar a sua cultura e integrá-los, progressiva e harmonicamente, à comunhão nacional. Com a FUNAI deu-se origem às chamadas Equipes Volantes de Saúde, que eram compostas por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, odontólogos, assistente social e técnicos de laboratório.

Nas décadas de 80 e 90 ocorreram as primeiras iniciativas para a criação do Subsistema de Saúde Indígena com a realização da I Conferência Nacional de Proteção a Saúde do Índio em 1986 em Brasília/BR, onde a principal proposta foi entregar a gestão da saúde indígena para o Ministério da Saúde – MS. O MS deveria, então, criar um único órgão com a participação dos indígenas na formulação da política.

Até o ano de 1990, a política indigenista, aí incluídas as ações de saúde, ficou a cargo da FUNAI. A partir do ano de 1991, um conjunto de decretos da Presidência da República retirou da Fundação Nacional do Índio - FUNAI boa parte de suas atribuições nas áreas de saúde, educação e de preservação cultural. Tais responsabilidades foram repassadas para o Ministério da Saúde, o qual já tinha ingerência sobre a saúde indígena. Nesse contexto, criou-se a Fundação Nacional de Saúde - FUNASA ou FNS que responsabilizou-se pela saúde indígena a partir de então.

Como o Ministério da Saúde não possuía experiência no desenvolvimento de políticas de saúde indígena, a FUNAI reassumiu parcialmente a competência do gestor de saúde indígena, através do decreto nº 1.141 de 19 de maio de 1994, em parceria com a FUNASA, havendo uma divisão de tarefas entre esses órgãos gestores. A FUNAI ficou responsável pela atenção à saúde indígena, remoção do indígena para tratamento de saúde fora da aldeia e pela Casa de Saúde Indígena – CASAI. A FUNASA ficou responsável pelo saneamento básico, controle das endemias, capacitação dos recursos humanos e remuneração dos profissionais. Durante esse período, Surge o Projeto de Lei 4.681, que previu e propões a criação de um Subsistema de Saúde Indígena (BRASIL, 2009c).

Durante os anos seguintes a força indígena crescia, e a atenção a saúde dos povos indígenas requereu a adoção de um modelo de atenção à saúde diferenciado que levasse em conta as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos. Foi então que o Projeto de Lei nº 4.681 veio a ser sancionado com a aprovação da Lei nº 9.836 de 23 de setembro de 1999, que instituiu a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. A mesma Lei transferiu as ações de saúde indígena, exclusivamente para a FUNASA, através do Decreto nº 156 de 27 de setembro de 1999, e definiu o Distrito Sanitário Especial Indígena como modelo central da gestão da saúde indígena (BRASIL, 2009c).

Em 2010, atendendo a uma reivindicação antiga das populações indígenas, a gestão do Subsistema passou a ser feita diretamente pelo MS. Com a publicação do Decreto nº 7.336 de 19 de outubro de 2010 e através da Portaria nº 3.965, criou-se dentro do MS, a Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI. O mesmo Decreto transferiu as ações de saúde indígena

da FUNASA, gestora há 10 anos, para a SESAI. O principal motivo de criar e instituir a SESAI foi a autonomia financeira, uma vez que os DSEIs passaram a ser um unidade gestora e gerenciam seus próprios recursos financeiros, modificando a forma de gestão.

A SESAI é uma das secretarias do Ministério da Saúde criada para coordenar e executar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em todo território nacional. A SESAI tem como missão principal a proteção, a promoção e a recuperação da saúde dos povos indígenas e exercer a gestão de saúde indígena, bem como as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada DSEI, em consonância com as políticas e programas do SUS (BRASIL, 2012a).

Cabe à SESAI, coordenar e avaliar as ações de atenção à saúde indígena no âmbito do Subsistema de Saúde Indígena. A SESAI é responsável pela articulação e a integração com os setores governamentais e não governamentais que possuam interface com a atenção à saúde indígena. É de responsabilidade da SESAI coletar, organizar e disseminar informações referentes à saúde indígena e estabelecer diretrizes e critérios para planejar, executar, monitorar e avaliar as ações de saneamento ambiental.

Em sua estrutura administrativa a SESAI conta com dois departamentos: Departamento de Gestão da Saúde Indígena e Departamento de Atenção à Saúde Indígena, cabendo ao primeiro a responsabilidade de garantir as condições necessárias à gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e ao segundo a missão de planejar, coordenar e supervisionar as atividades de atenção integral à saúde dos povos indígenas. A SESAI é composta por cinco coordenações são elas: Coordenação-Geral de Planejamento e Orçamento; Coordenação de Articulação da Atenção à Saúde Indígena; Coordenação –Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena, Coordenação-Geral de Edificações e Saneamento Ambiental e Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas para Atuação em Contexto Intercultural, a qual é responsável pela capacitação da equipe multiprofissional de saúde da área indígena (BRASIL, 2012a).

4.4 Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI

O cenário da Saúde Indígena foi significativamente alterado com a Constituição de 1988, que reconheceu os direitos dos povos originários às suas terras, incluindo políticas sociais diferenciadas e adequadas às suas especificidades culturais, à auto representação jurídico-política e à preservação de suas línguas e culturas. Tais avanços constitucionais

repercutiram positivamente na política indigenista e na sociedade brasileira em geral, sedimentando a premissa de que um tratamento diferenciado às minorias étnicas pelo poder público representa um direito e não uma ação caritativa (LIMA e BARROSO-HOFFMAN, 2002).

Outro elemento relevante nesta conjuntura foi a emergência das Organizações Não Governamentais, as chamadas ONGs. A presença crescente dessas entidades ao longo da década de 1990 ampliou o leque de alianças ao alcance do movimento indígena. Se antes as igrejas – católica e protestantes – representavam a principal presença não-governamental no mundo indígena, esse leque se diversificou com a participação de entidades com os mais diversos propósitos e matizes políticos. Parte desse universo é representada pelas ONGs organizadas pelos próprios índios, que vêm atuando em paralelo, ou complementarmente, às entidades de defesa dos direitos à diferença étnica (GARNELO *et. al.*, 2003).

Na forma original como o Sistema Único de Saúde – SUS foi concebido, a população indígena não representava uma de suas prioridades porque, na época, a prestação de cuidados à saúde desse grupo ainda estava sob a responsabilidade do órgão indigenista. Uma das características do SUS é priorizar ações de saúde voltadas para as áreas urbanas e isso influencia negativamente a saúde dos povos indígenas. Os órgãos de saúde adquiriram experiência em implantar o SUS na organização dos serviços dirigidos aos aglomerados urbanos, havendo dificuldade para adaptar as estratégias de atendimento para as populações do interior e particularmente as populações rurais, sendo ainda mais difícil alcançar as populações das áreas indígenas.

Em decorrência, o Sistema Único de Saúde – SUS, de acordo com a Lei nº 9.836 de 23 de setembro de 1999, incluiu dentro de sua estrutura o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena organizado em Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEIs e concebido como sistema local de saúde orientado para populações definidas, dentro de espaços geográficos e administrativos específicos (BRASIL, 1999). O tempo de dez anos de criação do subsistema não se mostrou suficiente para a geração de tecnologias e modos de atuação adequados ao trato com a população indígena.

O reconhecimento de que o modo de vida indígena tem singularidades que devem ser respeitadas e de que o SUS não dispunha de preparo adequado para atender essas populações, levou à proposta de organização de um sistema de saúde específico para os povos indígenas, mesmo articulado com o SUS.

Nesse contexto, formulou-se a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI, aprovada pela Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002. A elaboração dessa política contou com a participação de representantes de órgãos responsáveis pelas políticas de saúde e pela política de ação indigenista do governo, bem como de organizações da sociedade civil e representantes das organizações indígenas (BRASIL, 2002).

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

O modelo de gestão de um sistema de saúde é um meio para prover atendimento adequado à população. Em saúde pública é praxe que a programação das ações de atendimento seja ordenada segundo um modelo de assistência que oriente seu desenvolvimento no plano local. No caso do subsistema de saúde indígena o modelo de assistência está baseado nos chamados Distritos Sanitários Especiais Indígenas (GARNELO e PONTES, 2012).

4.4.1 Organização do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

Implantado oficialmente em 1999, com a responsabilidade de prestar atendimento a toda população aldeada em terras indígenas, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena organizou suas unidades de ação segundo a proposta dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEIs. Como subsistema, deve funcionar articulado ao SUS, atendendo às seguintes condições: considerar os conceitos de saúde e doença próprios dos povos indígenas e os aspectos intersetoriais de seus determinantes; ser construído coletivamente a partir de um processo de planejamento participativo; possuir instâncias de controle social formalizadas em todos os níveis de gestão (SANTOS *et. al.*, 2008).

O DSEI é uma unidade organizacional com base territorial e populacional sob responsabilidade sanitária claramente identificada, reunindo um conjunto de ações de saúde necessárias à atenção básica, articulado com a rede do Sistema Único de Saúde – SUS, ora

referência e contrareferência, composto por equipe mínima necessária para executar suas ações e com controle social (SOARES, 2007; BRASIL, 2002).

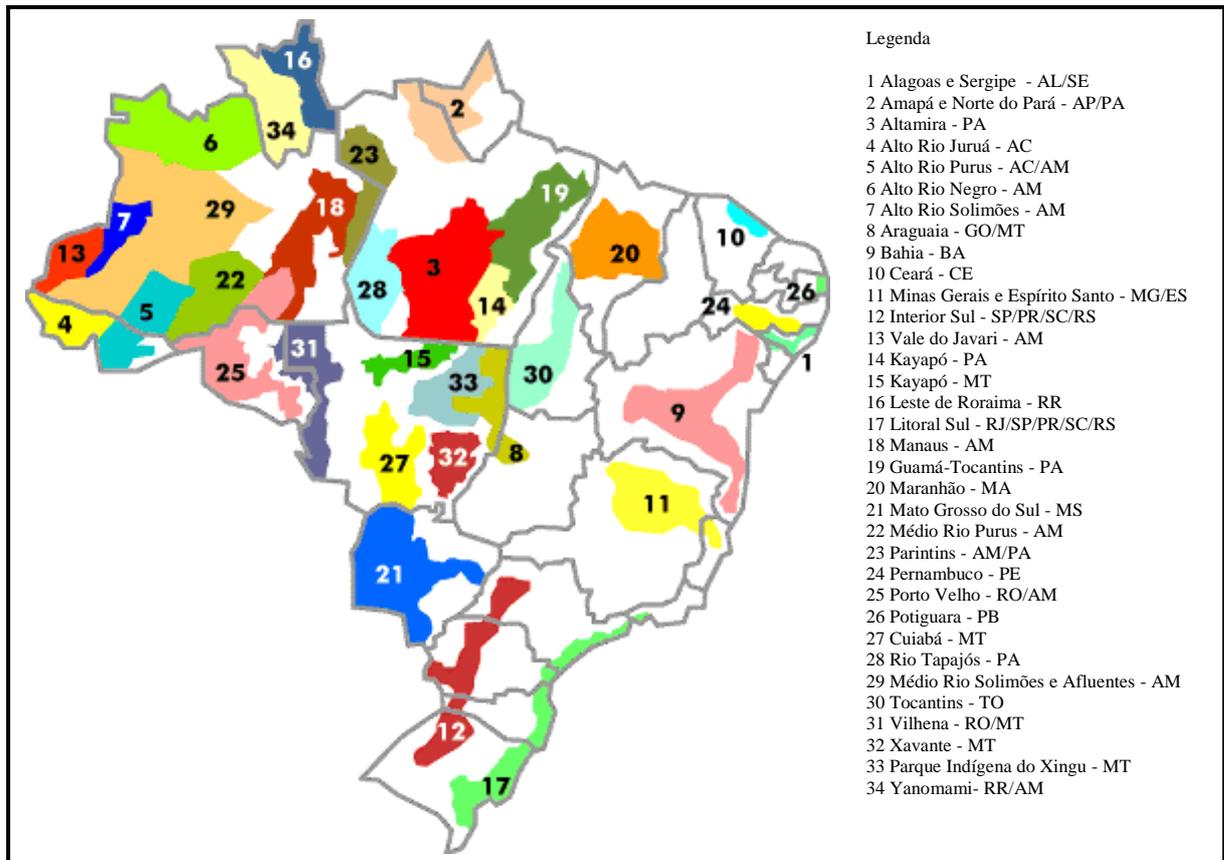
Nos moldes do Programa Saúde da Família – PSF, os distritos devem prover atenção básica à saúde da população indígena aldeada, mediante a atuação de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena – EMSI. Composta por médicos, enfermeiros, odontólogos e auxiliares de enfermagem, a EMSI atua de modo articulado ao trabalho do agente indígena de saúde, efetuando visitas periódicas de atendimento aos indígenas. Outros profissionais de saúde atuam com a equipe multidisciplinar de acordo com a necessidade local. Cada aldeia/comunidade conta com a atuação do agente indígena de saúde e de uma equipe multidisciplinar de saúde, com atividades vinculadas a um posto de saúde (GARNELO e PONTES, 2012; SANTOS *et. al.*, 2008).

O número, qualificação e perfil dos profissionais das equipes são estabelecidos de acordo com o planejamento detalhado de atividades, considerando: o número de habitantes, a dispersão populacional, as condições de acesso, o perfil epidemiológico, as necessidades específicas para o controle das principais endemias e o Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde a ser definido conforme a diretriz específica da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (BRASIL, 2002).

A organização territorial dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEIs definiu-se por critérios técnico-operacionais e geográficos, mas respeitando também a cultura, as relações políticas e a distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, o que necessariamente não coincide com os limites de estado e/ou municípios onde estão localizadas as terras indígenas (BRASIL, 2001a).

No Brasil, existem 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEIs. A Figura 2 mostra a distribuição dos DSEIs no território brasileiro.

Figura 2 – Mapa do Brasil com a localização dos DSEIs.

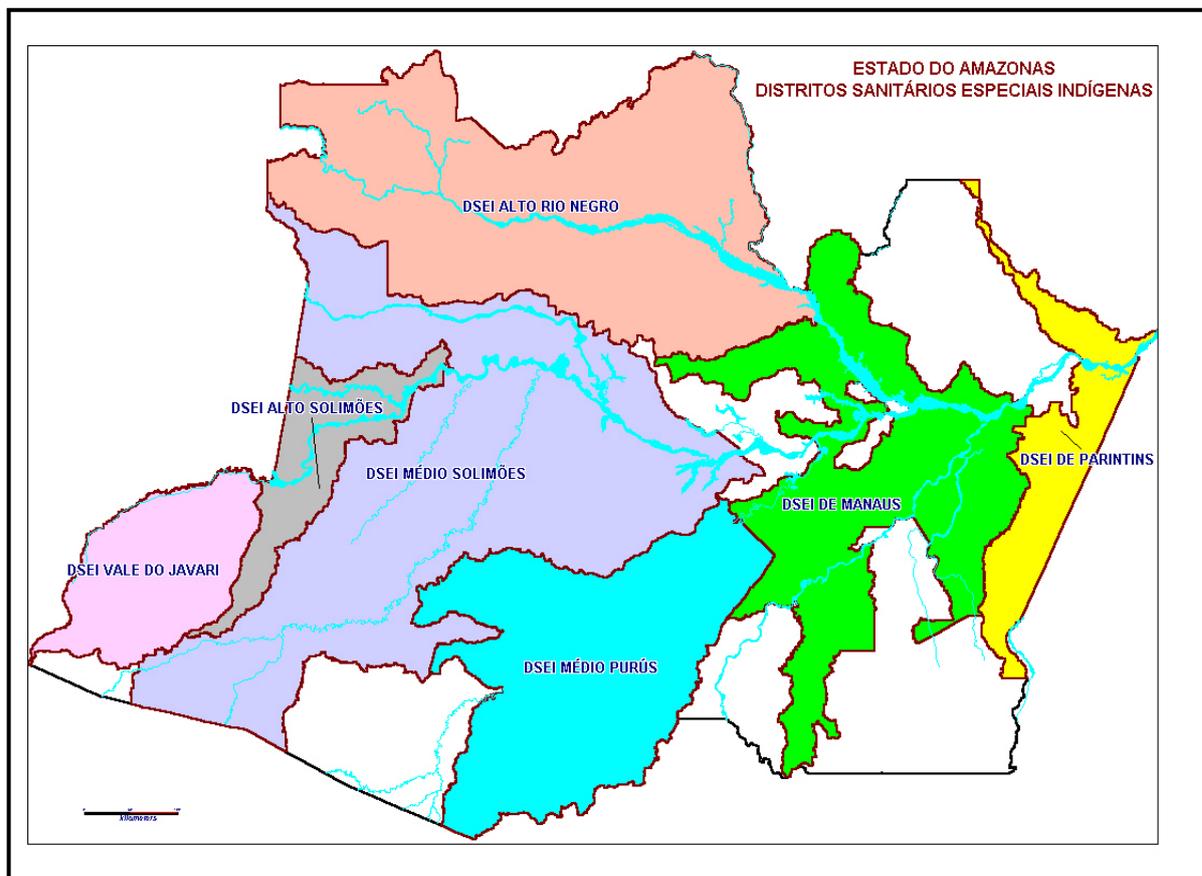


Fonte: BRASIL, 2012a.

A Figura 2 mostra uma maior concentração dos DSEIs na região norte do Brasil, tendo em vista a presença maior dos povos indígenas nessa região. Dos 34 DSEIs 18 estão localizados na região norte.

No Estado do Amazonas estão localizados 07 distritos com vasta abrangência e que abarcam quase todo o território do estado. São eles: Alto Rio Negro, Alto Rio Solimões, Vale do Javari, Manaus, Médio Rio Purus, Parintins, Médio Rio Solimões e Afluentes. A Figura 3 mostra a localização e a disposição dos DSEIs no estado do Amazonas.

Figura 3 – Mapa do Estado do Amazonas com a localização dos DSEIs

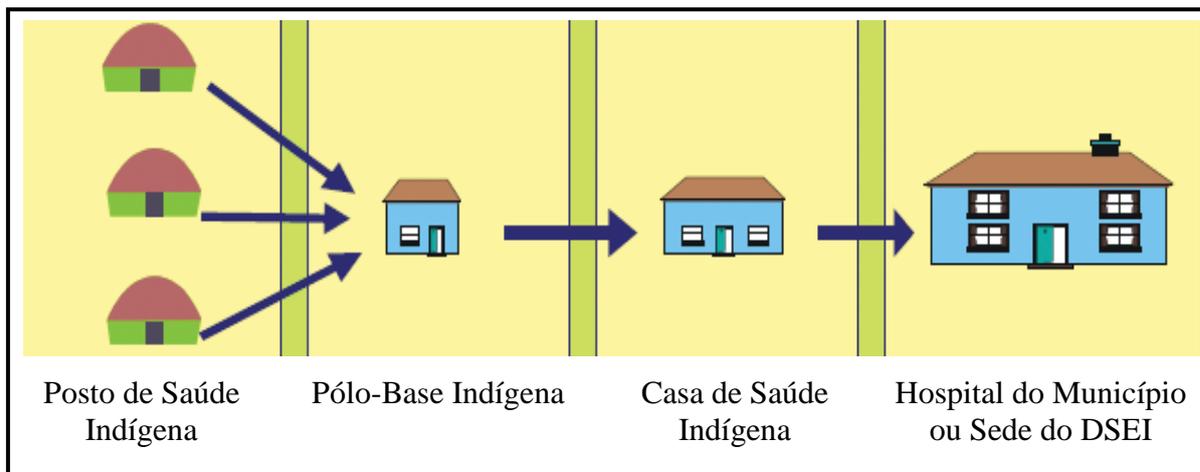


Fonte: BRASIL, 2012b.

Cada distrito tem uma rede de serviços de saúde dentro de seu território, integrada e hierarquizada, com complexidade crescente e articulada com a rede do SUS. A constituição da rede de serviços leva em conta a estrutura de serviços de saúde já existentes nas terras indígenas, a qual está sendo adequada e ampliada de acordo com as necessidades de cada local e prevê a existência de unidades básicas de saúde nas aldeias denominadas de pólos-base. A rede de serviços tem como base de organização os serviços de saúde nas aldeias (GARNELO e PONTES, 2012; SANTOS *et. al.*, 2008).

Cada DSEI conta com uma rede de serviços, ou seja, com um conjunto de unidades sanitárias onde o atendimento é realizado segundo níveis diferenciados de complexidade técnica das ações de saúde ali desenvolvidas. O DSEI é organizado de acordo com o modelo da Figura 4.

Figura 4 – Modelo de Organização dos Serviços de Saúde nos DSEIs.



Fonte: GARNELO e PONTES, 2012.

A Figura 3 mostra que, de acordo com o modelo de organização dos serviços, o Posto de Saúde é a unidade mais simples do Distrito Sanitário e nele atua o Agente Indígena de Saúde. Deve haver pelo menos um posto de saúde em cada aldeia. As ações de capacitação realizadas pelos profissionais de saúde/enfermeiros devem alcançar os AIS uma vez que são aqueles que estão mais próximos da população indígena na prestação de cuidados em saúde.

O nível seguinte, relacionado à organização do serviço, é representado pelo Pólo-Base, sendo a primeira referência para os indígenas. O DSEI é composto por um grupo de Pólos-Base e os 34 DSEIs do Brasil abrigam ao todo 351 pólos-base. Esta estrutura está localizada numa comunidade indígena ou num município e presta assistência a um conjunto de aldeias geograficamente próximas a ele.

Os Pólos-base contam com a atuação de médicos, odontólogos, técnicos em odontologia, enfermeiros e técnicos de enfermagem, os quais são responsáveis pelo atendimento e realizam capacitação e supervisão dos agentes indígenas de saúde que atuam nos postos de saúde conforme já referido anteriormente. O modelo de organização de atendimento à saúde hierarquizado resolve grande parte dos problemas de saúde dentro das aldeias e dos Pólos-Base, evitando a evolução de doenças para formas graves/severas (GARNELO e PONTES, 2012; SANTOS *et. al.*, 2008; BRASIL, 2002).

Em seguida, a Casa de Saúde Indígena é caracterizada como um centro de atendimento, cujo principal objetivo é apoiar o paciente indígena em área urbana, para exames, tratamento e consultas. A Unidade de Referência é o local para qual o paciente indígena é encaminhado para receber assistência de saúde complexa como ambulatórios ou

hospitais especializados, situados nas cidades, sedes de municípios ou, mais frequentemente, na capital dos estados.

4.4.2 Caracterização do Distrito Sanitário Especial Indígena Manaus – DSEI/MAO

Campo de pesquisa deste estudo, o Distrito Sanitário Especial Indígena Manaus – DSEI/MAO abrange 19 municípios do estado do Amazonas sendo eles: Anamá, Autazes, Beruri, Borba, Careiro Castanho, Careiro da Várzea, Humaitá, Iranduba, Itacoatiara, Manacapuru, Manaus, Manaquiri, Manicoré, Novo Airão, Novo Aripuanã, Nova Olinda do Norte, Rio Preto da Eva, Urucurituba e Urucará (BRASIL, 2012b).

Com uma vasta abrangência territorial de 235.405 km, o DSEI/MAO atende 25.341 indígenas, distribuídos em 204 aldeias, configurando 16 pólos-base. O DSEI/MAO atende 33 etnias, sendo Mura a etnia predominante (BRASIL, 2012b).

A Figura 5 mostra o mapa do Estado do Amazonas com abrangência territorial do DSEI/MAO.

Figura 5 – Mapa da abrangência territorial do DSEI/MAO



Fonte: BRASIL, 2012b.

A equipe de saúde que trabalha na assistência à saúde indígena nos pólos-base do DSEI/MAO apresenta-se da seguinte maneira.

Tabela 3 – Composição da equipe multidisciplinar de saúde nos Pólos Base do Distrito Sanitário Especial Indígena Manaus.

	Pólo-Base	Número de Médicos	Número de Odontólogos	Número de Técnicos em Odontologia	Número de Enfermeiros	Número de Técnicos de Enfermagem
1	Anamã	-	01	-	01	02
2	Beruri	-	01	-	02	06
3	Beija-Flor	-	-	-	01	03
4	Boca do Jauri	-	01	-	02	08
5	Careiro Castanho	-	-	-	02	05
6	Igapó Açú	-	01	01	02	06
7	Kwatá	-	01	01	02	05
8	Laranjal	-	01	-	01	02
9	Makira	-	01	01	01	04
10	Manacapuru	01	02	01	02	05
11	Manaquiri	01	01	01	01	05
12	Murutinga	-	01	01	02	09
13	Nossa Sr^a da Saúde	-	02	02	03	04
14	Pantaleão	01	01	01	04	11
15	Ponta Natal	-	-	01	01	03
16	Urucará	-	-	01	01	02
	Total	03	14	11	29	80

Fonte: BRASIL, 2012b.

A Tabela 3 apresenta a composição da equipe multidisciplinar de saúde indígena que trabalha nos Pólos-Base do DSEI/MAO. Observa-se que a equipe de enfermagem constitui a maioria dos profissionais de saúde dos pólos-base, com um total de 29 enfermeiros e 80 técnicos de enfermagem. Assim, a equipe de enfermagem corresponde a 80% dos profissionais nos pólos-bases do DSEI/MAO.

4.5 Capacitação dos Profissionais de Saúde Indígena

4.5.1 Capacitação nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena

O desenvolvimento de um programa de capacitação para equipe de saúde foi discutido nas I e II Conferências Nacionais de Saúde Indígena - CNSI, embora o enfoque principal nessas conferências fosse discutir a estruturação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEIs e a organização do atendimento para assistência a saúde indígena.

Foi a partir da III Conferência Nacional de Saúde Indígena, em 2003, que o tema da capacitação dos profissionais de saúde indígena se desenvolve e alcança proporções expressivas nas discussões dessa Conferência e das subsequentes. Após a formulação e implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI, define-se, como uma de suas diretrizes, a formação de recursos humanos, tanto em nível médio quanto superior, reafirmando a importância de capacitação para atuação dos Agentes Indígenas de Saúde – AIS e da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena – EMSI em contexto intercultural (BRASIL, 2006a).

A IV Conferência Nacional de Saúde Indígena, em 2006, foi importante para o desenvolvimento dos programas de capacitação da equipe de saúde indígena. O tema principal da IV CNSI que orientou as discussões foi “*Distrito Sanitário Especial Indígena: território de produção de saúde, proteção da vida e valorização das tradições*” e teve cinco eixos temáticos, dos quais destaca-se aquele que discutiu sobre trabalhadores indígenas e não-indígenas em saúde.

Aprofundando a temática da capacitação em Saúde Indígena na IV CNSI foram aprovadas quatro resoluções. O eixo temático sobre trabalhadores indígenas e não-indígenas em saúde aprovou a resolução que designa o Ministério da Saúde responsável pelos recursos destinados à capacitação e formação de pessoal. Ficou estabelecido que o Ministério da Saúde desenvolvesse capacitação de profissionais indígenas em nível médio e superior, em diversas categorias profissionais, como: médico, odontólogo, enfermeiro, técnico de enfermagem, entre outras, definindo estratégias para capacitação desses profissionais (BRASIL, 2006a).

Na mesma resolução, ficou definido que a Fundação Nacional de Saúde - FUNASA e os Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEIs estabelecessem parcerias com instituições educacionais, para formação e qualificação de trabalhadores indígenas, dando preferência às escolas técnicas, às instituições dos pólos de capacitação e outras que respeitem

as necessidades, particularidades culturais e o contexto local. Havendo ainda, profissionalização para indígenas em áreas da saúde, garantindo a certificação de sua formação e o seu reconhecimento como categoria profissional, além de incentivar e apoiar o trabalho integrado da equipe multidisciplinar de saúde indígena – EMSI (BRASIL, 2006a).

Ficou estabelecido que os programas de capacitação destinados à EMSI, devem incluir conteúdos para ampliar o conhecimento e a reflexão sobre a legislação do SUS e sobre a comunidade indígena. Esses temas devem ser incorporados na formação de todos os processos de formação de trabalhadores da área de saúde (BRASIL, 2006a).

Quanto à formação de trabalhadores para a atenção à saúde indígena ficou definido que o Ministério da Saúde, em pacto com o Ministério da Educação, inclua a disciplina Saúde Indígena na estrutura curricular da formação dos profissionais de enfermagem tanto do nível técnico como do nível superior e das demais categorias profissionais de saúde (BRASIL, 2006a).

4.5.2 Capacitação na implementação da PNASPI

Uma das diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI é a preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural. A PNASPI distingue a capacitação dos Agentes Indígenas de Saúde - AIS e capacitação das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena – EMSI.

A capacitação do AIS vem ocorrendo em serviço e de forma continuada, sob a responsabilidade da EMSI. O processo está elaborado dentro dos marcos preconizados pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB, Lei nº 9.394/96, que diz respeito ao ensino básico, direcionado para a construção de competências/habilidades, visando facilitar o prosseguimento da profissionalização nos níveis médio e superior (BRASIL, 2002; BRASIL, 2001a).

A capacitação do AIS deve ter como base uma ação educativa crítica, capaz de interferir nas práticas sanitárias das equipes de saúde e nas transformações políticas, tecnológicas e científicas relacionadas à saúde. Deve, ainda, assegurar o domínio de conhecimentos e habilidades específicas para o desempenho de suas funções. Os levantamentos etnográficos revelam que a melhor metodologia para a capacitação dos AIS é a participativa, propícia à comunicação intercultural, de modo a favorecer o processo recíproco de aquisição de conhecimento (ROCHA, 2007).

A PNASPI estabelece que a capacitação da EMSI deve conter, previamente, um conteúdo introdutório que contemple conceitos antropológicos, análise do perfil epidemiológico da região e capacitação pedagógica que a habilite a executar a formação dos Agentes Indígenas de Saúde. A política ressalta, ainda, que a capacitação dos recursos humanos para a saúde indígena deve ser priorizada como instrumento fundamental de adequação das ações dos profissionais e serviços de saúde do SUS às especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas e às novas realidades técnicas, legais, políticas e de organização dos serviços (BRASIL, 2002).

O programa de capacitação dos profissionais de saúde indígena não se restringe às EMSI e aos AIS. A PNASPI ressalta a importância de programas de capacitação para gestores, assessores técnicos, agentes administrativos e outros profissionais, sendo eles indígenas ou não-indígenas, estabelecendo a necessidade de realização de cursos de atualização, aperfeiçoamento, especialização nos variados setores das instituições que atuam no sistema de saúde indígena (BRASIL, 2002).

A FUNASA foi o órgão responsável pela execução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, e também o responsável por organizar o processo de capacitação para todos os servidores que atuam na área de saúde indígena até o ano de 2010 (BRASIL, 2002). Atualmente a capacitação dos profissionais é atividade de responsabilidade direta do próprio DSEI. Nesse sentido o presente estudo flagará a capacitação dos profissionais de saúde em dois momentos: no âmbito da FUNASA e no âmbito da SESAI.

4.5.3 Capacitação na Norma Orientadora de Capacitação – NOC

Para atender a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas na questão de preparação de recursos humanos, a Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, em 2007, até então responsável pela coordenação da saúde indígena no Brasil, aprovou a Norma Orientadora de Capacitação – NOC através da Portaria nº 238 de 21 de março de 2007, considerando o que estabelece a Política e as Diretrizes para o Desenvolvimento de Pessoal (BRASIL, 2007).

A utilização da NOC estendeu-se no período de transição da coordenação da saúde indígena da FUNASA para Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI nos anos de 2010 a 2012. Em 2013 a SESAI continua utilizando a NOC como base para o planejamento das capacitações.

A NOC determina as concepções e finalidades da capacitação no âmbito da saúde indígena para os profissionais, com destaque para a confecção do Planejamento Anual de Capacitação – PAC e elaboração dos Projetos de Atividades de Capacitação.

Segundo a NOC, o PAC tem por objetivo implementar as ações de capacitação de recursos humanos, a partir das necessidades levantadas. Cabe à coordenação de recursos humanos do DSEI/MAO analisar as propostas a fim de compatibilizar e elaborar o PAC.

O PAC constitui o instrumento das diretrizes da Política Nacional de Desenvolvimento de Pessoal, e visa atender as demandas de capacitação dos profissionais que atuam para o cumprimento da missão da instituição. Esse plano tem como princípio contribuir para o fortalecimento da missão institucional, buscando promover o desenvolvimento das competências. De acordo com Portaria nº275 de 12 de março de 2008, a execução do plano é de responsabilidade de cada unidade organizacional a quem se destina a qualificação, sob supervisão da Coordenação de Seleção e Desenvolvimento de Recursos Humanos, responsável também por consolidar as informações no Relatório de Execução do PAC (BRASIL, 2008).

Na NOC, a elaboração do Projeto de Atividade de Capacitação é enfatizada, pois o mesmo só poderá ser realizado após a aprovação do projeto pela instituição. A NOC apresenta o modelo padrão do documento a ser preenchido para a solicitação de capacitação para profissionais da saúde indígena.

O Quadro 1 apresenta as classificações das capacitações, suas modalidades e características, segundo a NOC.

Quadro 1 – Classificação das capacitações segundo a NOC.

Classificação	Modalidades	Características
Quanto à Localidade	Interna	Capacitações promovidas pela própria instituição
	Externa	Capacitações promovidas por outra instituição
	À distância	Capacitações realizadas por via rádio, televisão ou <i>internet</i>
	Presencial	capacitação que exige a presença do participante e do instrutor
	Em serviço	Capacitação em serviço realizada no próprio ambiente de trabalho
Quanto ao Objetivo	Integração	Capacitação introdutória para profissionais recém-chegados a instituição
	Formação	Capacitação de complementação escolar
	Atualização	Capacitação por meio da renovação de conhecimento, habilidades e atitudes do profissional
	Pós-graduação	Capacitação de aprimoramento do profissional com formação superior
Quanto à Carga Horária	Curta duração	Capacitação com CH de até 80h
	Média duração	Capacitação com CH entre 81 e 359h
	Longa duração	Capacitação com CH superior a 360h

Quanto à Avaliação das capacitações, a NOC apresenta formulários para registro de avaliação da capacitação. Segundo a NOC, a avaliação deve ser feita em duas dimensões: a) avaliação do evento sob ótica do participante e b) avaliação do Plano Anual de Capacitação – PAC sob ótica do coordenador do Setor de Recursos Humanos.

A NOC ainda orienta sobre os registros de frequência dos participantes; sobre emissão dos certificados dos participantes na capacitação; em relação aos recursos financeiros disponíveis e a respeito das competências das coordenações em nível institucional, regional, estadual e federal em relação ao planejamento, execução e avaliação das atividades de capacitação direcionadas aos profissionais da saúde indígena.

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória. A pesquisa descritiva tem como objetivo caracterizar e descrever determinadas populações ou fenômenos relacionados, onde o pesquisador os observa, descreve-os e classifica-os, utilizando-se de técnicas padronizadas de coleta de dados como questionários (GIL, 2008; POLIT *et. al.*, 2004).

A pesquisa exploratória é indicada quando o pesquisador deseja aprofundar o entendimento sobre o fenômeno além daquele que o estudo descritivo pode oferecer, investigando a sua natureza complexa e os outros fatores com os quais o tema está relacionado (POLIT *et. al.*, 2004). Tem o objetivo de proporcionar uma visão geral acerca de determinado fato. Esse tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado (GIL, 2008).

A pesquisa descreveu como acontece a capacitação dos enfermeiros do Distrito Sanitário Especial Indígena Manaus, e explorou o assunto através dos instrumentos de coleta de dados. Por isso classificou-se como pesquisa descritiva exploratória.

5.2 Campo de Estudo

A pesquisa abrangeu o Distrito Sanitário Especial Indígena Manaus – DSEI/MAO. Distrito em questão está localizado no município de Manaus e congrega dezenove municípios do estado do Amazonas. O espaço onde se realizou a pesquisa foi na sede do DSEI/MAO localizado no município de Manaus.

5.3 Sujeitos Participantes da Pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram doze enfermeiros e uma coordenadora pedagógica que trabalham no DSEI Manaus.

5.3.1 Critérios de inclusão

- Coordenador pedagógico em pleno exercício do cargo;

- Enfermeiros que trabalham diretamente na assistência à saúde indígena
- Enfermeiros que participaram de, no mínimo, uma capacitação referente à saúde indígena.

5.3.2 Critérios de Exclusão

- Enfermeiros que não atuem na assistência;
- E/ou enfermeiros que não haviam participado de nenhuma capacitação referente à saúde indígena.

5.4 Técnicas e Instrumentos de Coleta de Dados

Neste estudo foram utilizadas as seguintes técnicas de coleta de dados: análise documental e entrevista. Como instrumento de coleta de dados foi utilizado questionário, roteiro de entrevista e roteiro para análise de documentos.

5.4.1 Análise documental

A análise de documentos é uma técnica de pesquisa que consiste em um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos. O documento como fonte de pesquisa pode ser escrito ou não escrito, tais como filmes, vídeos, *slides*, fotografias ou pôsteres. Esses documentos são utilizados como fontes de informações, indicações e esclarecimentos que trazem seu conteúdo para elucidar determinadas questões e servir de prova para outras, de acordo com o interesse do pesquisador (Sá-Silva *et. al.*, 2009). Nessa pesquisa, foram utilizados para análise documental, os Projetos de Atividade de Capacitação do Programa de Capacitação dos enfermeiros que atuam no DSEI/MAO.

Seguindo as orientações de Cellard (2008), a análise documental se aplica em cinco dimensões: a) contexto do documento, b) autores, c) autenticidade e confiabilidade, d) natureza do documento, e) conceitos-chave e lógica interna do documento. Feita a seleção e análise preliminar dos documentos, o pesquisador procedeu a análise dos dados e realizou uma interpretação coerente com base no questionamento inicial do estudo: como está estruturado o Programa de Capacitação dos enfermeiros que atuam em área indígena?

Neste estudo, a análise de documentos teve a finalidade de atender ao objetivo descrever os processos formativos que compõem o Programa de Capacitação e, ainda, identificar as concepções metodológicas que norteiam esse programa.

Foram analisados os Projetos de Atividade de Capacitação destinados para os enfermeiros, realizados no período de agosto 2007 a agosto 2012. A definição desse intervalo deu-se em função da disponibilidade dos documentos nesse período.

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um roteiro de análise documental (APÊNDICE A) que contemplou os seguintes aspectos em relação a capacitação realizada: descrição, identificação do local, objetivos, metodologia, metas, etapas a cumprir, profissionais envolvidos, recursos e materiais necessários, conteúdo programático, resultados esperados e avaliação.

5.4.2 Entrevista

Define-se entrevista como técnica de coleta de dados em que o pesquisador se apresenta frente ao participante e lhe formula perguntas, com o objetivo de investigar dados que interessam para a pesquisa. É uma forma de interação social, e mais especificamente, é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e outro se apresenta como fonte de informação. Enquanto coleta de dados, a entrevista é bastante adequada para obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes (GIL, 2008).

Neste estudo, a entrevista tem como finalidade atingir os seguintes objetivos descrever os processos formativos que compõem o Programa de Capacitação e identificar os componentes essenciais de uma política de formação para enfermeiros que atuam em área indígena.

Segundo Gil (2008), as entrevistas podem ser classificadas em: a) entrevista informal, caracterizada por uma simples conversação; b) entrevista focalizada, semiestruturada ou semidirigida, que permite ao entrevistado falar livremente sobre o assunto, mas quando este se desvia do tema original o entrevistador deve retomar o tema; c) entrevista por pautas, também podem ser semiestruturadas ou semidirigidas, e seguem uma lista de pontos de interesse como um guia, apresentando um certo grau de estruturação; d) entrevista

estruturada que desenvolve-se a partir de uma relação fixa de perguntas, cuja a ordem e a variação permanecem invariáveis para todos os entrevistados.

Nesta pesquisa de acordo com Gil (2008), as entrevistas foram classificadas em semiestruturadas e foram realizadas com enfermeiros e com a coordenadora pedagógica do DSEI/MAO, utilizando-se um roteiro de entrevista (APÊNDICE B e C).

5.4.3 Questionário

Pode-se definir questionário como uma técnica de investigação composta por um conjunto de questões que é submetido a pessoas com o propósito de obter informações sobre conhecimentos, crenças, sentimentos, valores, interesses, expectativas, aspirações, temores, comportamento presente ou passado etc. (GIL, 2008).

Construir um questionário consiste basicamente em traduzir objetivos da pesquisa em questões específicas. Neste estudo o questionário pretende atingir o objetivo de caracterizar a capacitação dos enfermeiros que atuam em área indígena de abrangência do Distrito Sanitário Especial Indígena Manaus/AM.

O questionário (APÊNDICE D) foi entregue para 15 enfermeiros que trabalham na assistência à saúde indígena nos pólos-base do DSEI/MAO, dos quais 12 responderam. Tal procedimento compôs uma representatividade significativa para análise.

5.5 Análise de Dados

A análise de dados tem como objetivo organizar e sumarizar os dados de tal forma que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto (GIL, 2008).

Foram analisados dados quantitativos, produto do questionário que busca caracterizar a população do estudo no quesito qualificação profissional e qualitativos que busca analisar o programa de capacitação dos enfermeiros que atuam em área indígena.

Para análise do questionário foi utilizada a técnica de tabulação definida como o processo de agrupar e contar os casos que estão nas várias categorias de análise (GIL, 2008). Assim, os dados foram categorizados e tabulados eletronicamente no programa *Excel Windows 7* e submetidos a uma análise por meio de tabulação simples. Os dados foram submetidos a operações estatísticas simples de maneira que permitam ressaltar as informações obtidas, culminando em interpretações inferenciais. O produto dessa interpretação foi objeto

de análise para a caracterização do perfil dos enfermeiros que trabalham nos pólos-base do DSEI/MAO.

Para análise dos dados qualitativos foi utilizada a técnica de análise de conteúdo definida por Bardin (2011) como um conjunto de técnicas de análise das comunicações. A análise de conteúdo utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Tais procedimentos são criteriosos, com muitos aspectos observáveis, e colaboram bastante no desvendar dos conteúdos de seus documentos.

Para Minayo (2007), a análise de conteúdo compreende muito mais que um conjunto de técnicas. Na visão da autora, constitui-se na análise de informações sobre o comportamento humano, possibilitando uma aplicação bastante variada, e tem duas funções: verificação de hipóteses e/ou questões e descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos.

O processo de análise de dados envolve várias fases para obter significação dos dados coletados. No que se refere às etapas essenciais da análise de conteúdo, Bardin (2011) e Minayo (2007) usam diferentes terminologias, mas semelhantes em sua ação. Diante dessa diversificação e também pela aproximação terminológica, optou-se por utilizar como referência Bardin (2011) e Minayo (2007) para descrever as três fases da análise de conteúdo: primeira fase a pré-análise, segunda fase a exploração do material e terceira fase o tratamento dos resultados, inferência e a interpretação.

A primeira fase da análise de conteúdo, a pré-análise, é a organização dos dados coletados conforme os objetivos iniciais da pesquisa. Tem como objetivo operacionalizar e sistematizar as idéias iniciais, conduzindo para a confecção de um esquema de desenvolvimento da pesquisa. Esta fase é composta de três tarefas: leitura flutuante, constituição do *corpus* e reformulação de hipóteses e objetivos. A leitura flutuante consiste em tomar contato exaustivo como o material para conhecer seu conteúdo. Constituição do *corpus* é a organização do material sob normas bem definidas, são elas: a exaustividade, ou seja, deve-se esgotar a totalidade do texto contemplando todos os aspectos do roteiro; a representatividade, indicando que deve-se representar de forma fidedigna o universo estudado; a homogeneidade, pela qual deve-se obedecer com precisão aos temas e a pertinência, propondo que os conteúdos devem ser adequados aos objetivos do trabalho. Reformulação de hipóteses e objetivos é a última tarefa desta fase. Neste momento, determina-se a unidade de registro que pode ser uma palavra ou uma frase; a unidade de contexto definida como a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro; os

recortes; a forma de categorização; a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise.

A segunda fase da análise de conteúdo é a exploração do material, onde o texto será analisado, sistematicamente, em função das categorias formadas anteriormente. Consiste na exploração do material com a definição de categorias e a identificação das unidades de registro e das unidades de contexto nos documentos. Esta segunda fase é muito importante, porque possibilita interpretações e inferências que darão riqueza ao trabalho.

A terceira fase da análise de conteúdo é o tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Aqui os dados brutos são colocados em evidência o que permite ao analista inferências, isto é, passagem da premissa à conclusão, guiado tanto pelos conteúdos manifestos quanto pelos conteúdos latentes. O primeiro apresenta conclusões fundamentadas nos dados apresentados, o segundo abre espaço para cogitar o que há por detrás daquele dado bruto. Segundo Minayo (2007) a análise de conteúdo trabalha tanto com inferências estatísticas como com significados.

Os dados coletados nos documentos e nas entrevistas foram transcritos e analisados, de acordo com as etapas descritas por Bardin (2011) e Minayo (2007). Foi realizada a pré-análise que consiste na organização e leitura repetida do material a ser explorado, a fim de conhecer o conteúdo presente tanto nos documentos oficiais quanto no produzido nas entrevistas. Após a fase de exploração do material, esse foi analisado quanto às unidades de significados e por fim a interpretação dos dados coletados foi realizada a partir da triangulação da análise documental e análise das entrevistas, confrontados com a literatura.

5.6 Considerações Éticas da Pesquisa

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Federal do Amazonas para parecer e aprovado no dia 14/11/2012 sob o CAAE 09893112.2.0000.5020. Após a identificação dos sujeitos, foi estabelecido contato com os possíveis participantes da pesquisa e apresentada a proposta de estudo, respeitando a Resolução nº 196 de 1996, em vigor na época da pesquisa, que trata de normas para a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2003). Aqueles que aceitaram participar deste estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (APÊNDICE E, F e G).

6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise e discussão dos resultados propõe a examinar os objetivos e responder as questões norteadoras, estando estruturada em três seções:

Caracterização dos enfermeiros sujeitos da pesquisa – Esta seção apresenta uma breve definição das particularidades dos sujeitos da pesquisa, abrangendo os seguintes aspectos: perfil dos enfermeiros, experiência profissional e capacitação dos sujeitos da pesquisa.

Programa de Capacitação em Saúde Indígena para enfermeiros – Descrição e caracterização do Programa de Capacitação direcionado para enfermeiros que atuam na atenção à saúde indígena. Para analisar o Programa de Capacitação, foram utilizadas as etapas de elaboração da atividade educativa (Brasil, 2001b). Portanto, está subdividida em quatro etapas: Diagnóstico, Planejamento, Execução e Avaliação.

Componentes essenciais da capacitação em Saúde Indígena – Identificação dos componentes essenciais da capacitação para os enfermeiros que atuam em área indígena, relatando os elementos imprescindíveis para a realização das capacitações na opinião dos sujeitos da pesquisa.

6.1 Caracterização dos enfermeiros sujeitos da pesquisa

O período de coleta de dados desta pesquisa ocorreu nos meses de novembro de 2012 a março de 2013. A presença dos enfermeiros em Manaus/AM para atividades na sede do DSEI/MAO oportunizou iniciar a coleta de dados um mês antes do previsto. Esta etapa da pesquisa estendeu-se até março de 2013, pois durante os meses de dezembro de 2012 e janeiro de 2013 os enfermeiros estavam em recesso e/ou de férias das atividades laborais.

O estudo previa como sujeitos da pesquisa enfermeiros e técnicos de enfermagem. Entretanto a dificuldade de deslocamento dos técnicos para Manaus inviabilizou essa proposta mantendo-se apenas os enfermeiros, que mensalmente, deslocam-se uma vez por mês para a entrega dos relatórios mensais de produção na sede do DSEI/MAO.

Em janeiro de 2013, ocorreu um redimensionamento do quadro dos enfermeiros no DSEI/MAO: houve demissões, contratações e recontrações dos profissionais. A Tabela 3 (p.39) mostra que o quantitativo de enfermeiros de área indígena do DSEI/MAO era de 29 profissionais em 2012. Em 2013, esse número mudou como se observa na Tabela 4.

Tabela 4 – Comparativo da disposição de enfermeiros por Pólos Base do DSEI/MAO nos anos de 2012 e 2013.

	Pólo-Base	Número de Enfermeiros Jan/2012	Número de Enfermeiros Jan/2013
1	Anamã	01	01
2	Beruri	02	01
3	Beija-Flor	01	01
4	Boca do Jauri	02	01
5	Careiro Castanho	02	01
6	Igapó Açú	02	01
7	Kwatá	02	01
8	Laranjal	01	01
9	Makira	01	01
10	Marmelos e Maici	--	01
11	Manacapuru	02	01
12	Manaquiri	01	01
13	Murutinga	02	02
14	Nossa Sr^a da Saúde	03	02
15	Pantaleão	04	02
16	Novo Airão	--	01
17	Ponta Natal	01	01
18	Urucará	01	01
	Total	29	21

Fonte: Documento fornecido pela Organização Não Governamental – ONG CAIUÁ, órgão responsável pela contratação dos enfermeiros do DSEI/MAO.

Observa-se pela Tabela 4 o quantitativo de enfermeiros reduziu no ano de 2013 para 21 profissionais se comparado ao ano de 2012. Simultaneamente a redução do número de enfermeiros, ocorreu a implantação de dois pólos-base na estrutura do DSEI/MAO: Novo Airão e Marmelo-Maici.

Do total de 21 enfermeiros, 12 participaram da pesquisa. Os demais sujeitos, 8 não aceitaram participar e 1 não atendia os critérios de inclusão, pois ainda não havia participado de nenhuma capacitação promovida pelo DSEI/MAO. O questionário buscou traçar o perfil dos sujeitos, abrangendo os seguintes aspectos: idade, sexo, cor ou raça, instituição e ano de formação, experiência profissional e capacitação profissional.

6.1.1 Perfil dos Enfermeiros

Os enfermeiros têm entre 28 e 40 anos de idade, faixa etária que segundo a OMS, corresponde a fase de vida adulta. A maioria dos profissionais é do sexo feminino, com 10 enfermeiras e 2 enfermeiros. Alguns DSEIs preferem contratar o profissional do sexo masculino, pois consideram que algumas atividades que exigem esforço físico, como carregamento de material, percorrer longos caminhos, viajar por vários dias pelos rios da floresta amazônica, enfrentado perigosas descidas de cachoeira e concentrados de areia das praias. Mesmo assim, observa-se no DSEI/MAO maior presença do sexo feminino, reproduzindo o quadro profissional como em outras áreas da enfermagem.

A maioria denomina-se de cor ou raça parda, 7 enfermeiros, seguido da cor branca com 4 enfermeiros e cor preta com 1 enfermeiro. Não foram auto definidos a cor ou raça amarela e nem indígena.

Quanto ao tempo de formação em anos no curso de graduação em enfermagem temos a seguinte apresentação conforme a Tabela 5.

Tabela 5 – Número de enfermeiros em relação ao tempo de formado em anos em curso de graduação em enfermagem.

Tempo de Formado (em anos)	Quantidade de Enfermeiros	Porcentagem
0 – 2	0	0%
3 – 4	6	50%
5 – 6	3	25%
7 – 8	2	16,6%
9 – 10	1	8,4%
Total	12	100%

Observa-se na Tabela 5 que 6 enfermeiros têm de 3-4 anos de formação profissional, ou seja, são considerados recém-ingressos no mercado de trabalho da enfermagem e com pouca experiência profissional e deficientes nas habilidades instrumentais (MATTOSINHO *et. al.*, 2010).

Perguntados sobre a instituição de formação, as respostas se apresentam de acordo com a Tabela 6.

Tabela 6 – Característica das instituições de formação dos enfermeiros do DSEI/MAO.

Estado Federal	Quanto à característica	
	Pública	Privada
AM	01	08
PA	01	01
RR	--	01
Total	02	10

A Tabela 6 mostra que a maioria dos sujeitos graduou em instituições de ensino superior privadas, 10 enfermeiros. Observa-se que todas as IES estão localizadas em três estados da Região Norte do Brasil. Essa característica contribui na formação do enfermeiro que trabalha no DSEI/MAO, uma vez que, os cursos da área da saúde voltam-se para as peculiaridades e perfil epidemiológico da região em que estão localizadas. A Região Norte é onde está concentrada a maior parte da população indígena e por isso exige-se que na formação de profissionais contemple a saúde indígena.

6.1.2 Experiência Profissional dos Enfermeiros

A análise dos dados permitiu afirmar que o tempo de experiência profissional na área da saúde é de 3 a 10 anos, em média 5 anos. No campo da saúde indígena é de 1 a 8 anos com média de 4 anos. E quanto à experiência profissional no DSEI/MAO o tempo é de 1 a 7 anos com a média de 3 anos. Percebe-se portanto que os enfermeiros que ingressam na saúde indígena possuem alguma experiência na área da enfermagem e que são recém-ingressos no campo da saúde indígena e no DSEI/MAO.

Outro dado importante é que 6 dos enfermeiros entrevistados optaram pela área da Saúde Indígena como primeiro emprego após a formação acadêmica. Esse grupo tem em média 5 anos de experiência na enfermagem e na saúde indígena, ou seja, enfermeiros recém ingressados na profissão. Em contra partida, os 6 enfermeiros que provêm de outras áreas têm em média 6 anos de experiência na área da enfermagem e somente 3 anos de experiência na área de saúde indígena.

Comparando anos de experiência profissional, os enfermeiros que ingressam na área de Saúde Indígena como primeiro emprego têm mais vivência na assistência ao índio do que aqueles que provêm de outras áreas da enfermagem. Esse dado reflete a estabilidade do profissional na atuação de enfermagem em saúde indígena, uma vez que, os profissionais que entram na área da Saúde Indígena como opção de primeiro emprego, permanecem por mais tempo na prestação do serviço, do que aqueles que provêm de outras áreas da enfermagem. Isso pode comprovar-se durante as entrevistas, quando questionados sobre a escolha da área após formação acadêmica.

Não conheço outra área da enfermagem e não pretendo sair da saúde indígena E07.

Pode-se verificar, que o trabalho no DSEI/MAO foi o primeiro contato com a área da saúde indígena para 9 enfermeiros, enquanto que 3 relatam no questionário já ter tido experiência profissional em outros distritos da Região Norte, sendo 2 em RO e 1 no AM. Portanto, os enfermeiros que são contratados pelo DSEI/MAO, metade são recém-formados, sem experiência na área da enfermagem e a maioria é inexperiente na assistência à Saúde Indígena. Um outro dado interessante é que dos 9 enfermeiros que ingressaram na área de Saúde Indígena através do DSEI/MAO como primeira experiência profissional, 3 enfermeiros não possuem capacitação introdutória em Saúde Indígena oferecida pelo distrito.

Quanto à motivação para trabalhar na área de saúde indígena nesses dois grupos se diferencia: enfermeiros que ingressam na saúde indígena como primeiro emprego, 4 iniciaram no serviço por oportunidade e 2 enfermeiros por acreditar ter o perfil para trabalho. Portanto, os enfermeiros recém-formados que ingressam no mercado de trabalho na área de saúde indígena a maioria é pela oportunidade de trabalho. A entrega do currículo em diversas áreas é o principal modo de inserção no mercado de trabalho da maioria dos enfermeiros e, por isso, o primeiro emprego é através da oportunidade, podendo ser em qualquer área, mesmo não sendo o mais desejado pelo enfermeiro (JESUS *et. al.*, 2013).

Dos 6 profissionais que já trabalharam em outras áreas da enfermagem, 5 enfermeiros ingressaram na saúde indígena tendo como motivação principal o salário, e 1 pela oportunidade de trabalho. Então, observa-se que a maioria dos enfermeiros que ingressa na saúde com experiência de outras áreas da enfermagem, migra para área da saúde indígena pela oferta salarial, o que corrobora com estudo que afirma que a questão salarial se apresenta como um fator de motivação para o trabalho (BATISTA *et. al.*, 2005).

6.1.3 Capacitação dos Enfermeiros

Através da análise do questionário, buscou-se dados sobre a capacitação na modalidade de integração/ambientação, atualização, e pós-graduação.

Em relação à capacitação introdutória/ambientação em saúde indígena dentro da instituição de trabalho, verificou-se que 3 enfermeiros, não participaram da atividade até o momento de coleta de dados desta pesquisa. Além disso, os demais, 9 enfermeiros, participaram da atividade após terem ingressado na área indígena. O fato dos enfermeiros graduarem em instituições, onde são abordadas as especificidades da Atenção à Saúde Indígena de forma generalizada, torna-se uma necessidade extrema da instituição contratante proporcionar atividades de capacitação para o profissional adequar-se ao serviço proposto.

Quanto à atualização, considerada como cursos de carga horária de até 80 horas, analisou-se as atividades em outras áreas da saúde e atividades com enfoque em saúde indígena frequentadas pelos enfermeiros.

No campo da saúde, observou-se que os enfermeiros fazem menos de uma atividade por ano. A maioria dos cursos é da área de saúde pública, com enfoque nos programas da ESF. São eles: introdução a estratégia saúde da família, doenças tropicais, sala de vacina, controle da leishmaniose, controle de zoonoses, controle da tuberculose, controle e tratamento da malária e controle e tratamento da dengue. Portanto, as capacitações na área da saúde dão suporte a atuação dos enfermeiros em área indígena, uma vez que a maioria deles procuram atividades no campo da atenção primária, com ênfase nos programas que também são executados na estratégia da saúde da família indígena. Ainda na área da saúde, outras capacitações citadas pelos enfermeiros como primeiros socorros, técnica de curativos e administração de medicamentos contribuem para a assistência ao paciente indígena.

Quanto às capacitações com enfoque em saúde indígena, observou-se que a maioria dos enfermeiros participa de, pelo menos, uma capacitação por ano e todas são oferecidas

pelo DSEI/MAO. Estas atividades destacam à atuação dos enfermeiros nos programas da saúde indígena.

Em relação à capacitação de pós-graduação, verificou-se que a maioria 11 tem especialização e apenas 1 enfermeiro não tem nenhum tipo de pós-graduação. As especialidades dos enfermeiros do DSEI/MAO estão apresentadas na Tabela 7.

Tabela 7 – Relação das especialidades dos enfermeiros do DSEI/MAO.

Pós- graduação	Quantidade de Enfermeiros	Porcentagem
Unidade de Terapia Intensiva	04	33,3%
Saúde Pública	03	25%
Urgência e Emergência	02	16,6%
Gestão e Administração	01	8,3%
Obstetrícia	01	8,3%
Não tem	01	8,3%
Total	12	100%

Observa-se na Tabela 7 que o número de enfermeiros pós-graduados em Unidade de Terapia Intensiva – UTI é maior do que o número de enfermeiros com o curso de Saúde Pública. Aprofundando a análise em relação ao grupo dos 4 enfermeiros pós-graduados em UTI, verifica-se 02 enfermeiros já trabalharam em área hospitalar. Talvez isso, seja o motivo para a escolha do curso. Já no grupo de enfermeiros com especialização em Saúde Pública, todos tiveram como primeira experiência profissional a atenção básica. A escolha da pós-graduação é proporcional à escolha do primeiro trabalho, e muitas vezes, faz-se o curso de especialização de acordo com a necessidade da instituição empregadora. A especialidade em Urgência e Emergência destaca-se com 2 enfermeiros. Deste grupo de especialista em urgência e emergência, os 2 enfermeiros tiveram como primeiro emprego a atenção básica.

As especializações de Urgência e Emergência e UTI preparam o profissional para a atuação hospitalar de média e alta complexidade, conhecimentos que são pouco aplicados na área de saúde indígena, uma vez que nas comunidades não tem suporte para esse tipo de atendimento. A especialidade de saúde pública é a que mais aproxima da necessidade de capacitação do enfermeiro de área indígena, uma vez que trata de atenção primária ao paciente com ênfase nos programas da estratégia saúde da família. Mesmo sendo a minoria, os conhecimentos adquiridos na especialidade de obstetrícia são utilizados com frequência, já

que as indígenas optam pelo parto normal em domicílio. E a especialidade de Gestão e Administração é utilizada, pois o enfermeiro é responsável pelo planejamento, organização, execução de todas as atividades no campo da saúde indígena.

Em relação ao conjunto de pós-graduação, observa-se que os enfermeiros possuem especializações em UTI, Saúde Pública, Urgência e Emergência, Gestão e Administração e Obstetrícia, mas nenhum possui especialização em Saúde Indígena. A ausência de enfermeiros especialistas em Saúde Indígena pode ser justificada pela falta de oferta do curso em Manaus/AM.

Em síntese, a caracterização dos enfermeiros foi descrita em três aspectos: perfil, experiência profissional e capacitação. O perfil dos sujeitos da pesquisa se caracterizou pela predominância do sexo feminino, com idade que varia de 28 a 40 anos e de cor ou raça parda. De acordo com levantamento, a metade dos enfermeiros possui de 0 a 4 anos de formado, e por isso, são considerados recém graduados. Quanto a formação acadêmica, 10 dos 12 enfermeiros se formaram em Instituições de Ensino Superior Privadas. Todos os enfermeiros se formaram em instituições da Região Norte, provenientes de três estados: Amazonas, Pará e Rondônia.

Caracterizando a experiência profissional dos enfermeiros, metade dos sujeitos optou pela atuação na Saúde Indígena como primeiro emprego após a formação acadêmica e o fizeram, principalmente por oportunidade de trabalho. Estes enfermeiros têm, em média, mais experiência profissional no campo da Saúde Indígena do que aqueles provenientes de outras áreas da enfermagem. A outra metade dos enfermeiros migrou para a saúde indígena atraídos pelo salário.

Quanto à capacitação profissional esta se apresentou em três modalidades integração/ambientação, atualização, e pós-graduação. Na modalidade de integração/ambientação, mesmo com o objetivo de capacitar os novos profissionais para a inserção no contexto indígena, todos os profissionais sujeitos da pesquisa adentraram em área indígena sem a capacitação introdutória. Verificou-se que os enfermeiros participam mais de atividades de capacitação com enfoque em saúde indígena do que em outras áreas da saúde. Ambas contribuem na atuação do enfermeiro em área indígena, já que a maioria das capacitações na área da saúde é focada na atenção primária e em programas da estratégia saúde da família, que são desenvolvidos, também, na saúde indígena.

Em relação a capacitação de pós-graduação observou-se que 91,7% dos enfermeiros tem curso de pós-graduação *Lato Sensu*, os quais predominam os cursos de especialização em

Unidade de Terapia Intensiva e Saúde Pública. Nenhum dos enfermeiros tem especialização em Saúde Indígena.

6.2 Programa de Capacitação em Saúde Indígena para enfermeiros

Para descrever como a capacitação é desenvolvida utilizou-se as quatro etapas para a realização de uma ação educativa, baseada nas recomendações do Ministério da Saúde, a saber: 1. Diagnóstico que implica na identificação dos problemas no contexto da saúde; 2. Planejamento das ações que inclui a determinação de objetivos, população-alvo, metodologia, recursos cronograma de atividades; 3. Execução que implica na operacionalização da ação educativa; 4. Avaliação que inclui a verificação do alcance dos objetivos (BRASIL, 2001b).

6.2.1 Diagnóstico

O levantamento das necessidades de capacitação está descrito na Norma Orientadora de Capacitação – NOC de saúde indígena e tem como objetivo identificar as necessidades de desenvolvimento dos profissionais da instituição. Essa norma foi elaborada e aprovada em 2007 pela gestão da FUNASA, e é utilizada pelo DSEI/MAO desde a transição da coordenação da saúde indígena para SESAI, por não haver, ainda, um documento substitutivo desta nova gestão (BRASIL, 2007).

A NOC afirma que cabe a coordenação de recursos humanos promover o levantamento das necessidades de capacitação com vistas a subsidiar a elaboração do Plano Anual de Capacitação – PAC.

A análise das entrevistas mostra que a etapa do diagnóstico das capacitações dos enfermeiros do DSEI/MAO ocorre de duas maneiras: a) através do levantamento de temas realizado pela coordenadora pedagógica e coordenadores dos programas de saúde indígena e b) pelo não alcance das metas pactuadas expressas nos relatórios mensais de produção dos enfermeiros. Desse modo, por exemplo, a baixa cobertura vacinal pode sugerir uma capacitação sobre esse tema, quando verificado que uma das falhas para o desenvolvimento do programa é a falta de atualização profissional.

O levantamento dos temas é realizado ao final de uma capacitação em reunião com a coordenadora pedagógica e enfermeiros, como se observa nas falas dos sujeitos.

[...] então ela [coordenadora pedagógica] reuniu os enfermeiros e perguntou o que a gente estava necessitando ser capacitado. (E3).

A coordenadora pedagógica colheu as informações dos assuntos que a gente queria ser capacitado. (E8).

As falas demonstram que, no DSEI/MAO, após as capacitações os enfermeiros reúnem-se com a coordenadora pedagógica para discutir sobre as próximas capacitações. O levantamento dos temas em grupo é fundamental para o conhecimento da necessidade de capacitações que os enfermeiros julgam ser mais necessária, permitindo que dados colhidos se aproximem da realidade vivida por esses profissionais.

Além do levantamento dos temas com a coordenadora pedagógica em reunião grupal, os enfermeiros de área têm a possibilidade de conversar com os coordenadores dos programas de saúde indígena, como se observa nas falas dos entrevistados.

[...] os coordenadores dos programas de saúde perguntaram dos enfermeiros qual seria a prioridade das capacitações e nós citamos imunização. (E4).

A gente conversa com os coordenadores dos programas de saúde e eles vão juntando os assuntos que são mais solicitados. Na hora da confecção das capacitações os enfermeiros de sede participam. (E6).

[...] os coordenadores dos programas consultam os enfermeiros de base sobre alguns cursos que são prioridades. (Coordenadora Pedagógica).

As falas afirmam que os coordenadores dos programas de saúde indígena, os quais são enfermeiros que trabalham na sede do DSEI/MAO, também participam do levantamento dos temas para as capacitações através das reuniões individuais com os enfermeiros de área. Essas reuniões acontecem pelo menos uma vez a cada trimestre e são feitas na sede do DSEI/MAO. Esse levantamento serve para o diagnóstico das capacitações prioritárias.

Observa-se que na etapa do diagnóstico, tanto em reuniões grupais com a coordenadora pedagógica quanto em reuniões individuais com os coordenadores dos programas de saúde indígena, é realizado apenas o levantamento dos temas. Dessa forma, a etapa do diagnóstico não identifica o objetivo que se quer alcançar com a capacitação.

Definir os objetivos de uma atividade proporciona uma direção concreta para a seleção dos conteúdos, determinando os conhecimentos e conceitos a serem assimilados e habilidades a serem desenvolvidas para que o aluno possa aplicar o conteúdo na prática (LIBÂNEO, 1994; BLOOM, 1956). Um objetivo previamente estabelecido indica a direção do processo para que seja atingido determinado resultado (SANT'ANNA *et. al.*, 1989). Portanto, a definição dos objetivos junto com os enfermeiros, seria interessante, uma vez que, estes guiam a seleção dos conteúdos, direcionando a capacitação para a real necessidade dos enfermeiros.

Além do levantamento de temas com reuniões grupais e individuais com os enfermeiros de área, o DSEI/MAO utiliza a análise do relatório mensal de produção para observar possíveis dificuldades dos enfermeiros em executar os programas de saúde indígena, através do não alcance de metas estabelecidas pela instituição. Os relatórios mensais de produção classificam-se como dados secundários que também podem ser utilizados para o diagnóstico pretendido (BRASIL, 2001b). Assim, outra maneira adotada pelo DSEI/MAO para a realização do diagnóstico das capacitações prioritárias, é a análise do relatório mensal de produção, como afirmam os enfermeiros:

A programação dessas capacitações é feita com os temas voltados para a dificuldade que a coordenadora pedagógica acompanha mediante os relatórios mensais que a gente entrega. (E1).

Os coordenadores dos programas de saúde analisam nossos relatórios mensais e a partir daí conseguem ver quais programas nós estamos com dificuldade de executar. (E5).

A análise dos relatórios mensais de produção indica em quais ações de saúde os enfermeiros demonstram deficiência. A partir dessa análise e interpretação, a coordenadora pedagógica pode estabelecer prioridades, no nível de resolutividade, para atenuar os problemas de saúde indígena. Esse é um dado que seleciona uma capacitação como prioritária, uma vez que se torna necessária para atingir as metas do programa de saúde e melhorar na atuação profissional do enfermeiro em área indígena.

As reuniões coletivas e individuais somadas a análise dos relatórios mensais de produção dos enfermeiros dão suporte para o estabelecimento de temas prioritários para as capacitações em saúde indígena. A partir disso, a coordenadora pedagógica consegue identificar os pontos-chave do problema, finalizando a etapa do diagnóstico.

A participação dos enfermeiros de área, dos coordenadores dos programas de saúde e da coordenadora pedagógica do DSEI/MAO é importante para a construção do diagnóstico, uma vez que, nesta etapa há participação do grupo envolvido, compartilhando opiniões sobre o processo. Isso é um ponto positivo no DSEI/MAO.

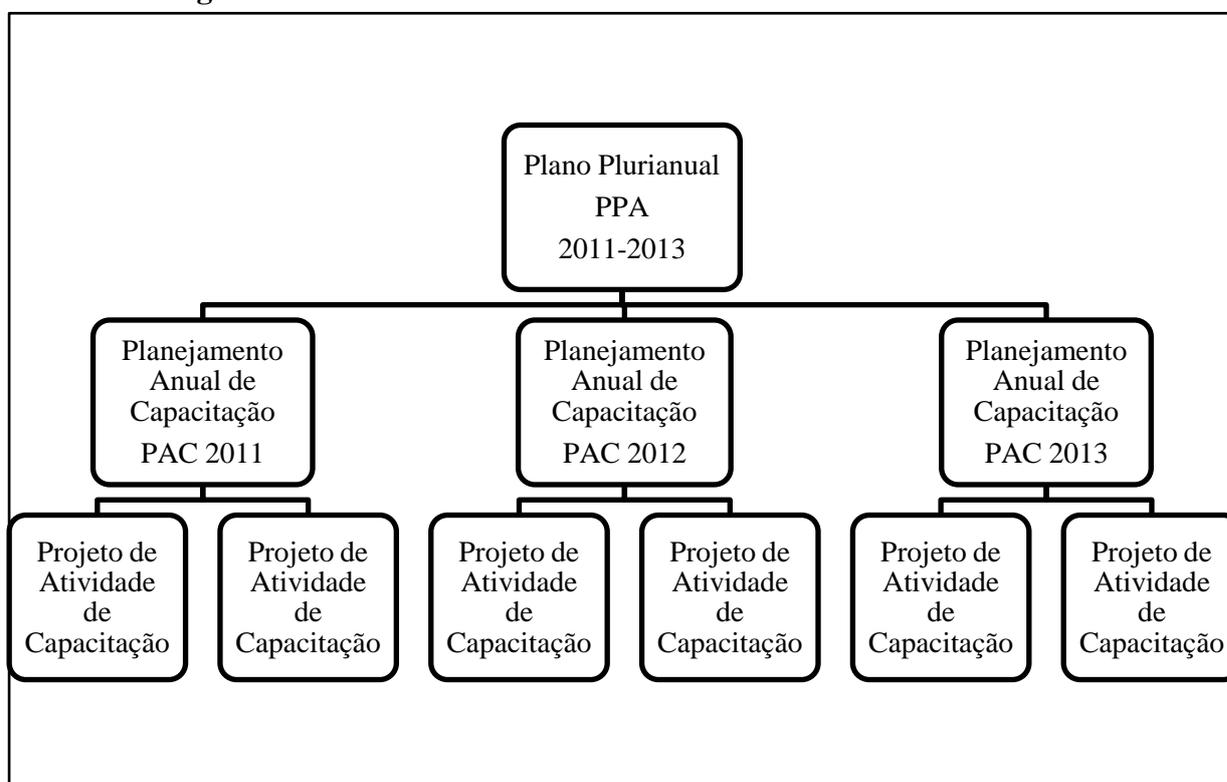
6.2.2 Planejamento

A segunda etapa para a realização da capacitação é o planejamento da atividade, utilizado para organizar o trabalho pedagógico através de procedimentos didáticos. Nesse contexto, o plano torna-se um documento capaz de registrar ações como: aquilo que pretende

desenvolver, de que maneira desenvolver, quando realizar a atividade, quais os materiais necessários ao processo educativo, quais sujeitos que integram a atividade pedagógica. O plano define-se, então, como a apresentação sistematizada e justificada das decisões tomadas relativas à capacitação a realizar (OSÓRIO, 2001).

De acordo com a NOC, o planejamento das capacitações no DSEI/MAO está estruturado em três dimensões: Planejamento Plurianual – PPA, o Planejamento Anual de Capacitação – PAC, e Projeto de Atividade de Capacitação, conforme apresenta a Figura 6.

Figura 6 – Esquema Organizacional do Planejamento das Capacitações no DSEI/MAO segundo a NOC.



Fonte: BRASIL, 2007.

O Plano Plurianual – PPA é um instrumento elaborado a cada três anos, pelo qual a gestão orienta o planejamento das capacitações. No PPA estão definidas as metas físicas e financeiras para fins de detalhamento dos orçamentos anuais em um período de três anos, levando em consideração os resultados alcançados no período anterior e os propostos para o subsequente (BRASIL, 2007).

O PPA dá origem ao Plano Anual de Capacitação – PAC que é o instrumento de planejamento anual de ações de capacitações, no qual devem ser definidas metas a serem atingidas em consonância com os resultados institucionais propostos. O PAC tem por objetivo

implementar em cada exercício as ações de capacitação estabelecidas no PPA, contemplando os eventos identificados a partir do levantamento das necessidades de capacitação, realizado na etapa do diagnóstico (BRASIL, 2007).

Cada atividade disposta no PAC deve ser detalhada nos Projetos de Atividades de Capacitação que são documentos que descrevem as capacitações quanto ao tema, ano de realização, carga horária, público-alvo e profissionais envolvidos. Seguindo com a descrição da justificativa de realização da atividade, objetivo, conteúdo programático com os temas abordados naquela capacitação incluindo as avaliações, metodologia e estratégias de ensino utilizadas na atividade, metas que a instituição pretende alcançar e recursos financeiros (BRASIL, 2007).

De acordo com a NOC, os planejamentos supracitados, devem ser elaborados pelo Setor de Capacitação, no DSEI/MAO, composto apenas pela Coordenadora Pedagógica.

Uma vez estabelecido o diagnóstico, o planejamento das capacitações é consolidado no Plano Anual de Capacitação – PAC como afirma a coordenadora pedagógica.

[...] após essas conversas eu analiso as sugestões de capacitação e coloco no PAC. (Coordenadora Pedagógica).

A elaboração do PAC não garante que as capacitações solicitadas pelos enfermeiros de área e que foram analisadas pela coordenadora pedagógica sejam executadas. As capacitações presentes no PAC, muitas vezes, dão lugar a capacitações emergenciais exigidas pela instituição, seja para a implementação de uma ação de saúde ou para dar suporte aos enfermeiros sobre determinado agravo de saúde dentro da área indígena. Esse fato prejudica o planejamento e execução das capacitações. Além disso, as capacitações são analisadas quanto à previsão de custos; e dependendo dos recursos financeiros disponíveis, a atividade pode ser inviabilizada. Dessa forma, o PAC nem sempre é cumprido completamente; e a necessidade de capacitação dos enfermeiros de área indígena não é atendida em toda sua instância.

Para a elaboração dos Projetos de Atividades de Capacitação, observa-se nas falas dos sujeitos que a participação dos enfermeiros de área e dos coordenadores dos programas de saúde já não é mais vista, sendo a coordenadora pedagógica, a profissional que segue como única responsável nesse processo de confecção do documento.

Participar do planejamento a gente não participa, quando a gente chega já está tudo pronto. (E1)

A coordenadora pedagógica planeja e quando está tudo planejado ela convoca os enfermeiros. (E3).

[...] a gente não participa do planejamento. (E4).
Em nenhum momento os enfermeiros participam do planejamento. (E5).

A NOC estabelece que a formulação do Projeto de Atividade de Capacitação cabe à Coordenação dos Recursos Humanos. Dentro desta coordenação há o Setor de Capacitação – SECAP que fica sob a responsabilidade de um coordenador pedagógico. Assim, a elaboração dos Projetos de Atividade de Capacitação, fica a cargo da coordenadora pedagógica do DSEI/MAO. Desse modo, esta profissional detém o poder de decidir sobre período e local de realização, público-alvo, número de participantes, conteúdo programático, ou seja, todos os itens, citados anteriormente, referentes ao Projeto de Atividade de Capacitação.

Bordenave (1994) define participação como fazer parte de algum grupo ou tomar parte numa determinada atividade. Isso quer dizer que fazer parte do grupo não é poder tomar parte das decisões. Disso deriva a diferenciação entre participação passiva, onde as pessoas fazem parte e recebem informações das decisões já tomadas; e participação ativa, onde as pessoas tomam parte das decisões e dividem a liderança.

Com base nos conceitos definidos por Bordenave (1994), ao analisar a participação dos enfermeiros nas tomadas de decisão em relação ao planejamento das capacitações, verifica-se características da participação passiva, onde os enfermeiros são consultados em determinadas situações, mas a decisão final fica a cargo da coordenação.

Nas entrevistas, os enfermeiros demonstraram a importância de uma participação ativa na elaboração da proposta pedagógica. Como por exemplo, o questionamento de uma enfermeira sobre o local a ser realizada a capacitação.

O DSEI traz os enfermeiros para Manaus, mas porque não realiza em área? (E1).
Eu acho que esses cursos poderiam ser num outro município e não em Manaus. (E5).

As manifestações dos entrevistados mostram a insatisfação sobre o local de realização das capacitações. Essa situação poderia ser discutida se os Projetos de Atividade de Capacitação fossem elaborados com a participação ativa dos enfermeiros de área.

A observação de como as etapas do processo de capacitação acontecem na prática poderia elucidar a questão da participação dos enfermeiros no planejamento das atividades, mas a análise dos documentos junto com as entrevistas mostram que a participação deles é restrita ao levantamento das necessidades de capacitação.

A participação limitada dos enfermeiros na construção do Projeto de Atividade de Capacitação não é suficiente na percepção dos mesmos, como refere a fala.

A questão da participação do enfermeiro de área dentro da programação do curso seria ideal, os cursos seriam mais voltados pra gente mesmo, pro que a gente precisa. (E1).

A fala da enfermeira reflete sobre a importância da participação ativa dos enfermeiros, pois são eles que vivem a realidade no trabalho em área indígena e podem contribuir bastante na elaboração dos Projetos de Atividade de Capacitação. Essas observações nos remetem a necessidade de um planejamento participativo para que as opiniões dos enfermeiros de área sejam analisadas e que haja melhoria na execução das atividades.

Segundo Waldow (2009) a qualidade do ensino está diretamente ligada à participação de todos os envolvidos no processo, o que confirma a importância de uma participação mais efetiva no processo de planejamento. Isso traz em evidência a concepção do Planejamento Participativo como base para elaboração das propostas pedagógicas dos cursos de capacitação.

Segundo Vianna (1986), o planejamento participativo constitui uma estratégia de trabalho que propõe uma nova forma de ação cuja força caracteriza-se na interação e participação de muitas pessoas agindo em função de necessidades, interesses e objetivos comuns. Realizar um planejamento participativo na confecção das propostas pedagógicas dos cursos de capacitação torna-se importante de modo que todos os esforços sejam canalizados para desenvolver as atividades educativas.

A prática do planejamento participativo nas atividades educativas como estratégia de trabalho possibilita um diálogo crítico e reflexivo, levando à troca de experiências e fomentando a participação de todos no processo de ensino-aprendizagem. A participação é um processo de desenvolvimento da consciência crítica e de aquisição de poder. Quando se promove a participação deve-se aceitar o fato de que ela transformará as pessoas, antes passivas e conformistas, em pessoas ativas e críticas (BORDENAVE, 1994).

Além disso, deve-se antecipar que o planejamento participativo ocasionará uma descentralização e distribuição do poder, antes concentrado numa autoridade ou num grupo pequeno. Dessa forma a participação dos enfermeiros de área no planejamento leva-os à apropriação do desenvolvimento, torna-os responsáveis pela concretização da atividade, pois toda vez que o povo participa do planejamento e execução de uma atividade ou processo, ele se sente proprietário do mesmo e co-responsável de seu sucesso ou fracasso (BORDENAVE, 1994).

Assim, a participação dos enfermeiros na elaboração dos Projetos de Atividades de Capacitação possibilitará o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo dos envolvidos no processo. Ainda, descentralizará a responsabilidade da coordenadora pedagógica como única na construção da atividade. Assim todos serão responsáveis pela execução da atividade de capacitação.

O Projeto de Atividade de Capacitação deve ser elaborado um para cada curso que se pretende executar. É um documento detalhado, podendo ser inviabilizado caso haja erros ou informações insuficientes. Essa questão foi relatada pelos enfermeiros como uma das dificuldades durante a etapa do planejamento das capacitações.

[...] o planejamento da capacitação tem que ser bem feito, vendo a questão da logística que é o que mais pega para gente. (E8).

Esta fala de um dos enfermeiros reflete a importância da elaboração do Projeto de Atividade de Capacitação, com vistas a um planejamento bem estruturado, pois isso ocasionará o sucesso ou o insucesso da capacitação.

Um exemplo de que um Projeto de Atividade de Capacitação mal planejado pode ocasionar falha na execução é na escolha do período de realização. Neste item, deve-se determinar um período que os profissionais estejam disponíveis para participar da capacitação.

[...] eu sabia que ia ter capacitação, mas eu estava em área fazendo vacina e não pude participar. (E4).

[...] eu não sabia se ia pra capacitação ou se terminava minhas ações em área. (E3).

Planejar um período adequado garante a presença dos enfermeiros na capacitação. Os enfermeiros do DSEI/MAO permanecem morando em área indígena de 30 a 45 dias, período em que realizam suas atividades laborais. Realizar uma atividade durante ações de saúde faz com que os enfermeiros tenham que escolher entre participar da capacitação e realizar seu trabalho. Percebe-se que a falha maior no planejamento é a falta de participação dos enfermeiros, pois neste exemplo, os profissionais não foram consultados quanto ao período de retorno das atividades laborais, o que amenizaria os erros na execução da capacitação.

A análise documental dos Projetos de Atividade de Capacitação revela que, no período de transição da coordenação da Saúde Indígena da FUNASA para a SESAI que ocorreu nos anos de 2010 a 2011, não houve planejamento das capacitações. Esse fato foi comprovado através da entrevista com a coordenadora pedagógica.

Em 2010 e 2011, na verdade não houve nem planejamento. A SESAI apenas estava organizando o serviço dos setores do DSEI, instituindo chefias, profissionais novos chegando. Não existiu um planejamento. (Coordenadora Pedagógica).

Nas falas observa-se, que nesse período a fragilidade no planejamento das ações repercutiu no processo de capacitação, tendo como resultado a diminuição e até ausência dos cursos para equipe de enfermagem.

Perguntada sobre a ausência de capacitações, a coordenadora pedagógica declarou.

[...] o que acontecia de capacitação eram apenas planos emergenciais para atender as demandas dos pólos-base. (Coordenadora Pedagógica).

A definição de planos emergenciais de capacitação não foi achada na NOC e mesmo que tenha sido realizado um planejamento das capacitações emergenciais, esses documentos não foram encontrados. Como o nome já sugere, foram cursos de arranque para cobrir as falhas de execução das ações de saúde indígena e não são regulamentados pela NOC que rege a capacitação em saúde indígena do DSEI/MAO.

A coordenadora pedagógica levanta outra questão sobre o planejamento das capacitações nesse período de transição da coordenação da Saúde Indígena da FUNASA para a SESAI, relatando que não houve um direcionamento da SESAI em Brasília para elaboração das capacitações em saúde indígena.

[...] dificuldade que vejo no planejamento é a falta de experiência e de orientação por parte da SESAI em Brasília. (Coordenadora Pedagógica).

Nesta fala, a coordenadora pedagógica relata que durante a transição da direção da saúde indígena da FUNASA para SESAI, a falta de direcionamento no planejamento da nova gestão foi um fator que prejudicou a execução das atividades.

O custo financeiro investido na capacitação em área indígena é importante para o planejamento, vez que, os profissionais precisam deslocar-se da área indígena para o local de realização das capacitações.

Trabalhar com pessoas que vem lá da aldeia tem que ser bem planejado a questão do custo de diárias e passagens. (Coordenadora Pedagógica).

Não se pode executar uma atividade de capacitação sem recursos financeiros. Então, dentro do Projeto de Atividade de Capacitação, o item dos recursos financeiros deve ser bem

elaborado, pois este é uma informação valiosa para a instituição e, a partir disso, ela irá aprovar ou não a execução da atividade

A disponibilidade de recurso financeiro é uma dificuldade e prejudica o êxito das capacitações, como observa-se na fala.

A dificuldade maior é a questão do recurso financeiro mesmo. Eles acabam sem fazer aquelas capacitações por não ter dinheiro. (E5).

Realizar uma atividade de capacitação com profissionais de área indígena torna-se um custo elevado para a instituição. Os enfermeiros de área do DSEI/MAO totalizam 21 em 2013 e moram em seus municípios de referência. Para realizar uma atividade de capacitação, esses enfermeiros deslocam-se para Manaus, necessitando de hospedagem e diárias para se manter na capital. O deslocamento dos enfermeiros da comunidade indígena para o local da capacitação somada ao custo de mantê-los em Manaus exige um recurso financeiro elevado.

A responsabilidade dos recursos financeiros está prevista na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e é função do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002). De acordo com a NOC, o DSEI/MAO tem a responsabilidade de custear os eventos de capacitação: passagens, ajuda de locomoção, diárias, bem como oferecer hospedagem e alimentação (BRASIL, 2007).

Na entrevista os enfermeiros de área expressam a opinião que a falta de recursos financeiros pode ocasionar a ausência de capacitações.

Acho que assim só não tem mais capacitações porque infelizmente precisa de dinheiro. Acho que não tem mais em virtude disso porque requer muito dinheiro. (E6).

O recurso financeiro para realizar as capacitações para os enfermeiros do DSEI/MAO provém de duas formas: da ONG/CAIUÁ, órgão responsável pelo contrato dos enfermeiros de área do DSEI/MAO e da SESAI/BRASÍLIA, órgão gestor de todos os DSEIs do Brasil. A coordenadora pedagógica explica a procedência do recurso para executar as capacitações.

[...] tem o recurso financeiro da ONG/CAIUÁ. Eles determinam, por exemplo, quarenta mil para a capacitação dos enfermeiros, independente de quantas estejam planejadas. E tem o recurso financeiro da SESAI/BRASÍLIA que o DSEI/MAO recebe com base no PAC. (Coordenadora Pedagógica).

Na fala da coordenadora pedagógica observa-se a procedência do recurso financeiro para executar as capacitações. No recurso financeiro da ONG/CAIUÁ é estipulado um valor disponível por ano, independente do levantamento de necessidade de capacitações pelos enfermeiros. Isso pode prejudicar a execução das atividades, pois como o gasto com capacitações dos profissionais de área indígena tem um custo elevado com passagens, ajuda de locomoção, diárias, hospedagem e alimentação, esse recurso, às vezes não é suficiente.

Para receber o recurso financeiro proveniente da SESAI/BRASÍLIA, o DSEI/MAO necessita estar atento aos prazos de entrega das documentações exigidas. Por exemplo: a confecção do PAC deve ser entregue no mês de dezembro de cada ano que finda (BRASIL, 2007). Se os prazos de entrega dos documentos não são cumpridos, o recurso financeiro não é liberado. Por isso, uma das dificuldades relatadas pelos enfermeiros é a burocracia dos processos de capacitação referentes à liberação da verba da SESAI/Brasília.

[...] a pessoa faz um planejamento de fazer tantas capacitações naquele ano e não consegue por que é tanta burocracia que emperra os cursos. (E1).

[...] então, demora em virtude disso que é muita burocracia. A gente tem que atender a burocracia, tem hierarquia na história aí demora mais ainda. (E6).

O planejamento do Projeto de Atividade de Capacitação necessita da aprovação de vários setores e por isso a burocracia torna-se uma dificuldade para a realização das capacitações.

De acordo com a Portaria nº 275 de 12 de março de 2008, a construção do Plano Anual de Capacitação – PAC deve seguir as seguintes etapas: a) preenchimento do formulário de levantamento de necessidades de capacitação encaminhada para cada Distrito; b) consolidação das necessidades de capacitação de cada Distrito baseados nas demandas dos serviços executados na saúde indígena; c) reuniões com o chefe do Distrito para análise do planejamento; d) consolidação final do Planejamento Anual de Capacitação; e) encaminhamento do plano para aprovação final e liberação dos recursos financeiros pela SESAI/Brasília (BRASIL, 2008).

De acordo com o descrito no documento, a aprovação do planejamento das capacitações é demorada devido a diversas instâncias burocráticas pelas quais o documento tramita. Dessa forma acontece dentro dos DSEIs, incluindo o DSEI/MAO.

Após a aprovação do PAC pela SESAI/BRASÍLIA, o Distrito elabora os projetos de capacitação, que são instrumentos da área de desenvolvimento de recursos humanos

destinados exclusivamente às capacitações internas, conforme relato da coordenadora pedagógica.

Então, depois de aprovado o PAC, a gente faz a elaboração dos projetos de atividades de capacitação. Para solicitar um pacote de material, vai pro processo de licitação; se for ajuda de custo, vai solicitar as diárias, passagens; se for um local que requer pagamento aluguel, vai fazer o pedido. (Coordenadora Pedagógica).

No que diz respeito ao projeto de capacitação a SESAI/BRASÍLIA também exige prazos para a utilização dos recursos financeiros. Segundo a NOC, os projetos devem estar concluídos com antecedência mínima de 40 dias e máxima de 60 dias, havendo necessidade de abertura de processo licitatório (BRASIL, 2007). Se o prazo não é cumprido, o DSEI/MAO perde a verba destinada àquela capacitação em processo, dando entrada novamente à solicitação do recurso financeiro. Estudo sobre gerenciamento dos serviços na atenção básica revela que as maiores dificuldades encontradas pelos gerentes na realização de suas atribuições se relacionam com o excesso de burocracia, impedindo o desenvolvimento do processo de trabalho (FERNANDES *et. al.*, 2009).

6.2.3 Execução

Em sequência a descrição dos processos formativos que compõem o Programa de Capacitação do DSEI/MAO, a terceira etapa é a execução da capacitação, onde buscou-se descrever como são realizadas as atividades.

Após a confecção do PAC, a instituição elabora os Projetos de Atividades de Capacitação, que são instrumentos de planejamento de cada atividade que será realizada (BRASIL, 2007). Esses documentos são utilizados para descrever como são executadas as capacitações dos enfermeiros de área indígena do DSEI/MAO. Para esse estudo, foram analisados sete Projetos de Atividade de Capacitação que foram realizadas no período de agosto de 2007 a agosto de 2012 confrontados com a Norma Orientadora de Capacitação – NOC.

A apreciação dos Projetos de Atividade de Capacitação permitiu descrever as atividades nos seguintes aspectos: tipo de capacitação, ano de realização, carga horária, profissionais envolvidos, justificativa, objetivo, conteúdo programático, metodologia, estratégia de ensino, etapas a cumprir e recursos financeiros.

Na NOC, a classificação das capacitações é a seguinte (BRASIL, 2007):

- a) Integração/ambientação: capacitação promovida mediante cursos introdutórios para profissionais recém-chegados à instituição;
- b) Formação: procura assegurar o profissional a complementação escolar, nos níveis fundamental, médio e cursos profissionalizantes;
- c) Atualização: promover a educação continuada por meio da renovação de conhecimentos, habilidades e atitudes do profissional;
- d) Pós-graduação: é direcionada para especialização, mestrado, doutorado e pós-doutorado para o crescimento do profissional com formação superior.

De acordo com a classificação da NOC, foram realizadas no período do estudo seis atividades de capacitação do tipo atualização, e uma de integração/ambientação. Não foi realizada nenhuma atividade de formação técnica de nível médio e nenhuma de pós-graduação. Todas as 07 capacitações foram realizadas na cidade de Manaus/Amazonas, local da sede do DSEI/MAO.

As características das capacitações analisadas nos projetos de capacitação quanto ao ano de realização, carga-horária da atividade, e profissionais envolvidos na execução, apresentam-se conforme o Quadro 2.

Quadro 2 – Caracterização dos projetos de atividades de capacitação quanto ao ano/carga-horária/profissionais envolvidos.

Capacitação	Ano	Carga Horária	Profissionais envolvidos
C1	2007	20h	Coordenadora Pedagógica
C2	2007	24h	Coordenadora Pedagógica
C3	2007	40h	Coordenador do Programa Saúde e Coordenadora Pedagógica
C4	2009	40h	Coordenadora Pedagógica
C5	2009	24h	Chefe do DSEI/MAO e Coordenadora Pedagógica
C6	2009	24h	Chefe do DSEI/MAO Coordenadora Pedagógica
C7	2012	24h	Coordenadora Pedagógica

Quanto ao ano de realização observa-se no Quadro 2 que três capacitações foram executadas em 2007, três em 2009 e uma em 2012. Durante o período de transição de

coordenação da Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde para a Secretaria de Saúde Indígena que ocorreu em 2010 e 2011, não houve elaboração dos projetos de capacitação. Por isso, há dois anos sem registros de atividades de capacitação no DSEI/MAO. Segundo relatos da coordenadora pedagógica, as capacitações nesse período foram de caráter emergencial para fortalecer as ações dos programas já existentes e não havia exigência de elaboração dos projetos de capacitação.

Observa-se que não há uma periodicidade e uma frequência fixa na execução das capacitações, o que prejudica a continuidade do processo de educação. Silva e Seiffert (2009) afirmam que as capacitações precisam ser contínuas e atualizadas anualmente, para ter uma efetividade na renovação dos conhecimentos. Portanto esse intervalo de uma capacitação para outra prejudica o processo de desenvolvimento profissional através da educação.

A NOC classifica de acordo com a carga horária (BRASIL, 2007):

- a) Eventos de curta duração: carga horária de até 80 horas;
- b) Eventos de média duração: carga horária entre 81 e 359 horas;
- c) Eventos de longa duração: carga horária igual ou superior a 360 horas.

As capacitações tiveram uma carga-horária entre 20 – 40 horas, em média 28 horas. De acordo com a NOC, estas são classificadas em eventos de curta duração. Para Mendes (2002), eventos de capacitação de curta duração pouco contribuem para a formação do profissional.

A maioria dos enfermeiros contratados pelo DSEI/MAO tem como característica principal a pouca experiência profissional no campo da enfermagem e nenhuma na área de saúde indígena. São enfermeiros recém-formado que se candidatam ao serviço por oportunidade de trabalho. Por essas características, uma capacitação de curta duração não supre a necessidade de conhecimento do enfermeiro sobre abordagem indígena.

Quanto aos profissionais envolvidos observa-se que em apenas uma capacitação o coordenador do programa de saúde indígena, sendo este enfermeiro, participa da elaboração do Projeto de Atividade de Capacitação. Nos demais, a construção do documento foi realizada pela coordenadora pedagógica, sem a participação de enfermeiros.

Em relação ao local de realização, a análise documental dos projetos revela que 100% foram realizadas em Manaus/Amazonas. Essa informação é confirmada com as entrevistas.

Os enfermeiros sempre vêm pra Manaus participar das capacitações. (E1).

O Quadro 3 define os 07 Projetos de Atividade de Capacitação realizados, apresentando tema, justificativa e objetivos de cada um deles.

Quadro 3 – Tema, justificativa e objetivo das capacitações.

Capacitação	Tema	Justificativa	Objetivo
C1	Teste Rápido de HIV	Implementação do teste rápido de HIV em área indígena	Instrumentalizar as equipes para a introdução do teste rápido, atendendo as especificidades sócio-culturais dos povos indígenas
C2	Identificação de DST/HIV e Hepatites Virais	Desenvolvimento do Programa de DST/HIV e Hepatite Virais	Avaliar as ações de vigilância em DST//HIV e Hepatites Virais em área indígena
C3	Vigilância Epidemiológica	Desenvolvimento ações de Vigilância Epidemiológicas	Capacitar profissionais sobre Vigilância Edipemiológica
C4	Imunização	Desenvolvimento do Programa de Imunização	Capacitar profissionais para a realização das ações de imunização em saúde indígena
C5	Assistência Farmacêutica	Desenvolvimento da Política Farmacêutica	Capacitar profissionais em Assistência Farmacêutica
C6	Vigilância Alimentar e Nutricional	Implementação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN	Capacitar profissionais para implementar o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Indígena-SISVAN
C7	Introdução à Saúde Indígena	Preparação dos profissionais para atuação em saúde indígena do DSEI/MAO	Capacitar e acolher os novos profissionais de saúde indígena Propiciar conhecimentos sobre antropologia e sobre a Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no contexto DSEI/MAO

Observa-se que as seis primeiras capacitações têm a temática embasada nos programas de saúde. Essas seis capacitações têm como justificativa a implementação e desenvolvimento dos programas de saúde, tendo como objetivo capacitar os profissionais para a realização das ações, ou seja, preparar os profissionais para executar atividades técnicas em

área indígena. A última capacitação apresentada no Quadro 3, Introdução à Saúde Indígena, propôs o acolhimento dos novos profissionais, justificando a importância de preparação desses profissionais para executar atividades nos pólos-base do DSEI/MAO considerada a diversidade social, cultural, ética e política. Mesmo com uma proposta relevante de acolhimento dos profissionais recém-contratados pelo DSEI/MAO e preparação para a atuação em área indígena, a capacitação introdutória teve como participantes os profissionais que já trabalhavam na instituição. Portanto, a capacitação introdutória pouco contribuiu para o profissional de enfermagem, uma vez que o desenvolvimento do conhecimento sobre os assuntos abordados foi adquirido através da experiência em área indígena e não pela presença na atividade de capacitação introdutória.

A análise documental mostra que, para alcançar o objetivo de “preparar os profissionais para executar tarefas para implementação e desenvolvimento dos programas”, a seleção dos conteúdos está de acordo com o objetivo proposto em todas as capacitações analisadas. Quanto ao objetivo de “atender as especificidades sócio-culturais dos povos indígenas”, nas três primeiras capacitações, não se encontra registros de assuntos que enfocam esse aspecto. E quanto ao objetivo de “inserir o contexto indígena do DSEI/MAO”, ao examinar os conteúdos separadamente, não se vê indícios de que as capacitações foram direcionadas para a realidade vivida pelo enfermeiro da área.

O enfoque indígena presente nos conteúdos das capacitações é direcionado para a execução dos programas de saúde indígena, principalmente quando a ação é desenvolvida de forma diferenciada dos programas que atuam junto às populações não indígenas, por exemplo: o Programa Nacional de Imunização, Política de Assistência Farmacêutica e Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Assim, a abordagem indígena nessas capacitações, se define na diferenciação de execução dos programas de saúde do índio com os programas de saúde do não indígena.

Este dado se confirma, quando perguntados em relação a enfoque das capacitações, os enfermeiros expressam da seguinte forma.

Eles procuram diferenciar o modo do trabalho em área indígena da não indígena. (E1).

A última capacitação distinguiu-se das demais por ter como objetivo “acolher e situar os novos profissionais no contexto indígena do DSEI/MAO”. Fazendo a análise do conteúdo, estes estão de acordo com o objetivo proposto apresentado no Quadro 3, pois

abordam assuntos de antropologia como diversidade cultural, étnica e lingüística do DSEI/MAO e atenção diferenciada com a PNASPI.

A análise dos documentos não permite identificar se a temática da diversidade étnica é trabalhada nas capacitações. Um grupo étnico é uma comunidade humana definida por afinidades lingüísticas e culturais, com tradições determinadas e estruturada socialmente e politicamente e são diferentes uma das outras nesses aspectos (SANTOS *et. al.* 2010). O DSEI/MAO assiste 37 etnias cada uma com suas características bem definidas e com seus hábitos e costumes próprios. Portanto enfatizar as peculiaridades étnicas nas capacitações é essencial (BRASIL, 2012b).

Como referido anteriormente, os enfermeiros não participam da definição dos objetivos das capacitações. Os objetivos direcionam para a seleção dos conteúdos (LIBÂNEO, 1994; BLOOM, 1956). Definir o conteúdo sem a participação dos enfermeiros de área pode comprometer a capacitação, pois nem sempre os enfoques dados nos conteúdos são considerados os prioritários pelos enfermeiros de área, como observa-se na resposta do enfermeiro quando perguntado sobre o enfoque das capacitações.

[...] eu vim para a capacitação de vacina. Aí, ensinaram como aplicar a vacina. Isso eu já sei. O que eu quero saber é como eu conservo a vacina na minha área que não tem energia. (E1).

Pela fala do entrevistado, percebe-se que nem sempre os conteúdos da capacitação enfocam nos assuntos que os enfermeiros de área têm mais dificuldade. Por isso, a participação dos enfermeiros na determinação dos objetivos das capacitações é necessária e não somente na escolha dos temas.

A coordenadora pedagógica também explica que em algumas capacitações a escolha dos conteúdos são adaptações de atividades já realizadas em Unidades Básicas de Saúde do estado do Amazonas, de responsabilidade da Secretaria de Saúde do Amazonas – SUSAM.

Tem cursos que já tem um protocolo pra ter o seu conteúdo, por exemplo, em sala de vacina, já tem um protocolo de como é um curso de sala de vacina. Mas é da SUSAM. (Coordenadora Pedagógica).

Esses protocolos são de capacitações destinadas ao Programa Saúde da Família – PSF desenvolvidas em área urbana e mesmo havendo adaptações, nem sempre correspondem as necessidades dos enfermeiros de área indígena.

Não adianta querer ensinar o que a gente já sabe. Precisamos de coisas novas. (E2).

Nesta fala observa-se a insatisfação dos enfermeiros de área quanto ao conteúdo abordado. Esse conteúdo novo ao qual o enfermeiro se refere está relacionado à diferenciação da capacitação voltada para os profissionais de área indígena e profissionais de área não indígena, voltando-se para a realidade da assistência à saúde do indígena, destacando a execução das ações de saúde dando ênfase para adaptações ao ambiente e abordagem ao indígena.

A análise documental mostra que, das sete capacitações analisadas, em quatro está explícitas a adoção da metodologia da problematização. Observa-se também que ao analisar o projeto de capacitação integralmente, verifica-se que a primeira capacitação, apesar de não ter sido referido no projeto, direciona sua execução adotando a pedagogia tecnicista, uma vez que, tem características de treinamento para execução de tarefas técnicas, como a realização do exame de HIV.

Em três capacitações a pedagogia da problematização não aparece explicitamente. Entretanto, as estratégias de ensino sugerem sua utilização. Na análise da proposta de capacitação percebeu-se que não há definição da metodologia utilizada em suas atividades, tais como: trabalhos em grupo direcionados à identificação de problemas de saúde da população indígena; dramatizações como exemplos da prática assistencial realizada, considerando a experiência do profissional; discussões sobre a aplicação do programa de saúde conforme a realidade local e sobre adaptações dos programas de saúde para a situação indígena.

A Tabela 8 demonstra as estratégias de ensino utilizadas nas capacitações para os enfermeiros de área indígena.

Tabela 8 – Estratégias de ensino utilizadas nas capacitações para os enfermeiros de área indígena do DSEI/MAO.

Número	Estratégia de Ensino	Quantidade
01	Dinâmicas de grupo	10
02	Dinâmicas de apresentação	03
03	Debates	02
04	Trabalhos em grupo	05
05	Dramatização	01
06	Aulas práticas	04
07	Filmes	02
08	Leituras	01
09	Aula expositiva dialogada	07
10	Painel integrado	01

Observa-se na Tabela 8 que as estratégias de ensino mais utilizadas foram dinâmica de grupo e trabalhos em grupo. Um estudo de Waterkemper e Prado (2011) concluiu-se que o uso de estratégias de ensino não convencionais, como as vivências implementadas, propiciam a assimilação melhor do conteúdo programático, e que atividades em grupo são estratégias de ensino mais eficazes para o ensino aprendizagem dos profissionais de enfermagem.

A utilização das estratégias de ensino apresentadas na Tabela 8 é confirmada com a fala seguinte.

Durante essas capacitações a gente normalmente relata situações voltadas para a realidade da saúde indígena do DSEI/MAO. (E5).

As estratégias de ensino são compatíveis com a pedagogia da problematização, uma vez que estimulam a interação entre os enfermeiros, o trabalho em equipe e situações simuladoras da realidade vivida (MIRANDA e BARROSO, 2004).

A análise documental dos processos de capacitação revela que os recursos financeiros são utilizados para custear os seguintes itens: material de expediente (tais como: pastas, bolsas, canetas, pincel, cartolina, entre outros), material didático (confeção de apostilas, passagens ida e volta (da área indígena para a capital), transporte, hospedagem e alimentação (participantes e instrutores), contratação dos instrutores, aluguel de auditório e material áudio visual. O recurso financeiro necessário para executar capacitações tem uma

média de R\$ 26.030,85 sendo que a de maior valor foi de R\$ 41.261,55 e a de menor valor foi de R\$ 15.340,30.

Essa variação do custo das capacitações depende principalmente da quantidade de participantes. Os enfermeiros de área indígena moram em municípios correspondentes da localização das comunidades indígenas. Como as atividades de capacitação ocorrem em Manaus, o deslocamento dos profissionais exige um investimento de custo elevado, uma vez que, para o profissional chegar à capital, muitas vezes, necessita de mais de um tipo de transporte, geralmente fluvial e terrestre. Em outras localidades devido a distância, vê-se a necessidade de transporte aéreo, quando há convidados palestrantes dos DSEIs de outros estados do Brasil. As capacitações exigem investimento com alimentação e hospedagem dos enfermeiros da área. Por isso, o gasto com transporte, alimentação e hospedagem corresponde em média 96% do recurso financeiro empregado.

Na etapa de execução, os entrevistados referem dificuldades para a concretização das capacitações. Uma delas é o deslocamento dos profissionais devido a distância do local de realização da capacitação, geralmente em Manaus, do local de trabalho, os pólo-base nas aldeias indígenas. Perguntados sobre as dificuldades em relação ao processo de capacitação obteve-se as seguintes respostas.

[...] há dificuldade de deslocamento dos profissionais que vem de outros municípios. (E5).

[...] é complicado por causa do deslocamento, tem muitas áreas que são longe. (E8).

[...] a gente tem muitas dificuldades como a distância. A Amazônia é continental e os profissionais estão espalhados pelos municípios. (E12).

O deslocamento, devido à distância das aldeias indígenas em relação à sede do Distrito, é um problema para a realização das ações dos programas da saúde indígena. Rocha (2007), um estudo realizado em outro distrito do Amazonas relata a mesma dificuldade do DSEI/MAO.

O pólo-base mais próximo da sede do DSEI/MAO fica a 80 km de Manaus e o transporte é via terrestre. Mas a maioria dos pólos-base o deslocamento se faz por via fluvial. Por exemplo o pólo-base mais longe localiza-se a 675 km da capital e o transporte de pessoas é realizado somente por via fluvial, sendo três dias de viagem.

O Decreto nº 5.707 de 23 de fevereiro de 2006 que institui a Política e as Diretrizes para o Desenvolvimento de Pessoal em seu Art. 3º inciso II, assegura o acesso dos servidores a eventos de capacitação interna ou externamente ao seu local de trabalho (BRASIL, 2006b). Com esta determinação, estabeleceu-se que é de responsabilidade do DSEI/MAO

providenciar esse deslocamento, garantindo a presença dos enfermeiros nas capacitações promovidas pela instituição.

Outro problema identificado pelos entrevistados para a execução das capacitações é a dificuldade de comunicação da equipe de enfermagem com a sede do Distrito em Manaus.

Tem pólos que é bem aqui. Mas telefone não funciona com tempo chuvoso. (E2).
A comunicação é um ponto que dificulta um pouco as ações de capacitação porque se eu estou numa ação dentro de uma aldeia que não tem telefone e aí? Como vão me avisar sobre a capacitação? (E8).
[...] os colegas que não participaram do curso porque estavam em área e quando eles viram o comunicado da capacitação, o curso já tinha encerrado. (E11).

O meio de comunicação é uma dificuldade dentro da área indígena, segundo os entrevistados. De acordo com estudos, a inexistência de meios de comunicação interfere, não somente na execução da capacitação da equipe multiprofissional, mas também quando há necessidade de um diálogo com outros profissionais como médicos, dentistas, coordenadores e outros (ROCHA, 2007; SOARES, 2007; ERTHAL, 2003).

6.2.4 Avaliação

Analisadas as etapas anteriores que caracterizam a capacitação em saúde indígena do DSEI/MAO, a quarta e última etapa a ser descrita é a avaliação.

Avaliar é uma tarefa necessária e permanente na realização de uma atividade educativa. Através dela, os resultados que vão sendo obtidos são comparados com os objetivos propostos, a fim de constatar progressos, dificuldades e reorientar para as correções necessárias (LIBÂNEO, 1994; SANT'ANNA, 1989).

Na avaliação de treinamentos obtêm-se resultados que permitem a retroinformação dos componentes envolvidos na atividade, possibilitando ajustes no levantamento de necessidades, planejamento e execução (SANTOS, *et.al.*, 2009).

O modelo de Donald L. Kirkpatrick tem sido utilizado em diversos estudos na área da administração e enfermagem que tratam de avaliação em treinamentos de profissionais (MIRA *et. al.* 2011; SANTOS *et.al.* 2011; MIRA 2010; SANTOS, *et.al.*2009; BORGHI 2008; FREITAS e BORGES-ANDRADE, 2008).

Donald L. Kirkpatrick publicou suas primeiras idéias a respeito da avaliação de programas educativos em 1954, com parte de sua tese de doutorado. Em 1959, foram publicados artigos em que o autor estabeleceu os quatro níveis de avaliação, assim definidos:

1. Avaliação da Reação: mede-se a satisfação do participante em relação à capacitação; 2. Avaliação do Aprendizado: avalia o que efetivamente os participantes aprenderam; 3. Avaliação da Mudança de Comportamento: verifica-se a aplicação do conteúdo aprendido na prática do trabalho; 4. Avaliação de Resultados: mede o efeito sobre o ambiente de trabalho resultantes do desempenho do participante da capacitação (KIRKPATRICK, 2013). O autor do modelo em questão recomenda a aplicação de todos os níveis para uma avaliação completa e significativa da aprendizagem.

Com base na definição do modelo de Kirkpatrick, observou-se como a avaliação das capacitações destinadas para os enfermeiros do DSEI/MAO é realizada, de acordo com os quatro níveis de avaliação propostos no modelo de avaliação.

Avaliação da Reação

Avaliar a reação é medir a satisfação dos participantes. Neste nível de avaliação, os participantes podem expressar opiniões a respeito da capacitação, o que pode vir a ser base para a tomada de decisões acerca da continuidade e/ou de modificações na capacitação (KIRKPATRICK, 2010).

Pelas características descritas no modelo de Kirkpatrick sobre avaliação de reação, observa-se que esta é realizada no DSEI/MAO, como expressa a fala da coordenadora pedagógica.

Avaliação é uma ficha que serve para os participantes avaliarem como foi o curso. (Coordenadora Pedagógica).

A avaliação é mais pra saber como foi o nosso conceito e o que eles podem melhorar em um próximo curso. (E10).

Observa-se na fala que a avaliação tem a intenção de buscar conceitos e opiniões sobre a execução da capacitação no intuito de identificar deficiências, ajustar o plano de ensino, objetivando melhorias nas próximas capacitações. Portanto, possui características de avaliação de reação, de acordo com o modelo de Kirkpatrick.

As informações da entrevista mostram que a avaliação de reação é realizada nas capacitações em dois momentos no DSEI/MAO, conforme a fala da coordenadora pedagógica.

[...] então, tem duas avaliações: a dos participantes em relação ao que eles acharam da capacitação e a da coordenação com o objetivo de tentar melhorar para as próximas capacitações. (Coordenadora Pedagógica).

A NOC estabelece que a avaliação da capacitação deve ser feita em dois momentos, corroborando com a fala da coordenadora pedagógica. São eles: a) avaliação do evento sob a ótica do participante e b) avaliação do Plano Anual de Capacitação – PAC no relatório anual sob a ótica da coordenação pedagógica (BRASIL, 2007).

Para a primeira, a NOC estabelece uma “Ficha de Avaliação sob Ótica do Participante”, em anexo (BRASIL, 2007). Este documento é uma ficha composta por questões objetivas que os enfermeiros conceituam como ótimo, bom, regular e fraco, aspectos relacionados quanto à estrutura do evento, quanto ao instrutor e quanto à auto avaliação.

Na ficha de avaliação utilizada na capacitação dos enfermeiros do DSEI/MAO, os aspectos avaliados tem a finalidade de verificar a opinião dos participantes quanto à execução da capacitação através dos critérios supracitados, conceituando-os em ótimo, bom, regular e fraco. Ainda é complementada com perguntas subjetivas para os enfermeiros expressarem opiniões positivas e negativas em relação à capacitação e sugestões para os próximos eventos.

De acordo com o modelo de avaliação de Kirkpatrick, mensura-se a reação dos participantes ao programa de treinamento, descrevendo medidas de satisfação do cliente em escalas e ainda deve conter espaços para os participantes emitirem suas opiniões em questões abertas, avaliando o treinamento de maneira a melhorar sua realização no futuro (KIRKPATRICK, 2010). De acordo com as características, percebe-se que a ficha de avaliação entregue aos enfermeiros tem a finalidade de medir a satisfação dos participantes em relação à capacitação, determinando uma avaliação de reação.

No DSEI/MAO a avaliação de reação é realizada logo após a capacitação, como refere a fala do enfermeiro.

A avaliação de como foi a capacitação na visão dos enfermeiros sempre tem no final dos cursos. (E1).

A avaliação de reação pode ser feita imediatamente após a atividade de aprendizagem, pois é mais fácil de obter o *feedback*, aplicar, recolher e analisar (MIRA, 2010).

O segundo momento da avaliação de reação é a análise do Plano Anual de Capacitação – PAC no relatório anual sob a ótica da coordenação pedagógica. Nesta fase é realizada a apreciação da avaliação do evento sob a ótica dos participantes, críticas dos eventos que aconteceram, sugestões para as próximas capacitações, e planejamento de futuras atividades, objetivando melhoria da capacitação

São vários os motivos para se avaliar a reação dos participantes, um deles é prover informações para os profissionais responsáveis pela capacitação, as quais podem ser utilizadas como parâmetro de desempenho para futuras capacitações (BORGHI, 2008). A análise do relatório final das capacitações é um exemplo da importância da avaliação de reação realizada no DSEI/MAO.

Avaliação de Aprendizado

Considerando aprendizado como mudança na forma de perceber a realidade, o aumento de conhecimento e/ou aumento de habilidade; este nível verifica o entendimento e absorção do conteúdo, aumento do conhecimento e capacidade intelectual depois da capacitação (KIRKPATRICK, 2010).

Em relação à avaliação do aprendizado, observa-se as seguintes falas.

Avaliação, prova, teste nós nunca fizemos nas capacitações. (E5).
Avaliação tipo teste de conhecimento, isso não é feito. (E10).

Este nível de avaliação foi considerado ausente nas capacitações realizadas para os enfermeiros do DSEI/MAO. Mesmo assim, quando perguntados sobre os resultados após as capacitações, observa-se relato de mudança na percepção da assistência, conforme a fala expressa.

[...] depois de uma capacitação a gente tem outra visão de como vai trabalhar. Eu vejo que tem outros métodos que eu posso estar utilizando para melhorar a assistência. (E8).

Ampliação da visão do trabalho do enfermeiro em área indígena foi um dos resultados explicitados pelos enfermeiros após a participação nas capacitações o que indica que houve aprendizado do conteúdo abordado. O estudo de Mira (2011) sobre a análise do processo de avaliação de aprendizagem de ações educativas de profissionais de enfermagem, mostra que um dos resultados que este tipo de avaliação demonstra é a mudança e ampliação da visão da realidade vivida. Portanto, mesmo que não seja feita a avaliação da aprendizagem, percebe-se que a aquisição de conhecimentos acontece, uma vez que há o relato de mudança e/ou ampliação da visão na assistência à saúde do indígena.

Avaliação da Mudança de Comportamento

É Definida no modelo de avaliação de Kirkpatrick como medida em que os participantes aplicaram o aprendizado na prática do trabalho, observada pela melhoria de capacidade de execução e verificada pela mudança de comportamento dos profissionais (KIRKPATRICK, 2010).

A avaliação da mudança de comportamento é verificada imediatamente após a capacitação, investigando respostas, através da observação, para os seguintes questionamentos: será que os profissionais colocaram seu aprendizado em prática? Foi visível a mudança na atividade e no desempenho dos profissionais? (KIRKPATRICK, 2010).

Na fala dos enfermeiros, observa-se que este tipo de avaliação foi realizado em uma capacitação.

[...] Depois da capacitação de teste rápido de HIV e sífilis, eles [coordenadores do programa de saúde indígena] foram fazer uma avaliação no município. Avaliar como estava sendo feito na prática. (E7).

[...] a capacitação de HIV e sífilis que teve avaliação depois. Eles [coordenadores do programa de saúde indígena] foram em área ver se a gente estava fazendo tudo certinho. (E11).

Através das falas pode-se concluir que houve pelo menos uma capacitação que realizou a avaliação de comportamento.

A análise documental dos Projetos de Atividade de Capacitação não mostra nenhum tipo de avaliação relacionada a verificação de mudança de comportamento dos profissionais na prática da assistência após as capacitações.

Apesar da inexistência da avaliação de comportamento comprovada na análise dos documentos, a aplicação do conhecimento adquirido nas capacitações está presente na fala dos enfermeiros.

[...] depois da capacitação você tem mais atenção nos cuidados. Faz de forma correta o atendimento. (E4).

As capacitações são desenvolvidas com o objetivo principal de gerar mudanças que representem progressos na atuação profissional. O impacto das capacitações como mudança na prática profissional é observada no estudo de Silva *et. al.*(2007) que concluiu que novas habilidades adquiridas nas capacitações podem ser empregadas e o resultado final é a transformação das práticas de saúde. Assim, a modificação da prática profissional dos

enfermeiros para melhoria da assistência indígena é um objetivo alcançado nas capacitações do DSEI/MAO.

Para modificar seu comportamento no desenvolvimento de suas atividades, o participante deve tanto reagir favoravelmente à realização do treinamento, como ter aprendido seus conteúdos (FREITAS e BORGES-ANDRADE, 2004). Portanto, embora possa não haver instrumentos para avaliar os conhecimentos adquiridos durante as capacitações naquele momento pontual, na prática observa-se resultados na mudança de comportamento na atuação dos enfermeiros.

Os enfermeiros também relatam mudanças na situação de saúde relacionadas ao comportamento da população indígena.

[...] o resultado é o aumento no número de gestantes vindo fazer o pré-natal, o preventivo. Então, depois de um curso de capacitação, vê-se mudança na prática de saúde dos indígenas. (E2).

Um curso de capacitação proporciona ao enfermeiro atualização profissional e desenvolve confiança profissional para exercer sua assistência. O enfermeiro que transmite segurança na realização das ações de saúde consegue atrair os indígenas com mais facilidade, pois é uma característica que eles observam (SOARES, 2007). Por isso, a capacitação ajuda na adesão do indígena aos programas, evidenciando mudanças nas práticas de saúde indígena.

Além dos relatos sobre a mudança de comportamento após as capacitações, os enfermeiros quando perguntados sobre a frequência com que as atividades de capacitação com enfoque em saúde indígena orientam suas práticas de saúde, os resultados apresentam-se conforme a Tabela 9.

Tabela 9 – Frequência com que as atividades de capacitação com enfoque em saúde indígena orientam os enfermeiros para a assistência da saúde indígena.

Frequência	Capacitação com enfoque em Saúde Indígena	Porcentagem
Sempre	9	75%
Quase sempre	3	25%
Às vezes	0	0%
Nunca	0	0%
Total	12	100%

A Tabela 9 mostra que a maioria dos entrevistados relata que as capacitações sempre orientam na assistência em área. As capacitações direcionam de forma crítica as mudanças necessárias no cotidiano do trabalho, possibilitando a transformação da realidade (NAPOMUCENO e KURCGANT, 2008).

Avaliação de Resultados

O último nível do modelo de avaliação de Kirkpatrick é a avaliação de resultados. Esta é definida como o efeito sobre o serviço através da melhoria do desempenho do participante e dos impactos favoráveis na instituição. Pode ser medida através de aspectos quantificáveis de desempenho organizacional como produtividade, identificando mudanças que se relacionam com a capacitação (KIRKPATRICK, 2010).

Analisando os Projetos de Atividades de Capacitação não se encontram dados que caracterizem esse tipo de avaliação. Porém, nas entrevistas relatos evidenciam a avaliação de resultados.

Eles [coordenadores do programa de saúde indígena] avaliam através dos relatórios mensais de produção. (E8)
 [...] analisando as produções que são nossos trabalhos que é entregue mensalmente. É dessa forma que eles [coordenadores do programa de saúde indígena] avaliam o que a gente aprendeu com as capacitações. (E12).

Assim como na etapa do diagnóstico, onde os relatórios mensais de produção são utilizados para observar possíveis dificuldades dos enfermeiros em executar os programas, na etapa de avaliação estes documentos retornam como fonte de análise para verificar o efeito das capacitações sobre o trabalho dos enfermeiros através da melhoria de produção de determinado programa de saúde indígena.

Para gerar resultados favoráveis, o participante deve ter reagido favoravelmente à realização do treinamento, ter aprendido seu conteúdo e modificado seu comportamento em função da aprendizagem (FREITAS e BORGES-ANDRADE, 2004).

Perguntados sobre quais as dificuldades na etapa de avaliação das capacitações os enfermeiros declararam.

É a rotatividade de profissional que troca muito de profissional de área. E quem recebeu aquele treinamento já não está mais, então, aquele treinamento se perdeu. A rotatividade é um problema. (E12).

Como observa-se na fala, a rotatividade dos profissionais de enfermagem na saúde indígena dificulta a continuidade das atividades de capacitação. Essa rotatividade, nesse

contexto, é entendida como a renovação da força de trabalho, ou seja, processos de contratações/demissões dos enfermeiros.

Segundo Stancato e Zilli (2010), para realizar um processo avaliativo de maneira contínua, é necessário que os profissionais permaneçam no local de trabalho, com acompanhamento em todas as fases da capacitação para que seja feita uma avaliação com justiça.

Em síntese, para descrever como a capacitação é desenvolvida utilizou-se as quatro etapas para a elaboração de uma ação educativa, são elas: diagnóstico, planejamento, execução e avaliação (BRASIL, 2001b).

A etapa do diagnóstico foi realizada, no DSEI/MAO, através do levantamento de necessidade de capacitação pela coordenadora pedagógica, coordenadores dos programas de saúde e enfermeiros; e pelo não alcance das metas pactuadas expressas nos relatórios mensais de produção dos enfermeiros. Ambas as maneiras de se realizar o diagnóstico, possibilitaram o levantamento dos temas de possíveis capacitações, sem, contudo, indagar dos enfermeiros sobre o objetivo da atividade. Segundo Libâneo (1994) e Bloom (1956), os objetivos direcionam para a seleção dos conteúdos. A ausência dos enfermeiros na definição dos objetivos da capacitação, pode dar origem a uma atividade com enfoque distorcido da real necessidade dos enfermeiros de área indígena.

O Projeto de Atividade de Capacitação é a materialização do Planejamento Anual de Capacitação – PAC e do Plano Plurianual – PPA. Os Projetos foram elaborados pela coordenadora pedagógica tanto nos aspectos operacionais quanto pedagógicos. A participação dos enfermeiros na elaboração do planejamento é passiva, pois são consultados em determinadas situações, mas recebem informações das decisões já tomadas pela coordenação. Essa participação, na percepção dos enfermeiros, é insuficiente, denotando a necessidade de um planejamento participativo.

No planejamento do Projeto de Atividade de Capacitação, o período de realização, a logística e a disponibilidade e custo de recursos financeiros são os itens que devem ser bem planejados e descritos detalhadamente, caso contrário, a atividade pode ser inviabilizada pela instituição.

As capacitações analisadas, segundo a NOC, foram do tipo atividades de atualização e integração/ambientação. Todas foram de curta duração, promovidas pelo Setor de Capacitação do DSEI/MAO e destinadas a um grupo específico de profissional, no caso em análise para enfermeiros. Estas atividades têm como principal objetivo capacitar profissionais

para a implementação e desenvolvimento dos programas de saúde indígena. Os conteúdos atendem aos objetivos, quando estes se referem ao conhecimento sobre execução das ações de saúde indígena. Em relação ao enfoque indígena, as recomendações quanto às especificidades indígenas são enquadradas a exemplo do calendário de vacinal indígena, porém, a abordagem cultural, no que tange as etnias, encontram-se ausentes necessitando de mais aprofundamento em função das peculiaridades de cada povo.

Quanto à metodologia, a pedagogia da problematização esteve referida em todas as capacitações, identificada pela utilização das estratégias de ensino como: apresentação da situação de saúde nos pólos-base, trabalhos em grupos identificando problemas de saúde da população indígena, relatos de experiência acerca da temática; dramatizações como exemplos da prática assistencial realizada; discussões sobre a aplicação do programa de saúde conforme a realidade local e sobre adaptações dos programas de saúde para a situação indígena.

O recurso financeiro investido para a execução das capacitações é gasto, principalmente, com passagens, transporte, alimentação e hospedagem dos participantes da atividade, com uma média de 96% do valor empregado.

A avaliação das capacitações foi descrita com base no modelo de avaliação de ações educacionais de profissionais proposto por Kirkpatrick. Esse modelo é composto por quatro níveis de avaliação: reação, aprendizado, mudança de comportamento e resultados (KIRKPATRICK, 2010).

No DSEI/MAO ficou evidenciado que a avaliação de reação foi realizada ao final de todas as capacitações. A avaliação de aprendizado não é realizada nas capacitações do DSEI/MAO. Mesmo assim observa-se mudança de percepção da realidade e ampliação da visão do trabalho do enfermeiro em área indígena após as capacitações. Quanto à avaliação da mudança de comportamento, somente após uma capacitação foi realizada, segundo informações das entrevistas, sendo eventual no DSEI/MAO. Mesmo assim, percebe-se mudanças positivas no comportamento dos profissionais que resultam na melhoria das práticas de saúde dos indígenas. A avaliação de resultados está presente após as capacitações do DSEI/MAO, através da análise dos relatórios mensais de produção dos enfermeiros.

6.3 Componentes essenciais da capacitação em Saúde Indígena

Nesta seção do trabalho buscou-se identificar, na opinião dos enfermeiros, quais os componentes essenciais para a capacitação em saúde indígena, ou seja, o que não pode faltar na atividade de capacitação segundo enfermeiros. Para isso, utilizou-se informações da

entrevista, quando perguntados “o que não pode faltar em uma capacitação para enfermeiros que atuam em área indígena?”

A análise das respostas permitiu identificar cinco categorias. São elas: a) a prática associada a teoria; b) a valorização da vivência dos profissionais em área indígena; c) abordagem antropológica da questão indígena como enfoque nas capacitações, d) organização dos processos educacionais e e) o compromisso da equipe envolvida no processo de capacitação.

Os entrevistados relatam a necessidade da atividade prática juntamente com a teorização durante a capacitação.

A prática não pode faltar. (E2).

[...] tem que ter a parte prática mesmo porque, muitas vezes, tem aquela capacitação, mas não adianta se você não colocar em prática. Então, eu acho que não pode faltar a parte prática quando houver as capacitações. (E5).

[...] a parte prática é super importante, após a contextualização. (E8).

Observa-se nas falas apresentadas, a ênfase dada às aulas práticas como elemento complementar à teoria. A observação de uma capacitação poderia ter contribuído para reforçar a análise de como são realizadas as atividades efetivamente, tanto teóricas quanto práticas.

A análise documental dos Projetos de Atividade de Capacitação mostra que as aulas práticas na programação da atividade estão presentes como mostra o Quadro 4.

Quadro 4 – Módulo prático nas atividades de capacitação do DSEI/MAO.

Tema da Capacitação	Módulo Prático
Oficina de teste rápido de HIV	Sim
Oficina em DST/HIV e hepatite virais	Não
Curso básico de vigilância epidemiológica	Não
Capacitação em sala de vacina	Sim
Capacitação em assistência farmacêutica	Não
Atualização em vigilância alimentar e nutricional e suplementação de ferro	Sim
Capacitação introdutória de acolhimento de novos profissionais	Não

Observa-se através do Quadro 4 que as aulas práticas não são comuns, pois das 07 capacitações analisadas, 3 desenvolveram atividades voltadas para o exercício do fazer durante o curso.

A importância da prática concomitante a contextualização da teoria é importante para a formação de enfermeiros, pois implica em um processo que ultrapasse a acumulação do saber e trabalhe para o desenvolvimento de um profissional que esteja em contato com a realidade da profissão de modo a poder associar a teoria e a prática. Introduzir conteúdos práticos nas capacitações vai ao encontro de estudos que afirmam que não se deve desvincular o teórico-prático das atividades educativas tanto na formação do enfermeiro quanto em treinamentos de atualizações (LIMA, 1993; ZARPELLON, 2006).

A teoria fundamenta estratégias de ação, ou seja, dá suporte à prática. A prática faz surgir dúvidas e novas reflexões sobre a atuação como enfermeiro. Santos (2003) enfatiza a importância da interação da teoria com prática ao afirmar que a teoria é usada como guia para a prática. Já esta, tem a função de testar a teoria. Portanto, teoria e prática estão, assim, vinculadas pelo próprio processo de geração de conhecimento.

A necessidade de atividades práticas na capacitação dos enfermeiros que atuam em área indígena é justificada pelas lacunas da formação no nível da graduação (LIMA, 1993) e potencializada pela especificidade das populações indígenas, sendo este tema pouco abordado durante a graduação em enfermagem. Por isso, realizar uma capacitação com teoria sem a prática direcionada para saúde indígena torna-se insuficiente para a atualização do conhecimento e atuação dos enfermeiros.

Diante das questões levantadas compreende-se por que os enfermeiros se ressentem da ausência da prática associada à teoria.

Um segundo aspecto referido como imprescindível é a valorização da vivência dos profissionais em área indígena com destaque para a resolução de problemas nas ações com base na realidade, como referem as falas a seguir.

Considerar nossa vivência em área, os casos, as situações. (E1).

[...] inserir a questão da realidade de cada enfermeiro dentro da sua área. (E5).

O que não pode faltar é um conteúdo que possa ser a nossa realidade com base nas nossas dificuldades. (E7).

As falas apresentadas apontam para a valorização do contexto em que os profissionais estão inseridos como algo necessário a ser considerado na elaboração da capacitação. Tal concepção/compreensão encontra amparo na pedagogia da problematização,

quando considera que o conhecimento advem da realidade concreta, isto é, da situação real vivida pelo educando, que se concretiza através de análise crítica dessa realidade (Pereira, 2003).

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI ressalta que a capacitação dos recursos humanos para a saúde indígena deve priorizar a adequação das ações dos profissionais às especificidades, observando a realidade vivida (BRASIL, 2002).

A PNASPI estabelece, ainda, que a capacitação da Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena - EMSI deve ter como base uma ação educativa crítica, capaz de interferir nas práticas de saúde e a criticidade junto com a mudança da realidade vivida se consegue levando em conta a atuação real da equipe dentro de área indígena em uma atividade de capacitação com a pedagogia problematizadora (BRASIL, 2002).

A pedagogia da problematização leva em consideração a vivência e experiência do aluno, objetivando o desenvolvimento integral, aumentando a capacidade de pensar e raciocinar (SANTOS *et. al.*, 2004). O incentivo à participação ativa dos profissionais nos cursos de capacitação por meio da problematização, ajuda os alunos a desenvolver o conhecimento, como verificado no estudo de Vargas *et. al.* (2012).

A própria Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS propõe o uso da concepção pedagógica da problematização do seu processo de trabalho, objetivando a transformação das práticas profissionais tomando como referência a realidade vivida por estes profissionais (BRASIL, 2009b).

Portanto, levar em consideração a vivência dos enfermeiros em área indígena nas capacitações é atender tanto a PNASPI quanto a PNEPS, formando profissionais participativos, conscientes e transformadores da realidade.

Uma terceira questão relatada pelos entrevistados sobre o que não pode faltar no conteúdo das capacitações é o enfoque na abordagem indígena que considere sua crença e cultura.

[...] a questão do conteúdo envolvendo as abordagens voltadas para o indígena. (E5).
[...] sempre a forma de abordagem, respeitando o costume, a crença de cada etnia. A abordagem ao indígena tem que estar como carro chefe. (E9).

A fala adverte para a forma como os profissionais de saúde indígena devem olhar as diferenças das populações assistidas. Esse enfoque deve estar incluso nas capacitações como elemento essencial, uma vez que as capacitações são voltadas para ações dos programas em área indígena.

De acordo com a PNASPI a capacitação da EMSI deve conter um conteúdo que contemple conceitos antropológicos com uma análise do perfil das etnias, uma vez que, a atuação do enfermeiro nas comunidades modifica de acordo com a mudança dos costumes indígenas (BRASIL, 2002).

Os enfermeiros relatam a necessidade de enfatizar a abordagem ao indígena, considerando crenças e costumes da sua etnia. A análise documental dos projetos de atividades de capacitação mostra que esses aspectos aparecem com mais profundidade na capacitação introdutória. Mesmo assim, observa-se lacunas quanto as especificidades das etnias presentes no território de abrangência do DSEI/MAO. Nas demais capacitações, o enfoque indígena é relacionado a diferenciação na execução dos programas em área indígena em comparação aos programas realizados na cidade. Apesar do enfoque de diferenciação dos programas ser importante, enfatizar o aspecto da abordagem do indígena nas capacitações é um elemento necessário na concepção dos enfermeiros.

O quarto grupo de questões que não podem faltar é a organização dos processos educacionais, destacando a disponibilidade de material didático, participação de toda a equipe de enfermagem nas atividades, regularidade e aumento da frequência das capacitações.

Os entrevistados relatam a importância de material didático atualizado para leitura, como observamos a seguir:

Material didático porque a gente lê e tem uma base de atualização para trabalhar e se organizar melhor. (E9).
[...] então, trouxeram até livros pra gente, uma pasta com três livros e no outro dia a gente veio com mais ânimo pro curso. (E10).

Os profissionais verbalizam a necessidade de acesso a literatura que auxilie no conhecimento que extrapole a questão técnica da enfermagem para ancorar-se na especificidades das populações indígenas.

A escolha do material didático utilizado influencia no processo ensino aprendizagem. Em um estudo de Costa *et. al.* (2009), os quais avaliaram um curso para capacitação de auxiliares de enfermagem, verificou-se que o material didático escrito como apostilas, livros e manuais enriqueceram o processo de ensino aprendizagem, tendo um desenvolvimento do conhecimento dos alunos. Nesse estudo, o material didático escrito teve uma avaliação satisfatória, bem como uma aceitação dos alunos.

Entre outros aspectos, o material didático adotado contribuiu no processo de aprendizagem, denotando a necessidade de materiais pedagógicos específicos para cada

categoria profissional (COSTA, 2009). Portanto, oferecer material didático escrito ajuda os enfermeiros a atualizar o conhecimento, bem como é utilizado como uma forma de estímulo para desenvolver a busca pelo crescimento profissional com a leitura individual sobre o assunto.

Ainda na quarta questão relacionada à organização da capacitação, a participação de toda a equipe de enfermagem nas capacitações oferecidas foi referida como um dos fatores que não pode faltar durante essas atividades.

[...] nunca treina a equipe toda. Então, se vai treinar, treina todo mundo pra todos os programas. (E1).

[...] ou vem os enfermeiros, ou vem os técnicos, porque eu acho que o ideal seria virem todos. (E3).

É essencial capacitar toda a equipe, porque eu enfermeiro nem sempre estou lá na área pra ajudar meus técnicos. (E12).

As falas fazem uma crítica à realização das capacitações fragmentadas por categoria profissional o que sabidamente impede a mudança do processo de trabalho. É preciso que a instituição compartilhe com a equipe de enfermagem novas possibilidades de execução da capacitação.

A participação de toda a equipe de enfermagem é sugerida pelos entrevistados como uma questão que não pode faltar em uma capacitação, uma vez que, nessas capacitações, geralmente, o enfermeiro é escolhido como representante do pólo-base e os técnicos de enfermagem permanecem em área indígena para dar seqüência ao atendimento. Mas, como observamos nas falas dos entrevistados, há uma necessidade de treinar toda a equipe de enfermagem da assistência, pois devido à rotina de trabalho, nem sempre o enfermeiro estará presente na comunidade indígena.

Mas ainda, existem pólos-base funcionando com mais de um enfermeiro em área indígena. Assim a questão de envolver toda a equipe de enfermagem, torna-se indispensável, sendo relatada nas falas dos entrevistados como uma das dificuldades.

[...] no caso da minha área são dois enfermeiros. Um deles é chamado e o outro não. Porque só um participa e não os dois? A questão das vagas é uma dificuldade. (E2).

[...] não vir todos os enfermeiros é uma dificuldade, não abrem vaga pra toda a equipe e seria viável se eles fizessem a capacitação com todos os enfermeiros de área. (E5).

O questionamento dos enfermeiros é entendível quando se conhece os problemas enfrentados pelo sistema de saúde indígena em Manaus, os quais justificam essas respostas.

Um desses problemas que dificultam a continuidade do processo de capacitação indígena é a rotatividade de profissionais de área indígena, expressa na fala anteriormente apresentada.

E a rotatividade de profissional que troca muito de profissional de área. E quem recebeu aquele treinamento já não está mais, então, aquele treinamento se perdeu. A rotatividade é um problema. (E12).

Pela afirmação do entrevistado, justifica-se, portanto, a solicitação para integrar a equipe de enfermagem dos pólos-base quando se trata de uma capacitação para a área indígena, pois um profissional que participou da capacitação desenvolve suas atividades assistenciais de acordo com o treinamento. Quando esse enfermeiro sai da instituição por algum motivo, leva consigo o aprendizado e o conhecimento adquirido, ficando em seu lugar outro profissional que necessitará da mesma capacitação para desenvolver seu trabalho. Portanto, a rotatividade dos profissionais em área indígena prejudica a continuidade da capacitação dos enfermeiros. Uma condição ideal é que a permanência dos profissionais seja por um período prolongado para que gere vínculo com a população indígena e para que haja a fixação/aplicação dos conhecimentos adquiridos nas capacitações.

Além disso, segundo Teixeira (2012) a ausência de alguns profissionais da equipe de enfermagem nos processos de capacitação compromete a confiabilidade das avaliações das ações realizadas nos programas de saúde, pois o profissional treinado acelera e qualifica o processo de implementação e desenvolvimento de determinada ação.

Ainda, a participação de toda a equipe se expande quando relatam a necessidade de presença dos coordenadores dos programas de saúde indígena nessas capacitações.

A participação dos nossos coordenadores também seria muito importante. Às vezes, a gente está ali dentro do curso e eles não sabem nem o que a gente está estudando. Todos os coordenadores deveriam acompanhar para saberem o que a gente está aprendendo. (E7).

Na fala referida a participação dos coordenadores dos programas e chefias da instituição também é importante durante a execução do processo de capacitação. Através da análise da relação dos participantes da capacitação inclusa nos projetos da atividade, a coordenadora pedagógica é presente em todas as capacitações, pois ela é a responsável pela execução da atividade como representante do Setor de Capacitação, inclusive como instrutora em algumas capacitações. Já a presença dos coordenadores dos programas não é vista.

Nessa questão, a capacitação para os profissionais de área indígena dentro da PNASPI não se restringe aos profissionais da saúde atuantes em área indígena, mas também

ressalta a importância de programas de capacitação para gestores, assessores técnicos, agentes administrativos e outros profissionais, estabelecendo a necessidade de realização de cursos de atualização, aperfeiçoamento, especialização nos variados setores das instituições que atuam no sistema de saúde indígena (BRASIL, 2002).

Continuando na quarta questão dos elementos essenciais relacionada à organização da capacitação, a regularidade nas capacitações foi tida como insuficiente e, segundo os entrevistados, as capacitações devem acontecer periodicamente.

O que não pode faltar é ter mais regularidade nas capacitações, acontecer com mais frequência. (E12).

O espaçamento de uma pra outra é muito grande. (E5).

Eu acho que deveria ser semestral. (E8).

Na análise documental dos projetos de capacitação, verifica-se o porquê das falas dos enfermeiros. Por exemplo, a equipe de enfermagem teve no ano de 2007 o total de três capacitações. A partir daí, participaram de mais três capacitações no ano de 2009. Depois deste ano, somente uma, em 2012. Ou seja, o intervalo de uma capacitação para outra tem um espaçamento de anos e não tem uma constância que poderia ser utilizada para melhor organização. Essa irregularidade gera uma atividade educativa descontínua que prejudica o processo de ensino-aprendizagem dos enfermeiros (CUNHA e MAURO, 2010).

Também relacionada a organização das capacitações, além da regularidade, os enfermeiros entrevistados manifestam o desejo do aumento da frequência, justificando a necessidade da atualização profissional, uma vez que esses profissionais permanecem de 30 a 45 dias isolados em área indígena.

Poderia ter uma atualização, nem que fosse rápida, todo ano porque a gente fica muito tempo isolado em área. (E1).

[...] poderia ter mais capacitações. (E10).

Eu acho que deveria ter mais cursos. (E11).

Os entrevistados demonstram em suas falas a insatisfação quanto à quantidade de capacitações oferecidas. Nos anos de 2007 a 2012, ocorreram sete capacitações, menos de duas por ano. A NOC não tem uma quantidade de capacitações determinada por ano (BRASIL, 2007). A PNASPI indica que a regularidade nas capacitações deve acontecer de acordo com a necessidade de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (BRASIL, 2002). Assim observamos que, pelas falas dos entrevistados, o desejo de mais cursos de capacitações, deixando a entender que a necessidade não foi totalmente suprida.

No quinto elemento essencial verificou-se a necessidade de comprometimento da equipe profissional envolvida na capacitação, como referem as falas seguintes.

Tem que ter comprometimento, responsabilidade, não ir somente pra ficar conversando. (E5).

[...] profissionais que estejam bem instruídos, profissionais capacitados e comprometidos com a saúde indígena. (E7).

Não pode faltar pessoas comprometidas realizando esse tipo de evento de capacitação dos profissionais. (E10).

Nas falas observa-se que o compromisso é um elemento essencial para a execução das capacitações, mas não se restringiu a uma categoria profissional. Os entrevistados enfatizam a importância do compromisso com a atividade abrangendo tanto para os coordenadores, como os instrutores e os participantes.

Comprometimento significa “empenhar-se, adquirir responsabilidades, refere-se a engajamento, agregamento e envolvimento no trabalho” (HOLANDA, 2010). O estudo de Guimarães *et. al.* (2011) sobre gerenciamento da equipe de enfermagem demonstra que quando há falta de compromisso com o trabalho, há diminuição da qualidade do serviço prestado pelo profissional de Enfermagem.

Através da pergunta “o que não pode faltar em uma capacitação para enfermeiros que atuam em área saúde indígena?”, obtiveram-se respostas que, analisadas, deram origem a cinco classes de elementos essenciais da política de formação para enfermeiros que atuam em área indígena na concepção do grupo. O primeiro elemento está relacionado a associação da prática com teoria, enfatizando a necessidade de implementação de módulos teóricos e práticos nas capacitações. O segundo é a valorização da vivência dos profissionais em área indígena com destaque para a resolução de problemas nas ações com base na realidade, apoiada pela PNASPI. O terceiro é o enfoque na questão da abordagem ao indígena nas capacitações em relação ao modo do enfermeiro trabalhar na abordagem ao indígena, considerando sua especificidade étnica. O quarto elemento essencial é a organização dos processos educacionais, como a disponibilidade de material didático com enfoque na saúde indígena; participação de toda a equipe de enfermagem nas atividades; regularidade e frequência nas capacitações. E como quinto elemento essencial, a necessidade de comprometimento da equipe envolvida na saúde indígena, com a solicitação da participação dos coordenadores de programas, coordenadora pedagógica, enfermeiros e chefe do distrito nas atividades de capacitação.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação teve como objetivo analisar o Programa de Capacitação para enfermeiros que atuam em área indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena Manaus – DSEI/MAO. Para tanto, buscou-se caracterizar os enfermeiros que atuam em área indígena do DSEI/MAO, levantando-se o perfil desses enfermeiros, a experiência e capacitação profissional. Buscou-se também descrever os processos formativos que compõem o Programa de Capacitação direcionado para enfermeiros que atuam na saúde indígena, identificar as concepções metodológicas que norteiam esse programa e os componentes essenciais dessa política de formação na visão dos enfermeiros.

Procurando alcançar os objetivos, foram desenvolvidas as seguintes técnicas de levantamento de dados: análise documental nos projetos de atividades de capacitação do DSEI/MAO, questionário para caracterização dos sujeitos e entrevista semiestruturada com os enfermeiros e a coordenadora pedagógica. A triangulação dos dados coletados, confrontados com a literatura existente sobre a temática, permitiu responder as perguntas norteadoras desta pesquisa: “Como está estruturado o Programa de Capacitação para enfermeiros que atuam no Distrito Sanitário Especial Indígena Manaus – DSEI/MAO? Quais os componentes essenciais de um Programa de Capacitação na opinião dos enfermeiros que atuam nesse distrito?” e chegar as seguintes conclusões sobre o Programa de Capacitação em saúde indígena para enfermeiros.

Em janeiro de 2013, houve mudanças no quadro profissional do DSEI/MAO em relação ao quadro apresentado no ano de 2012, com a redução do número de enfermeiros, de 29 em 2012, para 21 em 2013. Houve também modificações na estrutura do DSEI/MAO com a implantação de dois pólo-base.

A caracterização dos sujeitos da pesquisa foi realizada através do perfil traçado, da experiência profissional e da capacitação. O perfil dos sujeitos da pesquisa se caracterizou pela predominância do sexo feminino, com média de idade de 34,3 anos e de cor ou raça parda. De acordo com levantamento, metade dos enfermeiros possui de 0 a 4 anos de formado, e por isso, são considerados recém graduados. Quanto a formação acadêmica, 10 enfermeiros se formaram em Instituições de Ensino Superior Privadas. Todos os enfermeiros se formaram em instituições da Região Norte, provenientes de três estados: Amazonas, Pará e Rondônia.

Caracterizando a experiência profissional dos enfermeiros, metade dos sujeitos optaram pela atuação na Saúde Indígena como primeiro emprego após a formação acadêmica e o fizeram, principalmente por oportunidade de trabalho. Estes enfermeiros têm, em média, mais experiência profissional calculada em anos dentro da Saúde Indígena do que aqueles provenientes de outras áreas da enfermagem. A outra metade dos enfermeiros migrou para a saúde indígena atraída pelo salário.

Quanto à capacitação profissional esta se apresentou em três modalidades integração/ambientação, atualização, e pós-graduação. Na modalidade de integração/ambientação, mesmo com o objetivo de capacitar os novos profissionais para a inserção no contexto indígena, todos os profissionais sujeitos da pesquisa adentraram em área indígena sem a capacitação introdutória. E ainda, os participantes desta capacitação foram profissionais que já trabalhavam em área indígena, e portanto, a capacitação pouco contribuiu para o desenvolvimento dos enfermeiros, uma vez que, as informações da capacitação já eram sabidas pelos anos de experiência em área indígena.

Quanto a capacitações de atualizações, verificou-se que os enfermeiros participaram mais de atividades de capacitação com enfoque em saúde indígena do que em outras áreas da saúde, freqüentando, em média uma atividade de capacitação direcionada para a área de Saúde Indígena por ano. Mesmo assim, segundo os entrevistados, essa quantidade de capacitação não é suficiente, pois a maioria relata a necessidade de realizar de 2 a 4 capacitações por ano para a equipe de enfermagem, uma vez que, são diversos programas de saúde a serem executados.

Em relação à capacitação de pós-graduação observou-se que 11 enfermeiros tem curso de pós-graduação *Lato Sensu*, em que predominam os cursos de especialização em Unidade de Terapia Intensiva e Saúde Pública. Nenhum dos enfermeiros tem especialização em Saúde Indígena.

Todas as capacitações analisadas através dos projetos de atividades são de curta duração. Somando a carga horária das capacitações analisadas que aconteceram nos últimos 5 anos, resulta em 196 horas. Esse valor, não corresponde a um curso de especialização (superior a 360h).

A carga horária das atividades de capacitação é pouca para os profissionais que trabalham em um contexto diferenciado da saúde indígena. Além disso, os enfermeiros que ingressam na área indígena são profissionais recém-formados, em sua primeira experiência profissional ou com pouca no campo da enfermagem, e que provavelmente, não tiveram

disciplinas específicas de saúde indígena na graduação. Portanto, a capacitação de curta duração, não satisfaz a necessidade de preparação desses profissionais para o contexto indígena.

Para descrever os processos formativos do programa de capacitação direcionado para a equipe de enfermagem do DSEI/MAO, foram analisados sete Projetos de Atividades de Capacitação e o produto das entrevistas. O conjunto destes dados mostrou que o levantamento das necessidades de capacitações dentro do DSEI/MAO ocorre de duas maneiras: em reuniões coletivas e de forma individual com os enfermeiros de área, coordenadores dos programas e coordenadora pedagógica e através da análise dos relatórios de atividades mensais realizadas pela equipe de enfermagem em área indígena. O modo de levantamento das necessidades de capacitação está de acordo com a Norma Orientadora de Capacitação – NOC que dispõe sobre a participação de servidores em eventos de capacitação.

A etapa do diagnóstico no DSEI/MAO serve para identificar os temas mais relevantes que podem ser desenvolvidos nas capacitações, sem contudo, preocupar-se com a objetividade para direcionar o enfoque das capacitações. Portanto, a etapa do diagnóstico, onde se busca identificar as reais necessidades de desenvolvimento dos servidores da instituição em questão de capacitação profissional, é realizada de forma parcial e falha ao identificar somente os temas das capacitações sem determinar o objetivo que guiará para a definição do conteúdo.

O Projeto de Atividade de Capacitação é a materialização do Planejamento Anual de Capacitação – PAC e do Plano Plurianual – PPA. Os Projetos foram elaborados pela coordenadora pedagógica nos aspectos tanto operacionais quanto pedagógicos. A participação dos enfermeiros na elaboração do planejamento é passiva, pois são consultados em determinadas situações, mas recebem informações das decisões já tomadas pela coordenação. Essa participação, na percepção dos enfermeiros, é insuficiente, denotando a necessidade de um planejamento participativo.

A centralização do poder das decisões, em relação às capacitações, na coordenadora pedagógica, torna-a total responsável pela concretização e pelo sucesso ou insucesso da atividade. A falta do planejamento ou a má elaboração do Projeto de Atividade de Capacitação resulta na não execução da atividade. Além disso, a ausência dos enfermeiros de área no processo de planejamento das capacitações reflete na insatisfação da equipe em relação ao local de realização, carga horária, período de realização e enfoque dos conteúdos das capacitações. Por isso, a construção do planejamento requer a participação dos

enfermeiros de área, pois são eles que vivem a realidade no trabalho em área indígena e podem contribuir nesse processo, além de possibilitar o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo dos envolvidos no processo.

Nos Projetos de Atividades de Capacitação analisados, apesar das diversas denominações como curso, oficina, capacitação e atualização, as atividades têm em comum o mesmo objetivo “capacitar os profissionais de saúde”, justificando o desempenho dos enfermeiros nas ações de saúde. Além disso, de acordo com objetivo geral de “promover a renovação do conhecimento” todas as capacitações são classificadas como atualizações, segundo a NOC, salvo a capacitação introdutória. As atividades de capacitação foram classificadas em eventos de curta duração com uma média de 3,5 dias de realização e com porcentagem de participação dos enfermeiros de 72,4% do grupo. Quanto menor o tempo de realização da atividade maior é o grupo de enfermeiros participantes na capacitação. Isso se dá devido ao custo financeiro do curso, uma vez que, quanto menos tempo, menos gasto com a atividade; e assim, o recurso financeiro fica disponível para o gasto com o transporte/passagem, hospedagem, alimentação, diária que consome em média 96% do recurso empregado na capacitação.

Apesar dos entrevistados relatarem a presença no aspecto cultural e abordagem ao indígena nas capacitações, a análise documental evidenciou que o enfoque principal nessas atividades é a implantação e o desenvolvimento de programas de saúde indígena. Portanto, o enfoque das capacitações do DSEI/MAO, atende, em parte, o descrito na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI, uma vez que esta exige a preparação de recursos humanos para a atuação em contexto intercultural, utilizando uma abordagem sócio antropológica como subsídio à formação dos profissionais.

A questão da diversidade étnica é omitida nas capacitações, desconsiderando as características próprias das etnias. O DSEI/MAO assiste 37 etnias cada uma com suas especificidades e por isso, as capacitações precisam aprofundar o enfoque indígena, levando em consideração as diferenças étnicas.

No DSEI/MAO ficou evidenciado que a avaliação de reação é realizada ao final de cada capacitação. Mas, a avaliação de aprendizado não é realizada nas capacitações do DSEI/MAO. Mesmo assim observa-se mudança na forma de perceber a realidade e ampliar a visão do trabalho do enfermeiro em área indígena após as capacitações. Quanto à avaliação da mudança de comportamento, as falas mostraram que somente em uma capacitação foi realizada, sendo eventual no DSEI/MAO. Mesmo assim, os enfermeiros referem mudanças

positivas no comportamento deles e da população indígena em relação às práticas de saúde. A avaliação de resultados está presente após as capacitações do DSEI/MAO, através da análise dos relatórios mensais de produção dos enfermeiros.

A concepção metodológica que norteia o Programa de Capacitação para a equipe de enfermagem da Saúde Indígena é marcada pela utilização da metodologia problematizadora. O processo de levantamento das necessidades de capacitação dos enfermeiros adequa-se a primeira etapa desta metodologia, onde é preciso observar a realidade sob visão do grupo e identificar os problemas com base na experiência dos participantes. Quando o DSEI/MAO promove reuniões coletivas e individuais com os enfermeiros para definir as necessidades de capacitação do grupo, realiza-se a primeira etapa da metodologia da problematização.

A partir daí, o planejamento e execução das atividades seguem a etapa da teorização na metodologia da problematização. Um ponto de destaque é a falta de participação de todos os envolvidos neste processo de capacitação, já que os enfermeiros de área estão ausentes nesta fase. Por isso, mesmo seguindo as etapas da metodologia da problematização, esta fase não é realizada como determina a teoria, uma vez que, a concepção metodológica problematizadora defende a participação ativa dos profissionais em todas as etapas do processo.

Após planejamento e execução das atividades, segue a etapa de avaliação, também presente na metodologia da problematização, com o objetivo de avaliar o desenvolvimento do conhecimento e as mudanças na prática após uma capacitação. Nesta etapa, o Programa de Capacitação não apresenta uma avaliação sistematizada e contínua das capacitações, visando uma melhor avaliação dos resultados para a instituição.

Analisando os projetos de capacitação direcionados para a equipe de enfermagem, a maioria das atividades analisadas adota a pedagogia da problematização como estratégia metodológica. A análise documental é evidenciada pela entrevista dos enfermeiros que afirmam participar do processo de ensino-aprendizado, pois as estratégias de ensino mais utilizadas nas capacitações são dinâmicas de grupo e trabalhos em grupo, estimulando a integração, participação e a relação dialógica entre os enfermeiros.

Em relação aos componentes essenciais da política de formação para os enfermeiros que atuam em área indígena, um dos elementos mais citado é a atividade prática concomitante a teorização durante a capacitação. Como as atividades de capacitação estão voltadas para a implantação e desenvolvimento das ações de saúde os enfermeiros julgam necessária a inclusão da prática na atividade de capacitação. Não é comum haver módulo prático nas

atividades de capacitação do DSEI/MAO, já que 42,8% das capacitações analisadas possuíam essa modalidade de ensino, e ainda, não muito bem definida dentro do projeto.

Embora tenha sido verificado pela análise documental e pelas entrevistas que a utilização da metodologia problematizadora, que considera a realidade e experiência como base do processo ensino aprendizagem, é utilizada no Programa de Capacitação do DSEI/MAO. Realizar as atividades com base na vivência da equipe de enfermagem foi outro fator considerado essencial para a política de formação dos enfermeiros. Os enfermeiros chamam a atenção para este tópico em relação as reais dificuldades de execução das ações de saúde indígena.

Apesar das capacitações serem voltadas para profissionais de área indígena, o enfoque principal está na implementação e desenvolvimento das ações de saúde, ou seja, como executar os programas de saúde em área indígena. Conteúdos relacionados à antropologia, relação interpessoal profissional/indígenas e diversidade étnica são pouco abordado e às vezes inexistente em algumas capacitações. Por isso, outro componente essencial foi a inclusão de mais conteúdos com enfoque na forma de abordagem da equipe de enfermagem, considerando a cultura indígena.

Como elemento essencial os enfermeiros relatam a organização dos processos educacionais. Apontando, primeiramente, para a oferta de material didático específico para saúde indígena. Em segundo, a participação de toda equipe de enfermagem é sugerida pelos entrevistados como uma questão essencial nas capacitações voltadas para os enfermeiros de saúde indígena, e essa participação não se restringe somente ao grupo, mas abrange os coordenadores dos programas e chefia da instituição. Em terceiro, a regularidade no processo de capacitação também é relatada como componente essencial, com solicitações de períodos fixos de capacitação como trimestral ou semestral, justificando a necessidade de atualização profissional, o espaçamento chegando a ser de três anos de uma para outra nas atividades analisadas. Em quarto apontamento diante da organização das capacitações é o aumento da frequência, justificada por menos de duas atividades nos últimos cinco anos.

A descontinuidade prejudica a eficácia das atividades educativas, por isso, a regularidade e frequência das capacitações para os enfermeiros do DESEI/MAO são pontos a serem organizados para o alcance do objetivo final desejado, ou seja, a melhoria da assistência à saúde da população indígena.

8. RECOMENDAÇÕES

Nesta seção do trabalho, são apresentadas as sugestões com base nos resultados encontrados na pesquisa na perspectiva da autora. Nesse sentido, as propostas que contemplam a análise do Projeto de Atividade de Capacitação e a identificação dos elementos essenciais do Programa de Capacitação na opinião dos enfermeiros são expostas.

- Planejar e executar a capacitação introdutória de acordo com o período de contratações da instituição para profissionais recém admitidos na saúde indígena. Isso possibilitará uma primeira aproximação com os enfermeiros, no sentido de selecionar aqueles que mais se identificam com a saúde indígena.

- Averiguar, com os enfermeiros, o objetivo que se pretende alcançar com a capacitação solicitada no levantamento das necessidades. Uma vez, com os objetivos conhecidos, a coordenação pedagógica poderá direcionar a seleção dos conteúdos de acordo com real necessidade dos participantes.

- Levar em consideração o relatório da última capacitação para fazer o planejamento da próxima

- Realizar um planejamento participativo, consultando os enfermeiros sobre o melhor período e local para a realização das capacitações.

- Direcionar os conteúdos das capacitações para uma abordagem cultural da população indígena, levando em consideração a diversidade étnica do DSEI/MAO.

- Levar em consideração a realidade do DSEI no que se refere à infra-estrutura, etnia, relações de poder, aspectos geográficos e de acesso, presentes nos diferentes pólos-base.

- Realizar as capacitações em duas etapas para que todos os enfermeiros tenham a oportunidade de fazê-las.

- Utilizar a avaliação de treinamento profissional proposta por Kirkpatrick, uma vez que a aplicação de todos os níveis promove uma avaliação completa e significativa da aprendizagem.

- Ouvir mais os enfermeiros que trabalham com as populações indígenas e acolher suas sugestões, na medida do possível, no sentido de colocar em prática o que os profissionais consideram como componente essencial para sua formação em saúde indígena.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. 70. ed. Lisboa: Persona, 2011.
- BITTAR, Olimpio Nogueira. Distribuição dos recursos humanos em oito hospitais gerais de São Paulo. *Rev. Panam Salud Publica*. Public Health, v. 2, n. 1, p. 37-43, 1997.
- BLOOM, Benjamin. *Taxonomy of Educational Objectives, Handbook I: The Cognitive Domain*. New York: David McKay, 1956.
- BORDENAVE, Juan Díaz. *O que é participação?* 8. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- BORGHI, Layla D'lla Kássia. *Avaliação de resultados do treinamento: uma análise das metodologias disponíveis e sua aplicação em empresas brasileiras*. 2008. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Administração), Faculdade de Economia e Finanças IBMEC, Rio de Janeiro, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório III Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: MS, 1963.
- _____. Constituição Federal (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil. Seção II da Saúde, Art 200*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- _____. Leis, Decretos, etc. *Lei nº 8080, de 19 de Setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial, 19 de Setembro de 1990.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva - Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. *Relatório da II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde*. Cadernos Recursos Humanos Saúde. Brasília: MS, 1993.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva - Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. *Capacitação de enfermeiros em saúde pública para o Sistema Único de Saúde*. Brasília: MS, 1994.
- _____. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: MS, 1997.
- _____. Congresso Nacional. *Lei Nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Instituído um Subsistema de Atenção a Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS*. Brasília: CN, 1999.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa Saúde Indígena: etno-desenvolvimento das sociedades indígenas*. Brasília: MS, 2001.
- _____. Estado de São Paulo. *Manual para operacionalização das ações educativas no SUS Planejando as Ações Educativas Teoria e Prática*. São Paulo, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília: MS, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: MS, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Indígena**. Rio Quente: MS, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Política e as Diretrizes para o Desenvolvimento de Pessoal**. Decreto nº 5.707 de fevereiro de 2006. Brasília: MAS, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Norma Orientadora de Capacitação**. Portaria nº 238 de 21 de março de 2007. Brasília: MS, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Portaria nº 275 de 12 de março de 2008**. Brasília: MS, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Glossário Temático: **Gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília: MS, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento da Gestão de Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: MS, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Lei Arouca: a FUNASA nos 10 anos de saúde indígena**. Brasília: MS, 2009c.

_____. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde on line**. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude>>. Acesso em 06 setembro 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde on line**. Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/saude>>. Acesso em 22 julho 2012b.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER Laura CM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004.

CECIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Porto Alegre, v.10, n. 4, p. 975-986, 2005a.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface*. São Paulo, v. 9, n. 16, p.161-168, 2005b.

CELLARD, André. A análise documental. In POUPART, Jean; DESLAURIES, Jean-Pierre, GROULX, Lionel-H, LAPEMIERE, Ana, PIRES, Álvaro P. *A pesquisa qualitativa enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2008.

COSTA, Carmem Cemires Cavalcante; FILHO BEZERRA, José Gomes; MACHADO, Maçã Maria Tavares; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; JORGE, Antônia Cristina; CASTRO, Tânia Maria Saunders. Curso Técnico de Enfermagem do PROFAE - Ceará: uma análise sob a óptica dos egressos. *Rev. Esc. Enferm. USP*. São Paulo, v. 43, n. 3, set, 2009.

CUNHA, Ana Carina; MAURO, Maria Yvone Chaves. Educação continuada e norma regulamentadora 32: utopia ou realidade na enfermagem? *Rev. bras. Saúde ocup.* São Paulo, v. 35, n. 122, p. 305-313, 2010.

DONATO, Ausonia Favorido. Algumas considerações sobre tendências pedagógicas e educação e saúde. *Boletim do Instituto de Saúde* (Impr). São Paulo, n. 48, p. 5-14, 2009.

ERTHAL, Regina M. de Carvalho. A formação do agente de saúde indígena tikuna no alto solimões: uma avaliação crítica. In: COIMBRA, JR. Carlos.E.A; SANTOS, Ricardo Ventura; ESCOBAR, Ana Lúcia (orgs). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2003, p. 197-216.

FARAH, Beatriz Francisco. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções? *Revista APS*. Juiz de Fora, v. 6, n. 2, p 123-125, 2003.

FERNANDES, Léia Crisiane Loeblein; MACHADO, Rebel Zambrano; ANSCHAU, Geovana Oliveira. Gerência de serviços de saúde: competência desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 14, n. supl 1, p. 1541-52, 2009.

FERRAZ, Fabiane. *Educação Permanente/Continuada no Trabalho: um direito e uma necessidade para o desenvolvimento pessoal, profissional e institucional*. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

FRANCO, Camila Maia; KOIFMAN, Lilian. Produção do cuidado e produção pedagógica no planejamento participativo: uma interlocução com a educação permanente. *Interface Comunicação Saúde Educação*, v. 14, n.34, p. 673-81, jul/set, 2010.

FREITAS, Isa Aparecida; BORGES-ANDRADE, Jairo Eduardo. Efeitos de treinamento nos desempenhos individual e organizacional. *RAE*. São Paulo, v. 44, n. 3, p. 44-56, jul/set, 2004.

GARNELO, Luiza; MACEDO, Guilherme; BRANDÃO, Luiz Carlos. *Os povos indígenas e a construção das políticas públicas no Brasil*. Brasília: OPAS, 2003.

GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lúcia. *Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: MEC SECADI, 2012.

GIL, Antonio Carlos. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIRADE, Maria da Graça; CRUZ, Emirene Maria Navarro Trevizan da; STEFANELLI, Maguida Costa. Educação continuada em enfermagem psiquiátrica: reflexão sobre conceitos. *Rev. Escola de Enfermagem USP*. São Paulo, v. 40, n. 1, p. 105-10, 2006.

GUIMARÃES, Eliane Marina Palhares; MARTIN, Sandra Haueisen, RABELO, Flávia Cristina Paolinelli. Educação permanente em saúde: reflexões e desafios. *Rev. Ciência y Enfermería*. São Paulo, v. 16, n. 2, p. 25-33, 2010.

GUIMARÃES, Amanda Troca; VARGHETT, Helena Heidtmann; FILHO LUNARDI, Wilson Danilo; GOMES, Giovana Calcagno. Gerenciamento do pessoal de enfermagem com estabilidade no emprego: percepção de enfermeiros. *Rev Bras Enferm*. Brasília, v. 64, n. 5, p. 905-11, set/out, 2011.

HOLANDA, Aurélio Buarque. *Mini dicionário da língua portuguesa*. 8ª ed. São Paulo: Positivo, 2010.

KIRKPATRICK, Donald L. *Como avaliar programas de treinamento de equipes: os quatro níveis*. Donald L. Kirkpatrick e James D. Kirkpatrick; [tradução José Henrique Lamensdorf; revisão técnica Klatler Fontana]. Rio de Janeiro: SENAC Rio, 2010.

_____. *The Kirkpatrick Methodology*. The official site of the Kirkpatrick Model. Disponível em <www.kirkpatrickpartners.com>. Acesso em: 10 outubro 2013.

LEITE, Marines Tambara; GONÇALVES, Lucia Hisako Takase; BATTISTI, Iara Denise Endruweit; HILDEBRANDT, Leila Mariza. Recursos humanos de enfermagem: formação e atualização na área de envelhecimento. *Rev. Rene*. Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 24-32, jan/mar, 2011.

LIMA, Antônio Carlos de Souza; BARRSO-HOFFMAN, Maria. *Etnodesenvolvimento e Políticas Públicas: bases para uma nova política indigenista*. Rio de Janeiro: LACED, 2002.

LIBÂNEO, José Carlos. *Didática*. São Paulo: Cortez, 1994.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva. *A formação do enfermeiro e a prática profissional: qual a relação?* 1993. Dissertação (Mestrado em Educação). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1993.

MENDES, Eugênio Vilaça. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

MENDONÇA, Márcia Kafer; GOUVEA, Leda Aparecida Vanilla Nabuco. Análise dos resultados esperados de um projeto de educação permanente em saúde: efeito multiplicador e mudanças no processo de trabalho. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*. Brasília, v. 5, n. 1, p. 187-205, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MIRA, Vera Lúcia. *Avaliação de programas de treinamento e desenvolvimento da equipe de enfermagem de dois hospitais do município de São Paulo*. 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

MIRA, Vera Lúcia; PEDUSSI, Marina; MELLEIRO, Marta Maria; TRONCHIN, Daisy Maria Rizatto; PRADO, Maria de Fa'tima Fernandes; SANTOS, Patrícia Tavares; LARA, Enilda Maria de Sousa, SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino; BORGES-ANDRADE, Jairo Eduardo. Análise do processo de avaliação da aprendizagem de ações educativas de profissionais de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*. São Paulo, v. 45, n. esp., p. 1574-81, 2011.

MIRANDA, Karla Corrêa Lima; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. *Rev. Latino-am Enfermagem*. Ribeirão Preto, v.12, n.4, p. 613-5, julho/agosto, 2004.

MOTTA, José Inácio Jardim. *Educação permanente em saúde; da política à construção do dissenso*. 1998. Dissertação (Mestrado em Educação em Saúde), Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

MOTTA, José Inácio Jardim; BUSS, Paulo; NUNES, Tânia Celeste Matos. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. *Olho Mágico*. Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, set/dez, 2001.

NEPOMUCENO, Lilian Mara Rondello; KURCGANT, Paulina. Uso de indicador de qualidade para fundamentar programa de capacitação de profissionais de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. São Paulo, v. 42, n. 4, p. 665-72, 2008.

OGUISSO, Taka. A educação continuada como fator de mudanças: visão mundial. *Nursing*. São Paulo, v.3, n. 20, p. 22-9, 2000.

OSÓRIO, A. C. N. Projeto Pedagógico: o pensar e o fazer. *Revista Pátio*, s/v, n. 13, p. 11-18, abril/junho, 2001.

PASCHOAL, Amarilis Schiavon. *O discurso do enfermeiro sobre educação permanente no grupo focal*. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

PASCHOAL, Amarilis Schiavon; MANTOVANI, Maria de Fátima; MÉIER, Marineli Joaquim. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. *Rev. Escola de Enfermagem USP*. São Paulo, v. 41, n. 3, p. 478-84, 2007.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1527-34, 2003.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. *Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ROCHA, Eron Soares Carvalho. *Uma etnografia das práticas sanitárias no Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro – Noroeste do Amazonas*. 2007. Dissertação (Mestrado em Sociedade e Cultura na Amazônia). Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2007.

SANT'ANNA, Flávia Maria; ENRICONE Délcia; ANDRÉ, Lenir Cancellia; TURRA, Clódia Maria Godoy. *Planejamento de Ensino e Avaliação*. 11^a ed. Porto Alegre: Sagra, 1989.

SANTOS, Sérgio Ribeiro; NÓBREGA, Maria Miriam Lima; FILHO RODRIGUES, José. Teoria e prática de enfermagem e sua relação com o sistema de informação. *Ciência, Cuidado e Saúde*. Maringá, v. 2, n. 1, p. 51-56, jan/jun, 2003.

SANTOS, Ricardo Verntura; CARDOSO, Andrey Moreira; GARNELO, Luiza; JR COIMBRA, Carlos, CHAVES, Maria de Betania Garcia. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

SANTOS, Patrícia Tavares; MIRA, Vera Lúcia; SARRAF, Paola Ayres. Significado atribuído pelos participantes de um treinamento às técnicas de avaliação. *REME – Rev. Min. Enferm.* Belo Horizonte, v. 13, n. 4, p. 485-491, out/dez, 2009.

SANTOS, Mônica Jandira; PEREIRA, Maria Eveline de Castro; MACHADO, Gustavo Carvalhaes Xavier Martins Pontual; SHUBO, Tatsuo Carlos; JURBERG, Cláudia. Ensino da biossegurança e meio ambiente: uma experiência na Fundação Oswaldo Cruz. *Ciências & Cognição*. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 193-205, 2011.

SANTOS, Diego Junior da Silva; PALOMARES, Nathália Barbosa; NORMANDO, David; QUINTÃO, Cátia Cardoso Abdo. Raça versus etnia: diferenciar para melhor aplicar. *Dental Press J Orthod. On line*, v. 15, n. 3, p. 121-4, maio/junho, 2010.

SÁ-SILVA, Ronie Jackson; ALMEIDA, Cristóvão Domingos; GUINDANI, Joel Felipe. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História e Ciências Sociais*. São Paulo, v. 1, n. 1, p. 1-15, julho, 2009.

SAVIANI, Demerval. *Escola e democracia: teorias da educação, curvatura da vara, onze teses sobre educação e política*. São Paulo: Cortez, 1993.

SILVA, Maria Julia Paes; PEREIRA, Luciana Lúcia; BENCKO, Maria Antonieta. *Educação continuada: estratégias para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem*. Rio de Janeiro: Marques – Saraiva, 1989.

SILVA, Nair Chase; GONÇALVES, Maria Jacirema Ferreira; LOPES NETO, David. Enfermagem em saúde indígena; diretrizes curriculares. *Rev Bras Enferm.* Brasília, v. 56, n. 4, p. 388-391, jul/ago, 2003.

SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino; OGATA Márcia Nituma; MACHADO, Maria Lúcia Teixeira. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. Periódico on line, v. 09, n. 02, p. 389-401, mai/ago, 2007.

SILVA, Grizelda Monteiro; SEIFFERT, Olivia Maria. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. *Rev. Bras Enferm.* Brasília, v. 62, n. 3, p. 362-6, maio/jun, 2009.

SILVA, Luiz Anildo Anacleto; FRANCO, Gianfábio Pimentel; LEITE, Marines Tambara Leite, PINNO Camila; LIMA, Vera Márcia Lenhen; SARAIVA, Noemi. Concepções

educativas que permeiam os planos regionais de educação permanente em saúde. *Texto e Contexto Enfermagem*. Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 340-8, abr/jun, 2011.

SOARES, Oscar Espellet. *Ações em saúde indígena amazônica: o modelo do Alto Rio Negro*. São Gabriel da Cachoeira: FOIRN, 2007.

SOUZA, Aline Maria de Almeida; GALVÃO, Ena de Araújo, SANTOS, Izabel; ROSCHKE, Maria Alice. *Processo educativo nos serviços de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde - OPS, 1991.

STANCATO, Kátia; ZILLI, Priscila Trentin. Fatores geradores da rotatividade dos profissionais de saúde: uma revisão de literatura. *RAS*. São Paulo, v. 12, n. 47, p. 87-99, abr/jun, 2010.

TEIXEIRA, Daniela Aparecida Veloso. *Efeitos da rotatividade do profissional enfermeiro na estratégia saúde da família*. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais, Governador Valadares, 2012.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1997.

VARGAS, Renata Oppitz de Lima e Cirne Ortiz; WALL, Marilene Loewn; PERES, Aida Maris. The problematization method applied to the subject nursing administration. *Investigación y Educación em Enfermería*. Antioquia, v. 30, n. 2, p. 269-276, 2012.

VIANNA, Ilca Oliveira de Almeida. *Planejamento Participativo na escola: um desafio ao educar*. São Paulo: EPU, 1986.

WALDOW, Vera Regina. Reflexões sobre educação em enfermagem: ênfase em um ensino centrado no cuidado. *O mundo da Saúde*, v. 33, n. 2, p. 182-88, 2009.

WATERKEMPER, Roberta; PRADO, Maria Lenise. Estratégias de ensino-aprendizagem em cursos de graduação em enfermagem. *Avances en Enfermería*. Colombia, v. 29, n. 2, p. 234-246, 2011.

ZARPELLON, Lídia Dalgallo. *A prática pedagógica na formação do profissional enfermeiro para atuar em saúde pública*. 2006. Dissertação (Mestrado em Educação). Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A
ROTEIRO DE ANÁLISE DOCUMENTAL

1. Identificação do documento

1.1 Tipo: _____

1.2 Ano: _____

1.3 Setor responsável: _____

2. Descrição do documento

2.1 Tema da capacitação: _____

2.2 Período de realização: _____

2.3 Carga horária módulo teórico: _____ Carga horária módulo prático: _____

2.4 Público-alvo: _____

2.5 Área de abrangência: _____

2.6 Profissionais envolvidos na elaboração: _____

3. Estrutura do documento

3.1 Justificativa: _____

3.2 Objetivo: _____

3.3 Conteúdo Programático: _____

3.4 Estratégia/Metodologia: _____

3.5 Metas: _____

3.6 Etapas a cumprir: _____

3.7 Recursos necessários: _____

APÊNDICE B
ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS ENFERMEIROS

Nome: _____

Município/Pólo-Base: _____

Dia/Hora da entrevista: _____

1. Quantos processos de capacitação você já participou? Quais?

2. Ao ingressar no DSEI você teve alguma capacitação introdutória na saúde indígena?

3. Na sua opinião, existe diferença entre capacitação em saúde e capacitação em saúde indígena?

4. Na sua opinião, como é realizada a capacitação para os profissionais de saúde indígena?

5. De acordo com sua experiência quais são as dificuldades e facilidades dos processos de capacitação em saúde indígena?

6. Você consegue ver o resultado de sua atuação no trabalho após participar de uma capacitação?

7. Você se sente habilitado para capacitar membros de sua equipe de enfermagem, como por exemplo, o Agente Indígena de Saúde?

8. Como você analisa os processos de capacitação da saúde indígena?

9. Na sua opinião, o que não pode faltar em uma capacitação para profissionais de saúde indígena?

APÊNDICE C**ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O COORDENADOR PEDAGÓGICO**

1. Como se dá o processo de capacitação dos profissionais de saúde que atuam em área indígena?

2. Como são construídos os processos de capacitação do DSEI/MAO? Quem participa?

3. Quantos processos de capacitação você já elaborou? Quais?

4. Como você avalia os processos de capacitação da saúde indígena?

5. Quais são as dificuldades e facilidades para realizar uma capacitação em saúde indígena?

6. Existe alguma diferença entre capacitação em saúde e capacitação em saúde indígena?

7. Na sua opinião o que não pode faltar em uma capacitação para profissionais de saúde indígena?

8. Qual a concepção pedagógica que embasa os processos de capacitação do DSEI Manaus?

9. O que mudou no processo de capacitação com a transferência para a SESAI

APÊNDICE D
QUESTIONÁRIO PARA OS ENFERMEIROS

Data: ____/____/____

Código de Identificação: _____

1. Identificação

Idade em anos: _____ Sexo: () F () M

Cor ou Raça: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena

Profissão: _____ Ano de formação: _____

Instituição de Formação: _____

Local de Trabalho Município/Pólo-Base: _____

Pós-médio: () sim () não

 Especificar em que área? _____

Pós-graduação: () sim () não

 Se sim, qual? () atualizações () residência () especialização () mestrado () doutorado

 Especificar em que área? _____

2. Experiência Profissional

2.1 Há quanto tempo você trabalha na área da enfermagem em anos e meses?

 _____ anos _____ meses

2.2 Em que área da enfermagem você já trabalhou?

 () área hospitalar () área acadêmica como professor (a) () atenção básica

 () área de gestão/administrativa () outra: especificar _____

2.3 Há quanto tempo você trabalha na saúde indígena em anos e meses?

 _____ anos _____ meses

2.4 Há quanto tempo trabalha no DSEI/MAO?

 _____ anos _____ meses

2.5 Você já trabalhou em outro DSEI?

 () sim () não

 Se sim, quanto tempo você trabalhou em outro DSEI em anos e meses? E qual o DSEI? _____ anos _____ meses no DSEI _____

2.6 O que o(a) motivou a trabalhar na saúde indígena?

 () curiosidade () salário () oportunidade de trabalho () perfil

 () outro: especificar _____

3. Capacitação Profissional

3.1 Quantas atividades de capacitação com enfoque em saúde indígena você já participou? Quais?

3.2 Quantas atividades de capacitação em outras áreas da saúde você já participou? Quais?

3.3 Com que frequência as atividades de capacitação com enfoque em saúde indígena ajudam você a atuar na assistência da saúde indígena?

() sempre () quase sempre () às vezes () quase nunca () nunca

3.4 Com que frequência as atividades de capacitação em outras áreas da saúde ajudam você a atuar na assistência da saúde indígena?

() sempre () quase sempre () às vezes () quase nunca () nunca

4. Avaliação

4.1 Como você avalia o programa de capacitação em saúde indígena para equipe de enfermagem do Distrito Sanitário Especial Indígena Manaus?

() Excelente () Bom () Regular () Insuficiente

Explique o porquê da sua avaliação?

APÊNDICE E
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE
QUESTIONÁRIO PARA OS ENFERMEIROS

Comitê de Ética e Pesquisa
Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

O Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **Análise do Programa de Capacitação de Enfermagem do Distrito Sanitário Especial Indígena Manaus – DSEI/MAO**. O Sr(a) foi selecionado(a) por ser profissional da saúde indígena, integrando a equipe de enfermagem do DSEI/MAO. Sua participação é voluntária e, a qualquer momento, o Sr(a) pode desistir de participar da pesquisa e retirar o seu consentimento.

A pesquisa servirá como base para dissertação de mestrado da Universidade Federal do Amazonas – UFAM e tem como objetivo analisar o programa de capacitação para a equipe de enfermagem que atua em área indígena em Manaus/AM. Esta pesquisa justifica-se pela importância do estudo das capacitações referentes à equipe de enfermagem em saúde indígena, pois um programa de capacitação bem estruturado é uma questão necessária para se obter êxito na saúde e enfermagem com profissionais mais adequados para o serviço.

A sua participação se dará da seguinte forma: o(a) Sr(a) irá responder um questionário que tem como finalidade caracterizar os profissionais de enfermagem da área indígena.

Este procedimento não envolve riscos diretos. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados serão divulgados de forma a não permitir a identificação do Sr(a), eles serão codificados e isto garantirá o anonimato e assegurará a privacidade. A pesquisa não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras.

O benefício relacionado à sua participação será de contribuir para um melhor conhecimento sobre o tema e colaborar com o acréscimo de pesquisas sobre o assunto.

Como pesquisadora meu compromisso é de apresentar os resultados da pesquisa para a UFAM, para o DSEI/MAO, para os sujeitos da pesquisa e para a população de Manaus na expectativa de contribuir com a Atenção à Saúde Indígena.

O(a) Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, podendo perguntar as dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Orientador: Nair Chase da Silva
Celular: (92) 3305-5100
Email: nairchase@yahoo.com.br

Orientando: Maria Luiza Carvalho de Oliveira
Celular: (92) 8258-8973
Email: xmarialuizacarvalho@gmail.com

“Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e estou de acordo em participar da pesquisa proposta, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento”.

Manaus-AM, ____ de _____ de 2012.

Sujeito da Pesquisa: _____

(Assinatura)

APÊNDICE F

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

ENTREVISTA COM OS ENFERMEIROS

Comitê de Ética e Pesquisa

Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

O Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **Análise do Programa de Capacitação de Enfermagem do Distrito Sanitário Especial Indígena Manaus – DSEI/MAO**. O Sr(a) foi selecionado(a) por ser profissional da saúde indígena, integrando a equipe de enfermagem do DSEI/MAO. Sua participação é voluntária e, a qualquer momento, o Sr(a) pode desistir de participar da pesquisa e retirar o seu consentimento.

A pesquisa servirá como base para dissertação de mestrado da Universidade Federal do Amazonas – UFAM e tem como objetivo analisar o programa de capacitação para a equipe de enfermagem que atua em área indígena em Manaus/AM. Esta pesquisa justifica-se pela importância do estudo das capacitações referentes à equipe de enfermagem em saúde indígena, pois um programa de capacitação bem estruturado é uma questão necessária para se obter êxito na saúde e enfermagem com profissionais mais adequados para o serviço.

A sua participação será solicitada da seguinte forma: no primeiro momento o(a) Sr(a) irá responder um questionário que tem como finalidade caracterizar os profissionais de enfermagem da área indígena. No segundo momento sua participação consistirá numa conversa sobre capacitação em área indígena através de uma técnica de pesquisa denominada entrevista individual. Caso o(a) Sr(a) concorde, a entrevista será gravada em aparelho de gravador digital para posterior transcrição, será guardada por cinco (05) anos sob minha responsabilidade e incinerada após esse período.

Este procedimento não envolve riscos diretos. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados serão divulgados de forma a não permitir a identificação do Sr(a), eles serão codificados e isto garantirá o anonimato e assegurará a privacidade. A pesquisa não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras.

O benefício relacionado à sua participação será de contribuir para um melhor conhecimento sobre o tema e colaborar com o acréscimo de pesquisas sobre o assunto.

Como pesquisadora meu compromisso é de apresentar os resultados da pesquisa para a UFAM, para o DSEI/MAO, para os sujeitos da pesquisa e para a população de Manaus na expectativa de contribuir com a Atenção à Saúde Indígena.

O(a) Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, podendo perguntar as dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento . Desde já agradecemos!

Orientador: Nair Chase da Silva

Celular: (92) 3305-5100

Email: nairchase@yahoo.com.br

Orientando: Maria Luiza Carvalho de Oliveira

Celular: (92) 8258-8973

Email: xmarialuizacarvalho@gmail.com

“Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e estou de acordo em participar da pesquisa proposta, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento”.

Manaus-AM, ____ de _____ de 2012.

Sujeito da Pesquisa: _____

(Assinatura)

APÊNDICE G

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

ENTREVISTA COM O COORDENADOR PEDAGÓGICO

Comitê de Ética e Pesquisa

Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

O Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **Análise do Programa de Capacitação de Enfermagem do Distrito Sanitário Especial Indígena Manaus – DSEI/MAO**. O Sr(a) foi selecionado(a) por ser profissional da saúde indígena, integrando a equipe de enfermagem do DSEI/MAO. Sua participação é voluntária e, a qualquer momento, o Sr(a) pode desistir de participar da pesquisa e retirar o seu consentimento.

A pesquisa servirá como base para dissertação de mestrado da Universidade Federal do Amazonas – UFAM e tem como objetivo analisar o programa de capacitação para a equipe de enfermagem que atua em área indígena em Manaus/AM. Esta pesquisa justifica-se pela importância do estudo das capacitações referentes à equipe de enfermagem em saúde indígena, pois um programa de capacitação bem estruturado é uma questão necessária para se obter êxito na saúde e enfermagem com profissionais mais adequados para o serviço.

A sua participação será solicitada da seguinte forma: no primeiro momento o(a) Sr(a) irá responder um questionário que tem como finalidade caracterizar os profissionais de enfermagem da área indígena. No segundo momento sua participação consistirá numa conversa sobre capacitação em área indígena através de uma técnica de pesquisa denominada entrevista individual. Caso o(a) Sr(a) concorde, a entrevista será gravada em aparelho de gravador digital para posterior transcrição, será guardada por cinco (05) anos sob minha responsabilidade e incinerada após esse período.

Este procedimento não envolve riscos diretos. Suas respostas não serão divulgadas de forma a possibilitar sua identificação, elas serão codificadas e isso garantirá seu anonimato e assegurará a sua privacidade, todavia como a Sr(a) é a única representante nessa categoria, é provável que na divulgação dos resultados a Sr(a) seja identificado(a). Desse modo, solicitamos autorização para divulgação de suas opiniões.

A pesquisa não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. O benefício relacionado à sua participação será de contribuir para um melhor conhecimento sobre o tema e colaborar com o acréscimo de pesquisas sobre o assunto.

Como pesquisadora meu compromisso é de apresentar os resultados da pesquisa para a UFAM, para o DSEI/MAO, para os sujeitos da pesquisa e para a população de Manaus na expectativa de contribuir com a Atenção à Saúde Indígena.

O(a) Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, podendo perguntar as dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento . Desde já agradecemos!

Orientador: Nair Chase da Silva

Celular: (92) 3305-5100

Email: nairchase@yahoo.com.br

Orientando: Maria Luiza Carvalho de Oliveira

Celular: (92) 8258-8973

Email: xmarialuizacarvalho@gmail.com

“Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e estou de acordo em participar da pesquisa proposta, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento”.

Manaus-AM, ____ de _____ de 2012.

Sujeito da Pesquisa: _____

(Assinatura)

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DE PRORROGAÇÃO

Atividade	Período				
	2013				
	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Elaboração final da dissertação	X				
Revisão gráfica do texto		X			
Entrega da Dissertação			X		
Defesa da Dissertação				X	
Entrega da versão final ao PPGEnf					X
Publicação do Trabalho					X

ANEXOS



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MANAUS
SERVIÇO DE RECURSOS HUMANOS**

Manaus, 26 de Outubro de 2012

Ao

Ilmo. Sr. Prof. MSc. Pedro Rodolfo Fernandes da Silva

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas – CERP/UFAM

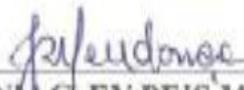
TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE DA PESQUISA

Senhor Coordenador,

Ao cumprimentá-lo cordalmente, informo pelo presente documento sobre a autorização concedida à enfermeira pesquisadora **Maria Luiza Carvalho de Oliveira**, CPF nº **833.770.772-00**, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas em Associação com a Universidade Estadual do Pará para executar o projeto de dissertação intitulado de "Análise do Programa de Capacitação em Saúde Indígena para a Equipe de Enfermagem" nos estabelecimentos do Serviço de Recursos Humanos do Distrito Sanitário Especial Indígena Manaus – DSEI/MAD. Tenho conhecimento da pesquisa a ser realizada, a qual utilizará como técnica de coleta de dados a análise documental de propostas pedagógicas do programa de capacitação e também utilizará como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada com enfermeiros, técnicos de enfermagem que atuam na assistência à saúde indígena e o coordenador pedagógico. Será aplicado também um questionário para a equipe de enfermagem com a finalidade de caracterização do grupo em questão.

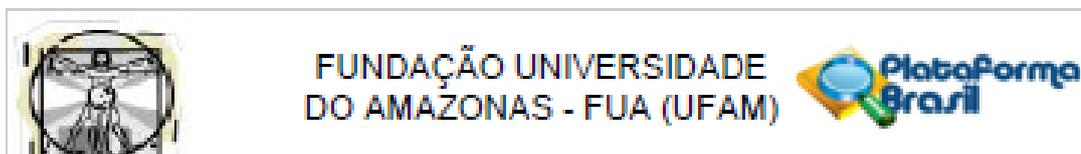
Desta forma, esperamos contribuir como Instituição Co-participante de projeto de dissertação da mestranda, no resguardo ético e segurança do bem-estar dos envolvidos.

Atenciosamente,


JANIACLEI REIS MENDONÇA
 Responsável pela Capacitação dos Recursos Humanos
 Serviço de Recursos Humanos
 Distrito Sanitário Especial Indígena Manaus

Contato:

Email: janiaclei.reis@hotmail.com Telefone: (92) 9115 - 7294



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise do programa de capacitação em saúde indígena para a equipe de enfermagem.

Pesquisador: Maria Lulza Carvalho de Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 09893112.2.0000.5020

Instituição Proponente: Universidade Federal do Amazonas - UFAM

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 147.705

Data da Relatoria: 14/11/2012

Apresentação do Projeto:

O trabalho é um projeto de dissertação de mestrado na linha de pesquisa Educação e Tecnologias de Enfermagem para o Cuidado em Saúde a Individuos e Grupos Sociais. Tem como objeto de estudo o programa de capacitação destinado aos profissionais de enfermagem que trabalha em área indígena. A pesquisa propõe-se a responder as seguintes questões norteadoras: como está estruturado o programa de capacitação dos profissionais de enfermagem que atuam na saúde indígena? Quais os componentes essenciais de um programa de educação para a equipe de enfermagem da saúde indígena na concepção dessa mesma equipe? A necessidade de qualificação profissional é evidente em todas as profissões. O trabalho justifica-se pela importância da capacitação na formação do enfermeiro enquanto profissional de saúde para melhor desempenho do processo de trabalho. A equipe de enfermagem destaca-se na necessidade de capacitação, pois apresenta-se em maior quantidade no campo da saúde, portanto aqueles que mais interagem com a população e ainda o enfermeiro é o agente multiplicador da informação realizando treinamentos para sua equipe. Também justifica-se pela importância da capacitação na formação do enfermeiro enquanto profissional de saúde indígena, pois a pesquisa irá contribuir para efetivação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas que reconhece as especificidades desse povo e por isso requer a adoção de um programa de capacitação diferenciado para atender às necessidades dos profissionais que atuam em área indígena. Esta pesquisa justifica-se pela pouca produção bibliográfica relacionada ao tema da pesquisa. Quanto à metodologia, trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, pois a pesquisa irá descrever como acontece a capacitação da

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adlândia

CEP: 69.057-070

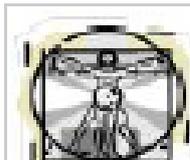
UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
DO AMAZONAS - FUA (UFAM)



equipe de enfermagem do Distrito Sanitário Especial Indígena Manaus, e explorar o assunto através dos Instrumentos de coleta de dados. O espaço onde se realizará a pesquisa será o Distrito Sanitário Especial Indígena Manaus - DSEI/MAO. Os sujeitos da pesquisa serão 29 enfermeiros, 80 técnicos de enfermagem e 1 coordenador pedagógico que trabalham no DSEI Manaus. Para coleta dos dados será utilizado a técnica de análise documental com a análise das propostas pedagógicas do programa de capacitação destinado a equipe de enfermagem que foram realizadas no período de agosto de 2007 a agosto de 2012. A determinação do período deu-se em função da disponibilidade dos documentos. Para esta etapa será utilizado como Instrumentos de coleta de dados um roteiro de análise documentos e um questionário, que tem a finalidade de caracterizar a capacitação dos profissionais de enfermagem que atuam em área indígena de abrangência do Distrito Sanitário Especial Indígena Manaus - DSEI/MAO. (enfermeiros e técnicos de enfermagem) e o coordenador pedagógico. Para isso, serão utilizados dois roteiros de entrevistas: um para entrevista com a equipe de enfermagem (apêndice C) e outro roteiro para entrevista com o coordenador pedagógico. Quanto à análise de dados o questionário será analisado através da técnica de tabulação simples. Os dados serão submetidos a operações estatísticas simples, com a utilização do programa Excel Windows 7. A análise de documentos e entrevistas será realizada através da técnica de análise de conteúdo, seguindo as três etapas essenciais descritas por Bardin (2011), sendo elas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o programa de capacitação para a equipe de enfermagem que atua em área indígena no Distrito Sanitário Especial Indígena Manaus/AM.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Segundo a Resolução nº 196 de 1996, considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade (BRASIL, 2003). Portanto, caso ocorra risco ao participante da pesquisa sendo de natureza física, psicológica, social, educacional ou outro, as pesquisadoras oferecerão ajuda para aliviar o problema e farão o possível para minimizá-lo.

Benefícios:

A pesquisa não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. O benefício relacionado à participação do sujeito será de contribuir para um melhor conhecimento sobre o tema e colaborar com o acréscimo de pesquisas sobre o assunto, capacitação em saúde indígena.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto elaborado em conformidade com a legislação sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

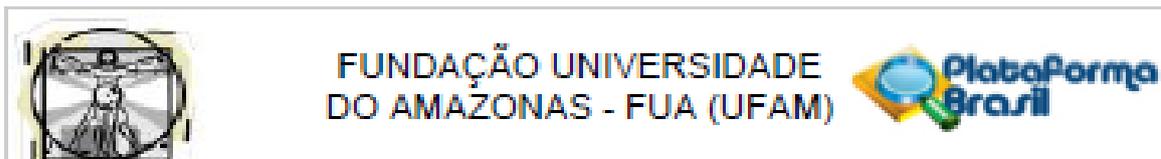
UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (02)3305-5130

Fax: (02)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br



Apesar de tratar da temática saúde Indígena, refere-se Indiretamente a estes, mas segue todo processo de anuência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados (TCLE, Termo de anuência Institucional).

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O referido protocolo apresenta consistência metodológica-científica e relevância social. Está adequado ao que prevê a Res. CNS 196/96 e complementares.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

MANAUS, 17 de Novembro de 2012

Assinador por:
 Pedro Rodolfo Fernandes da Silva
 (Coordenador)

Endereço: Rua Teresina, 4050

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br

FICHA DE AVALIAÇÃO DE EVENTO DE CAPACITAÇÃO (ÓTICA DO PARTICIPANTE)

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE:				
EVENTO:				
LOCAL (Cidade/UF):			PERÍODO:	
Marque com um X a opção escolhida:				
I - DA ESTRUTURA DO EVENTO		CONCEITOS		
CRITÉRIOS	Ótimo	Bom	Regular	Fraco
Carga horária				
Material didático				
Metodologia				
Recursos auxiliares				
Organização				
Instalações				
Equipamentos				
II - DO INSTRUTOR		CONCEITOS		
CRITÉRIOS	Ótimo	Bom	Regular	Fraco
Domínio do assunto				
Capacidade de socializar os conhecimentos				
Utilização do tempo estabelecido				
Condução lógica dos temas abordados				
Clareza no atendimento das dúvidas				
Pontualidade				
III - AUTO – AVALIAÇÃO		SIM	NÃO	EM PARTE
Participei das atividades				
Assimilei os conhecimentos abordados				
Senti-me motivado				
Os assuntos abordados ampliaram meus conhecimentos				
Os conhecimentos adquiridos terão aplicabilidade em meu trabalho				

