

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE E
CULTURA NA AMAZÔNIA**

**UMA ETNOGRAFIA DAS PRÁTICAS SANITÁRIAS NO
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DO RIO
NEGRO - NOROESTE DO AMAZONAS**

ESRON SOARES CARVALHO ROCHA

MANAUS

2007

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE E
CULTURA NA AMAZÔNIA**

ESRON SOARES CARVALHO ROCHA

**UMA ETNOGRAFIA DAS PRÁTICAS SANITÁRIAS NO
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DO RIO
NEGRO - NOROESTE DO AMAZONAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Sociedade e Cultura na Amazônia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Luiza Garnelo Pereira

MANAUS

2007

ESRON SOARES CARVALHO ROCHA

**UMA ETNOGRAFIA DAS PRÁTICAS SANITÁRIAS NO
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DO RIO
NEGRO - NOROESTE DO AMAZONAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Sociedade e Cultura na Amazônia.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Maria Luiza Garnelo Pereira (Orientadora)
Universidade Federal do Amazonas

Prof^o. Dr. Sérgio Ivan Gil Braga
Universidade Federal do Amazonas

Prof^o. Dr. Davi Lopes Neto
Universidade Federal do Amazonas

Ficha Catalográfica
(Catalogação na fonte realizada pela Biblioteca Central - UFAM)

Rocha, Esron Soares Carvalho

R672e Uma etnografia das práticas sanitárias no distrito sanitário especial indígena do rio Negro – noroeste do Amazonas / Esron Soares Carvalho Rocha. - Manaus: UFAM, 2007.

176 f.; il.

Dissertação (Mestrado em Sociedade e Cultura na Amazônia) — Manaus, Universidade Federal do Amazonas, 2007.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Maria Luiza Garnelo Pereira

1. Agentes de saúde - Formação 2. Índios Baniwa 3. Práticas sanitárias I.Título

CDU 616-083 (811.3) (043.3)

A minha mãe, Maria Ferreira (*in memorian*), que tanto me ajudou na condução dos caminhos trilhados por mim até este momento.

Ao Zilmar Augusto, meu companheiro e amigo, por todo apoio e paciência durante a produção deste trabalho.

Aos meus sobrinhos, Tharcila Rocha e Rodrigo Rocha, os quais me vêm como exemplo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força e sabedoria na condução deste trabalho.

Ao meu pai, Antônio Soares, meus irmãos, Eugênia, Eulália, Socorro e os demais. Obrigado pela fé e pela união que nos envolvem e pela compreensão em me ter distante na busca dos meus objetivos.

À Professora Luiza Garnelo, pela orientação nesse trabalho, pelos anos juntos no campo da saúde indígena e por ter me possibilitado pensar criticamente sobre as Práticas Sanitárias dos Agentes Indígenas de Saúde, na busca de um modelo de saúde etnicamente adaptado. Foi um privilégio tê-la como orientadora; meu muito obrigado.

A Paulo Gaspar, Custódio Pinheiro e Aldene Bentes, pela amizade, carinho e a compreensão da minha ausência em alguns momentos de suas vidas para poder finalizar este trabalho.

Ao Sully Sampaio, companheiro de algumas caronas de viagem e de trabalho junto ao povo Baniwa, pelos momentos de descontração em área indígena.

Ao Enfermeiro Sizinando Pontes, pelo seu companheirismo durante o trabalho de campo e seu empenho em facilitar o acesso às informações ora apresentadas neste trabalho.

Aos Técnicos de Enfermagem, na pessoa de Isabel, pela convivência no dia a dia do seu trabalho junto às comunidades indígenas e pela companhia nos períodos chuvosos durante as viagens.

À equipe da Coordenação Técnica do DSEI Rio Negro: Ernandes, Yessica, André, Sizinando, Zilma, Francisco, que não mediram esforços para facilitar o meu deslocamento em área indígena. Muito obrigado a todos que certamente contribuíram para a realização desta pesquisa.

Aos Agentes Indígenas de Saúde, André, Isaac, Arcênio, Arlindo, entre outros, que se disponibilizaram a participar deste estudo, possibilitando a elaboração do mesmo.

À Fabiane Vinente, pelo apoio durante algumas conversas sobre nossas experiências no campo da saúde indígena e da pesquisa.

À Coordenação da Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro, pelo apoio cedido e confiança de ter me autorizado a investigar as Práticas Sanitárias do DSEI Rio Negro.

À FUNASA, na pessoa de Luiz Lopes, Chefe do DSEI do Rio Negro, e sua equipe que me recebeu e compartilhou seu conhecimento, possibilitando o acesso aos dados para a realização deste trabalho.

À Coordenação do Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane, da Fundação Oswaldo Cruz, que me estimulou a realizar este estudo quando fazia parte do seu quadro de funcionários, possibilitando, em algumas vezes, o patrocínio dos deslocamentos para a realização do trabalho.

À Universidade do Estado do Amazonas, da qual sou funcionário, que também contribuiu com a realização deste trabalho, liberando-me para as viagens de campo e patrocinando parte da pesquisa.

A todas as outras pessoas que contribuíram com este estudo, meu muito obrigado!

Não nos transformamos em mestres porque sabemos repetir o que os mestres fazem, mas porque aprendemos a pensar por nós mesmos...

Paulo Coelho

RESUMO

O estudo se caracteriza como uma etnografia das práticas sanitárias desenvolvidas no DSEI Rio Negro, com ênfase na organização do trabalho dos profissionais de enfermagem, aí compreendidos o enfermeiro, o técnico de enfermagem e o agente indígena de saúde. Os objetivos compreendem a análise das práticas sanitárias do corpo de enfermagem da Equipe Multidisciplinar de Saúde na oferta de atenção diferenciada à saúde e em interação com o agente indígena de saúde; do perfil-sócio-demográfico e o processo de formação dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) Baniwa; das representações sociais e práticas sanitárias dos AIS, buscando apreender sua compatibilidade e/ou incompatibilidade com a política de atenção diferenciada do subsistema de saúde indígena. A pesquisa é um estudo exploratório, descritivo, do tipo qualitativo, orientado pelo modelo interpretativo da teoria das representações sociais e da pesquisa avaliativa em saúde. Os resultados obtidos mostram que os AIS Baniwa enfrentam problemas ligados à baixa escolaridade, e que seu processo de formação profissional pouco avançou após 6 anos de implantação do DSEI. O perfil de atuação da EMSI é marcado pelo modelo assistencial curativo à demanda espontânea, ainda que os profissionais efetuem assistência a agravos de tipo infeccioso, crônico-degenerativo e de grupos populacionais específicos (grupo materno-infantil), com prejuízo dos componentes de vigilância a saúde previstos na organização dos programas nacionais de saúde. Dentre o conjunto de atividades essenciais desenvolvidas no DSEI, a logística de deslocamento consome grande parte do tempo e energia da EMSI, com implicações negativas na supervisão e acompanhamento dos agentes de saúde e na implementação do princípio da atenção diferenciada previsto na Política Nacional de Saúde Indígena. As áreas são ainda bastante fragmentadas e a atenção diferenciada se confunde com a extensão de cobertura provida pela implantação do DSEI.

Palavras-Chave: Índios Sul-Americanos; Saúde Indígena; Práticas Sanitárias; Agente Indígena de Saúde.

ABSTRACT

This study is characterised as ethnography of the sanitary practices developed at the Rio Negro Indian Sanitary Special District (DSEI), highlighting the work organization of nursing professionals, such as, nurses, nursing technicians and the Indian health-care agent. Its aims comprise the sanitary practices employed by the Indian Health-Care Multidisciplinary Team (EMSI) nursing corps regarding the provision of differentiated attention to health-care as it interacts with the Baniwa Indian health-care agent (AIS), his forming process and socio-demographic profile; social representations and sanitary practices, seeking to grasp his compatibility and/or incompatibility with the policy of differentiated attention to the Indian health-care subsystem. The present research entails a prospective, descriptive, qualitative type study, directed by the interpretative model of the social representation theory and health evaluative survey. The findings here obtained show that the Baniwa AIS, faces problems regarding his low schooling, along with the fact that his professional forming process has advanced very little since the DSEI was implemented six years ago. The EMSI acting profile is marked by the care treatment model to the spontaneous demand, even though the professionals provide care for diseases of the infectious, chronic-degenerative type to specific population groups (mother-child group), with detriment to health surveillance components presupposed on the design of the National health programs. Among the set of essential activities developed in the DSEI, the travelling logistics consumes a large part of the EMSI time and energy, with negative implications on the health-care agent overseeing and follow-up as well as on the implementation of the differentiated attention principle presupposed by the National Indian Health-Care Policy. The areas are still greatly patched and the differentiated attention gets mixed up with the extension of the coverage provided by the DSEI Implantation.

Keywords: South American Indians; Indigenous Health; Sanitary Practices; Indian Health-Care Agent.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Organização do Distrito Sanitário Especial Indígena e Fluxo de Atenção à Saúde	55
Figura 2	Municípios que Compõem o Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro	57
Figura 3	Distribuição Territorial dos AIS, na sub-região do Rio Içana e Aiari	66

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Agentes Indígenas de Saúde Baniwa, segundo o tempo de atuação na Profissão.	65
Gráfico 2	Escolaridade dos Agentes Indígenas de Saúde Baniwa	74

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Distribuição dos Pólos-Base na área Baniwa com suas respectivas aldeias e população.	61
Quadro 2	Escala de trabalho do Agente Indígena de Saúde (Mês de julho/2006)	80
Quadro 3	Cursos ministrados aos AIS Baniwa do Alto Rio Negro no período 1990 a 2006.	93
Quadro 4	Ações programáticas na atenção à saúde da mulher indígena no âmbito do DSEI Rio Negro.	130

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos Agentes Indígenas de Saúde Baniwa segundo Faixa Etária.	64
Tabela 2	Distribuição dos Agentes Indígenas de Saúde Baniwa segundo Faixa Etária de ingresso na profissão.	69

LISTA DE ABREVIACÕES

AIS	Agente Indígena de Saúde
AAISARN	Associação dos Agentes Indígenas de Saúde do Alto Rio Negro
AAS	Ácido Acetil Salicílico
ACIRA	Associação das Comunidades Indígenas do Rio Aiari
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
ARN	Alto Rio Negro
BSB	Brasília
CASAI	Casa de Saúde do Índio
CIMI	Conselho Indígena Missionário
CNEP	Comitê Nacional de Ética em Pesquisa
COIAB	Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira
COSAI	Coordenação de Saúde Indígena
CSE	Centro de Saúde Escola
DDA	Doenças Diarréicas Agudas
DEOP	Departamento de Operações
DESAI	Departamento de Saúde Indígena
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EMSI	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
ESF	Equipe Saúde da Família
ET	Escola Técnica
FOIRN	Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IRA	Insuficiência Respiratória Aguda
mg	Miligrama
mmHg	Milímetro de Mercúrio
MS	Ministério da Saúde
NESP	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
NOAS	Norma Operacional de Atenção a Saúde
OIBI	Organização Indígena da Bacia do Içana
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PA	Pressão Arterial
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PCCU	Prevenção do Câncer do Colo Uterino
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNI	Programa Nacional de Imunização
PREPS	Preparação Estratégica do Pessoal de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PSFI	Programa Saúde da Família Indígena
RASI	Rede Autônoma de Saúde Indígena
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIASI	Sistema de Informação de Saúde Indígena
sic	Segundo informações colhidas
SSL	Saúde Sem Limite
SUS	Sistema Único de Saúde
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
UNIBI	União das Nações Indígenas Baniwa
VDRL	Venereal Diseases Research Laboratory
VO	Via Oral

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO 1	25
REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	25
1.2 REVISÃO DA LITERATURA	29
1.2.1 O Agente Indígena de Saúde no Contexto da Distritalização da Saúde Indígena	35
1.3 O POVO BANIWA E SUAS CONCEPÇÕES DE DOENÇA E CURA	40
1.4 DIRETRIZES METODOLÓGICAS	42
1.4.1 Campo de Estudo e Estratégias de Pesquisa	45
1.4.2 Coleta e Análise dos Dados	46
CAPÍTULO 2	50
O SUS E A INTERFACE COM O SUBSISTEMA DE SAÚDE INDÍGENA	50
2.1 O Subsistema de Saúde Indígena no Brasil	53
2.1.2 O Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro	57
2.1.2.1 Município de São Gabriel da Cachoeira	58
2.1.2.2 Município de Santa Isabel do Rio Negro	62
2.1.2.3 Município de Barcelos	63
CAPÍTULO 3	64
PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E O PROCESSO DE FORMAÇÃO DOS AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE BANIWA	64
3.1 A Escolaridade como desafio na atuação do Agente Indígena de Saúde	73
3.2 A Formação dos Agentes Indígenas Baniwa	82
CAPÍTULO 4	96
PRÁTICAS SANITÁRIAS DOS AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE E DOS OUTROS MEMBROS DA EMSI	96
4.1 Atribuição da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena do DSEI Rio Negro	97
4.1.1 O Enfermeiro (a) em Área Indígena	99
4.1.2 O Agente Indígena de Saúde	110
CAPÍTULO 5	121
AÇÕES DE PLANEJAMENTO/PROGRAMAÇÃO DO COTIDIANO DA EMSI NO DSEI RIO NEGRO	121

5.1	O Planejamento das Ações de Saúde no DSEI Rio Negro	121
5.2	Ações de Saúde da Mulher Indígena Rionegrina	129
5.2.1	Consulta do Pré-Natal no Pólo-Base	132
5.2.2	Consulta do Pré-Natal nas comunidades sem Pólo-Base	134
5.3	Ações de Saúde para a Criança Indígena Rionegrina	135
5.4	Visita Domiciliar na Área Indígena Baniwa	139
5.5	A Supervisão do Agente Indígena de Saúde Baniwa	143
5.6	Atenção Diferenciada	148
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	155
	REFERÊNCIAS	160
	APÊNDICES	170

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa se propôs a investigar as representações sociais e práticas sanitárias dos profissionais das equipes multidisciplinares de saúde, incluindo os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) do Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro (DSEI)¹, que é parte integrante do Subsistema de Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde no Brasil.

O interesse pelo objeto da pesquisa nasceu a partir das experiências do pesquisador como docente nos cursos de capacitação desenvolvidos para os AIS do Alto Rio Negro, antes da implantação do DSEI. Outro fato que estimulou o interesse pela pesquisa foi uma visita, em 2004, a São Gabriel da Cachoeira, ocasião em que foi ministrada a disciplina Planejamento e Programas de Saúde no curso de Especialização em Saúde Pública, dirigido aos profissionais não-indígenas que atuam no âmbito do DSEI. Durante a visita, foi possível observar que os profissionais queixavam-se bastante da atuação dos AIS nas comunidades.

No mesmo período conversamos com alguns AIS, e os mesmos também relatavam suas dificuldades em trabalhar com os profissionais das equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI). De acordo com seus relatos os AIS recebiam demandas apenas para transportar as bagagens das equipes, quando essas chegavam às comunidades. Eles diziam ainda que o processo de capacitação a eles ofertado sofreu solução de continuidade após a implantação do DSEI.

¹ Segundo Mendes (1999), Distrito Sanitário é um “tipo de Sistema Local de Saúde, orientado para um espaço geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que contempla um conjunto de atividades técnicas, que visam promover medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais, necessárias à prestação da assistência” (1999: p. 162). Tal conceituação foi utilizada como base para normatização dos chamados Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

A trajetória do pesquisador no campo da saúde indígena começou junto ao povo Yanomami no Estado de Roraima em 1992, onde foi desenvolvido ações de assistência de enfermagem e formação de recursos humanos não-indígenas. Ao se deparar com situações diferentes da experiência profissional anterior, gerou o desejo de lidar com hábitos distintos daquele que lhe eram familiares.

Descobrimos que “novo” era aprender a ouvir e observar os costumes daquele povo, respeitá-lo e fazer colocações no momento apropriado. Percebemos então, o quanto tínhamos para aprender e também ensinar.

A segunda experiência junto aos povos indígenas deu-se em 1994, na área indígena Sateré-Mawé, onde foi desenvolvidas ações de assistência à saúde e também participado do processo de capacitação dos Agentes Indígenas Sateré-Mawé. Mais um desafio que se impôs na trajetória profissional do pesquisador ocorreu em 1999, quando assumiu o cargo de gerente técnico do DSEI Manaus, com a missão de implantar o referido distrito.

Ao longo de nove anos de sua trajetória profissional junto aos povos indígenas, também participou ativamente do processo de formação dos AIS no Alto Rio Negro, antes da distritalização da saúde indígena.

Portanto sua trajetória profissional levou a realizar este estudo, para tentar compreender o papel dos membros da EMSI e dos agentes indígenas de saúde no contexto do DSEI Rio Negro, mas especificamente na sub-região sanitária do Rio Içana e Aiari, onde vive o povo Baniwa, do tronco lingüístico Aruaque.

O DSEI Rio Negro foi implantado em 2000, com o processo de distritalização da saúde indígena no Alto Rio Negro. Para isso, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) celebrou convênio com a Secretaria Municipal de Saúde, com a Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN), com a Diocese de São Gabriel da Cachoeira, com a Associação Saúde Sem Limite (SSL) e com o Exército Brasileiro para a execução de ações de

Oatenção básica no interior do território distrital, por meio da construção coletiva de um plano de trabalho.

O referido DSEI está localizado na região do Alto Rio Negro, ao noroeste do Estado do Amazonas e abrange os municípios de São Gabriel da Cachoeira, Santa Isabel do Rio Negro e Barcelos. A população adscrita é de aproximadamente 28.220 indígenas concentrados em vinte e dois grupos étnicos agrupados sob quatro grandes troncos lingüísticos (Tukano Oriental, Aruak, Maku e Yanomami), distribuídos em mais de 732 comunidades e pequenos sítios ao longo dos rios existentes na região (FOIRN, 2005).

A rede de saúde do território distrital compreende 126 postos de saúde e 19 Pólos-Base, distribuídos em cinco sub-regiões sanitárias e culturais sendo estas Içana/Aiari, Waupés, Tiquié, Papuri, Rio Negro/Xié. Na época da coleta de dados da pesquisa, o quadro dos profissionais de saúde contratados pelo convênio FOIRN/FUNASA para o funcionamento desta estrutura era composto por 3 (três) médicos, 20 (vinte) enfermeiros, 62 (sessenta e dois) técnicos de enfermagem e 174 (cento e setenta e quatro) agentes indígenas de saúde (AIS). Desse total de AIS, 54 (cinquenta e quatro) mantinham vínculo trabalhista com a Secretaria Municipal de Saúde por meio do Programa “Agente Comunitário de Saúde” (FOIRN, 2005).

Do universo dos Agentes Indígenas de Saúde que no período da pesquisa encontravam-se vinculados ao convênio FOIRN/FUNASA, optamos por investigar as práticas sanitárias dos AIS da etnia Baniwa, pelos seguintes motivos: 1) dos AIS que começaram o processo de formação em 1988, poucos foram os que permaneceram atuando na profissão; dentre esses, os Baniwa foram os que se mantiveram em maior número; 2) a ausência de documentos nas instituições de saúde que registrassem as atividades de saúde dos AIS foi algo que dificultou a coleta de informações e exigiu coleta de dados primários no campo, o que tornou possível porque o pesquisador já tinha conhecimento da área Baniwa.

Dentre os Pólos-Base que fazem parte da rede de saúde do DSEI Rio Negro, optamos pelo Pólo-Base “P”², localizado na área Baniwa, por ser um dos pólos que mantinha a menor rotatividade de profissionais não-indígenas de saúde. Esse pólo manteve quase uma equipe permanente, desde a implantação do DSEI, o que facilitaria as observações do trabalho da EMSI.

O trabalho de formação dos AIS no Alto Rio Negro teve início na década de 80. Ele surgiu a partir das demandas das organizações indígenas como a Federação das Organizações Indígena do Rio Negro (FOIRN), a Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB) e a Organização Indígena da Bacia do Içana (OIBI). No primeiro momento, os treinamentos foram realizados com o apoio do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP) / Universidade Federal do Amazonas, e depois com a adesão de outras instituições, como o Centro de Saúde-Escola Dom Walter Ivan - CSE, (entidade ligada à Diocese de São Gabriel da Cachoeira) e a ONG Saúde Sem Limite (SSL). Em 2000, com a implantação do DSEI, a FUNASA tomou para si a responsabilidade do processo de formação destes atores sociais.

Cabe ao DSEI Rio Negro a responsabilidade técnica pelo processo de capacitação dos AIS nos municípios de São Gabriel da Cachoeira, Santa Isabel do Rio Negro e Barcelos, particularmente aqueles vinculados à Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro, entidade que era na época da coleta de dados, conveniada à Fundação Nacional de Saúde para a prestação de serviços de saúde à população aldeada.

Apesar da existência de Agentes Indígenas de Saúde vinculados ao Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) nos três municípios, essa investigação foi desenvolvida apenas junto aos AIS vinculados ao convênio FOIRN/FUNASA. Tal desenho se

² Para preservar a identidade do Pólo-Base onde foi realizada a pesquisa, aqui será tratado pelo pseudônimo, “P”.

deve à dificuldade de acesso às fontes de informação, à ausência de financiamento e à inexistência de documentação capaz de subsidiar a pesquisa nos três municípios.

Como problemas de pesquisa, enunciamos diversas questões que a vivência no campo da saúde indígena nos trouxe: Quais as características das práticas sanitárias desenvolvidas pelas equipes multidisciplinares de saúde, aí se incluindo o AIS, no contexto atual da distritalização no Alto Rio Negro? Que representações sociais os profissionais das EMSI elaboram sobre a participação dos AIS na equipe? Quais as representações sociais dos AIS sobre sua participação na equipe multidisciplinar? Qual é o perfil de atuação dos AIS, requerido pelos profissionais de saúde? O perfil de atuação dos AIS, desenhado pelos profissionais do DSEI, é congruente com os existentes nos documentos oficiais do Subsistema de Saúde Indígena? A formação recebida pelos AIS é congruente com as práticas desenvolvidas por eles? Elas contribuem para estabelecimento de uma atenção diferenciada?

Assim, foi eleito como objeto dessa pesquisa o estudo do cuidado em saúde prestado pelos profissionais da equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena, aí incluindo os agentes indígenas de saúde na sub-região Içana – Aiari do DSEI Rio Negro.

Tais questões, geradas na convivência periódica do autor com as ações de saúde indígena, ofereceram um eixo condutor da construção desse estudo. Se bem sucedido, talvez ele possa, no futuro, contribuir para a melhoria do acesso e da qualidade das práticas de atenção à saúde no Distrito Sanitário, oferecidas às populações indígenas rionegrinas.

Desse modo, o objetivo geral da pesquisa foi descrever e analisar as práticas sanitárias da equipe multidisciplinar de saúde e do agente indígena de saúde do DSEI Rio Negro na oferta de atenção diferenciada à saúde das populações indígenas rionegrinas.

Os objetivos específicos buscaram caracterizar o perfil sócio - demográfico e o processo de formação dos AIS Baniwa que atuam no DSEI Rio Negro do município de São Gabriel da Cachoeira; analisar as representações sociais e práticas sanitárias dos agentes

indígenas de saúde, buscando apreender sua compatibilidade e/ou incompatibilidade com a política de atenção diferenciada do subsistema de saúde indígena; descrever e analisar as práticas sanitárias dos membros não-indígenas da equipe de saúde e sua interação com o agente indígena de saúde.

Neste trabalho, utilizamos alguns conceitos, como *interculturalidade*, apresentado por Cohen-Emerique (2000); segundo o autor, a interculturalidade deve ser entendida como um enfoque que leve em conta a interação entre duas identidades culturais distintas que se confrontam e se relacionam em contextos em que sentidos são atribuídos a eventos de interesse mútuo. Assim, a atribuição de sentido vai variar de acordo com a origem e cultura de base de cada um dos atores que se posicionam na cena social.

O outro conceito igualmente importante nesta discussão é o de *auto-atenção*. Segundo Menéndez (2003), ele deve ser entendido como uma interação que se constitui entre as atividades dos serviços de atenção à saúde e as práticas autônomas de cura e cuidado da população.

Mais um conceito que contribui para o estudo é o de *práticas sanitárias*, concebido neste contexto como os atos de saúde que, segundo Merhy (2005), produzem certos projetos terapêuticos que expressam modalidades do cuidado em saúde.

Tais elementos conceituais ordenaram o desenvolvimento do estudo, ofertando a compreensão do processo dinâmico e heterogêneo de transformação da cultura na interface com a atenção diferenciada oferecida pelos DSEI.

Para a realização de um estudo sobre o tema das práticas dos AIS e dos profissionais não-indígenas que atuam no território distrital, fazia-se necessária uma revisão crítica na literatura sobre Agente Comunitário de Saúde, já que o entendimento do campo de atuação dos AIS deve ser referido ao Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) cuja atuação molda as práticas de atuação dos AIS. Nessa vertente, tivemos como referências

principais os trabalhos de Pedrosa e Teles 2001; Nunes, et al, 2002; Silva, 2002; Silva e Dalmaso, 2002; Levy; Matos e Tomita, 2004, que analisam este ator social no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS; e outros que tratam especificamente do Agente Indígena de Saúde, Garnelo e Silva, 1996; Erthal, 2003; Mendonça, 1996, 2005; Oliveira, 2005; Dias-Scopel, 2005. São temas tratados no primeiro capítulo.

O segundo capítulo traz um breve histórico da atenção primária à saúde no Brasil, culminando com a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), e sua interface com o Subsistema de Saúde Indígena no Brasil e no Alto Rio Negro, noroeste do Amazonas. Para sua construção, buscamos informações na literatura disponível, nas Cartas de Promoção da Saúde (Brasil, 2002), nos trabalhos de Noronha e Levicovtz, 1994; Carvalho et al, 2001; Mendes, 1999, assim como nos relatórios da I, II e III Conferências Nacionais de Proteção à Saúde do Índio e nos documentos reguladores da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas FUNASA (2000). Também foram fontes de informação os Planos Distritais de Saúde do DSEI Rio Negro e a nossa própria vivência profissional no campo da saúde indígena.

O terceiro capítulo discorre sobre o perfil dos AIS Baniwa, que atuam nos Rios Içana e Aiari, buscando apreender a influência de seu processo de formação, de sua situação demográfica e das relações de parentesco, nas características das práticas sanitárias por eles desenvolvidas. Nele discorremos também sobre os diferentes momentos do processo formador (pré e pós-distritalização) e buscamos o entendimento de semelhanças e diferenças no trabalho cotidiano de cada grupo de AIS investigado.

A discussão apresentada no quarto capítulo traz uma etnografia das práticas sanitárias dos AIS, buscando apreender sua compatibilidade e/ou incompatibilidade com a política de atenção diferenciada do Subsistema de Saúde Indígena, assim como as formas de interação com os outros membros das EMSI, as mudanças ou permanências de atitudes e

comportamentos ligadas à distritalização. O capítulo apresenta ainda os potenciais conflitos laborativos dos AIS e os outros profissionais de saúde indígena que atuam no conjunto de aldeias adscritas ao Pólo-Base “P”.

O quinto capítulo traz a análise das práticas sanitárias da equipe direcionadas às ações programáticas de saúde materno-infantil. Traz, ainda, o estudo do conjunto de atividades que são entendidas pelos membros não-indígenas da EMSI como essenciais ao trabalho do Agente Indígena de Saúde, tais como a visita domiciliar, supervisão ao AIS e a prestação de serviços que caracterizariam as práticas sanitárias do DSEI Rio Negro como formas de atenção diferenciada, tal como recomendadas pela Política Nacional de Saúde e, por fim, as considerações finais.

Certamente este caminho aqui percorrido possibilitará uma compreensão mais clara do papel social e das práticas sanitárias desenvolvidas pelos Agentes Indígenas de Saúde e pelos profissionais não-indígenas de saúde que atuam no Distrito Sanitário Rio Negro.

CAPÍTULO 1

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

O estudo em pauta se caracteriza como uma etnografia das práticas sanitárias desenvolvidas no DSEI Rio Negro, com ênfase na organização do trabalho dos profissionais de enfermagem, aí compreendidos o enfermeiro, o técnico de enfermagem e o agente indígena de saúde. Para fins desse texto, utilizaremos a conceituação de James Clifford (2002), para quem a etnografia deve ser entendida como um tipo de estudo que prioriza a coleta de dados por meio de pesquisa de campo e observação prolongada do objeto de estudo; ainda segundo o mesmo autor, nesse tipo de estudo a análise dos dados coletados é feita por meio de produção discursiva sistematizada na forma de texto escrito.

Dentre os conceitos essenciais à construção do objeto da pesquisa, destacamos a definição de cultura de Geertz (1989): para o autor, ela é uma teia de significados tecida pelo próprio homem. De acordo com Geertz, uma das principais características da cultura é o seu caráter dinâmico e heterogêneo, em constante construção, o que fornece uma diversidade de opções possíveis de caminhos a serem seguidos pelos sujeitos sociais.

A noção de dinâmica da cultura também é essencial para entendermos que a cosmovisão dos povos indígenas atendidos pelos profissionais dos DSEI influenciam nas demandas e necessidades de saúde, mas que elas também se modificam no contato cotidiano com os serviços de saúde. Dessa forma, a compreensão do processo heterogêneo de transformação da cultura na interface com os serviços de saúde nos auxilia a entender melhor as características que devem moldar a atenção diferenciada oferecida pelo DSEI.

Outros conceitos, como interculturalidade, intermedicalidade e auto-atenção também se mostraram úteis em nossa busca por caracterizar a diferenciação da atenção proposta pela Política Nacional de Saúde Indígena.

A noção de interculturalidade deve ser aqui entendida como um enfoque que leve em conta a interação entre duas identidades culturais distintas que se confrontam e se relacionam em contextos em que sentidos são atribuídos a eventos de interesse mútuo. Assim, a atribuição de sentido vai variar de acordo com a origem e cultura de base de cada um dos atores que se posicionam na cena social (COHEN-EMERIQUE, 2000). Para Cohen-Emerique, existem três vertentes teóricas de estudo da interculturalidade: subjetivista, objetivista e situacional. Para este estudo priorizaremos o uso do enfoque subjetivista (que reconhece a presença de dois ou mais atores sociais em interação, com valores e estilos de vida distintos). Também usaremos o enfoque situacional, que além de incorporar a diferença de valores na análise, também incorpora a assimetria de status e de poder entre os atores em interação (p.171), tal como ocorre entre os AIS Baniwa e os outros profissionais de saúde da EMSI.

No âmbito da saúde indígena, o enfoque intercultural proposto pelo subsistema deveria levar em conta o reconhecimento da pluralidade e diversidade étnica dos povos por ele atendidos. Isso implicaria em incorporar, no âmbito das ações de saúde, a capacidade de compreender (e agir de acordo com) as especificidades culturais da população; viabilizar formas de melhoria do acesso equitativo aos serviços de saúde e da qualidade da atenção; gerar impactos sobre os indicadores de saúde; oferecer informações epidemiológicas específicas em relação à saúde das populações indígenas; e propor estratégias de intervenção adequadas às realidades socioculturais. Tal esforço significa também que os princípios do enfoque intercultural deveriam se expressar na oferta de atenção integral à saúde, na participação comunitária, na revitalização da cultura e no estímulo à reciprocidade entre os

atores sociais envolvidos. Todos estes elementos foram alvo de preocupação dessa pesquisa, estando implícitos nos tipos de cuidado a serem ofertados no DSEI Rio Negro.

Já o conceito de intermedicalidade deve ser entendido como um caso particular de interculturalidade. Para Greene (1998), intermedicalidade é um espaço contextualizado de interação entre medicinas híbridas, desenvolvidas por agentes com consciência sociomédica, ou seja, como parte de um contexto onde múltiplos atores negociam poderes constituídos nas relações de cura e cuidados, tais como as estabelecidas nos DSEI.

O outro conceito igualmente importante nesta discussão é o de auto-atenção. Segundo Menéndez (2003), a auto-atenção não deve se restringir à incorporação de práticas tradicionais nos serviços de saúde primária, tal como recomendado nos documentos da Organização Mundial de Saúde (OMS). Ao contrário, ela deve ser entendida como uma interação que se constitui entre as atividades dos serviços de atenção à saúde e as práticas autônomas de cura e cuidado da população. O autor descreve formas de auto-atenção como:

representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención; de tal manera que la auto atención implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma (p. 198)

Menéndez (2003) problematiza as supostas oposições, apontadas no campo das ciências sociais e saúde, que existiriam entre a biomedicina e as formas populares de cura. Para o autor elas, ocorreriam mais no plano das representações do que no das práticas sanitárias que são efetivamente desenvolvidas por profissionais de saúde e pela população. Segundo Menéndez, a idéia de oposição excludente entre cuidados oficiais e práticas populares, serviria como justificativa para encobrir as intenções hegemônicas das corporações de saúde, desejosas de garantir o monopólio do exercício dos cuidados de saúde; para ele, tal

oposição não encontra correspondência nas práticas cotidianas dos pacientes que costumam lançar mão de pluralidades terapêuticas.

Se aplicarmos as idéias de Menéndez ao estudo do DSEI Rio Negro, podemos remetê-las ao plano das relações interétnicas que ali se constituíram historicamente, no contato diário entre indígenas e agentes de colonização, produzindo interculturalidades e intermedicalidades, que hoje se expressam nas concepções nativas de doença, cura e demanda por serviços de saúde.

Cabe, também, fazer distinção entre o que Menéndez chama de auto-atenção e o conceito utilizado por Pires (2005) para analisar os cuidados ofertados em serviços oficiais de saúde. Preocupada com a mudança do modelo assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a autora empreendeu uma reflexão teórico-filosófica sobre o cuidado ali prestado pelos profissionais de saúde. De acordo com as premissas que orientaram essa investigação, a oferta do cuidado em saúde exige conhecimento do contexto sócio-histórico no qual ele é gerado. Sua origem remete ao plano da política setorial de saúde, à micro-política das relações entre profissionais e clientela e às culturas das instituições de saúde e da clientela. A autora conclui que o cuidado institucionalizado é fonte de tensões e disputas entre cuidadores e clientela e entre a normatização da técnica e a autonomia dos sujeitos que acorrem aos serviços. A existência de um campo de disputa similar é parte da hipótese que orienta o desenho de investigação das práticas sanitárias dos AIS Baniwa.

Outro conceito que contribui para o estudo é o de práticas sanitárias, concebido neste contexto como os atos de saúde que, segundo Merhy (2005), produzem certos projetos terapêuticos que expressam modalidades do cuidado em saúde. Para o mesmo autor, as práticas de saúde podem ser subdivididas nas dimensões cuidadoras e nas dimensões centradas nos saberes tecnológicos e disciplinares das ordens profissionais. Tais abordagens

conjugam estratégias técnicas e de relacionamento que se configuram nos chamados modelos de atenção à saúde.

No âmbito do SUS, o modelo terapêutico hegemônico é o que privilegia a abordagem individual, curativa, centrada no hospital e no trabalho do profissional médico. Ela se insere no campo dos saberes tecnológicos que se transformam em cuidados individuais de saúde, realizados por meio de “somatórios de atos fragmentados que incidem sobre o usuário – insumo dividido por tantas unidades de produção de procedimento quanto se poder constituir” (MERHY, *op. cit.*, p. 103).

Nessa pesquisa buscamos apreender, no processo de observação do trabalho dos AIS e dos outros membros da equipe multidisciplinar de saúde indígena, tanto a dimensão cuidadora quanto a dimensão tecnológica de suas atividades cotidianas.

Tais elementos conceituais ordenaram o desenvolvimento do estudo, ofertando os marcos teóricos necessários à sua realização.

1.2 REVISÃO DA LITERATURA

A literatura sobre Agente Comunitário de Saúde (ACS) pode ser classificada em grupos de textos, (Pedrosa e Teles 2001; Nunes, *et al.*, 2002; Silva, 2002; Silva e Dalmaso, 2002; Levy; Matos e Tomita, 2004), que analisam este ator social no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e outros que tratam especificamente do Agente Indígena de Saúde, representando enfoques mais próximos ao que aqui desenvolvemos (Garnelo e Silva, 1996; Erthal, 2003; Mendonça, 1996, 2005; Oliveira, 2005; Dias-Scopel, 2005).

A revisão do conhecimento acumulado nesse campo mostrou que o entendimento do campo de atuação dos AIS deve ser referido ao Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), cujas diretrizes de orientação sobre o papel institucional e comunitário também

contribuíram para moldar as práticas sanitárias recomendadas para os Agentes Indígenas de Saúde.

No território Brasileiro, as atividades desenvolvidas pelos ACS são pautadas pelas diretrizes do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em junho de 1991, pelo Ministério da Saúde (MS). De acordo com essas diretrizes, o PACS tinha a finalidade de contribuir para uma melhor qualidade de vida das populações com baixo poder aquisitivo do país, priorizando as ações de educação em saúde (LEVY; MATOS E TOMITA, 2004). Na formulação do PACS, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) propôs uma cobertura de assistência à saúde de 400 a 750 pessoas por ACS; essa cobertura poderia variar, dependendo das necessidades locais.

As ações do PACS são desenvolvidas por meio dos Agentes Comunitários de Saúde, que ocupam um espaço importante no cenário do sistema de saúde no país, seja por atuar junto à comunidade (sendo atribuída a eles a tarefa de estabelecer ligação entre o serviço de saúde e a comunidade) seja por participar, junto com as equipes de saúde, do planejamento das ações dos serviços de saúde oferecidos à população (SILVA e DALMASO, 2002).

Este ator social foi reconhecido como categoria profissional pelo MS por meio da Lei n. 10.507, de 10 de julho de 2002. A referida lei caracteriza o exercício da profissão pelo desenvolvimento de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local (BRASIL, 2002).

Em consonância com a proposta do PACS, cabe ao ACS desenvolver um conjunto de atividades assim enumeradas:

Diagnosticar as condições de vida da população de sua micro-área de atuação, manter os cadastros familiares permanentemente atualizados junto ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); mapear a comunidade na qual oferece cobertura; identificar situações de risco a que a população encontra-se exposta; realizar visita domiciliar com o objetivo de orientar um ou mais membros da família; procurar casos que necessitem de assistência, particularmente no caso de grupos vulneráveis como crianças, gestantes, idosos, que recebam atenção especial das equipes de saúde; atuar como animador no desenvolvimento coletivo da

comunidade; realizar ações educativas referentes às etapas do ciclo de vida; desenvolver ainda ações humanitárias e solidárias, na busca de alternativas para geração de emprego; combate à violência e a promoção da saúde (BRASIL, 2001).

O perfil de atuação do ACS exige que ele seja treinado, orientado e acompanhado permanentemente por um profissional de enfermagem, responsável pelo programa PACS, em uma determinada área previamente estabelecida. O critério estabelecido para sua inclusão no programa é ter idade mínima de 18 anos, saber ler e escrever, residir na comunidade onde vai atuar e ter disponibilidade para exercer tais atividades (BRASIL, 2001).

Como veremos mais adiante, estas diretrizes gerais foram aplicadas à realidade indígena, quando ocorreu a implantação do Subsistema de Saúde Indígena.

No contexto da atenção básica à saúde, diversos autores vêm analisando a atuação do agente comunitário de saúde. Nunes *et al*, (2002, p. 1639) analisam a construção da identidade dos agentes comunitários de saúde, a partir de sua inserção na equipe do Programa Saúde da Família e da interação com os membros da comunidade de sua área de abrangência. Segundo os autores, essa identidade se constitui a partir de três eixos: o primeiro refere-se às orientações inscritas na formação oficial desses agentes; o segundo, trata da visão do próprio agente acerca de si mesmo e da sua prática; e, finalmente, a visão que a comunidade produz sobre o ACS e sobre as relações com ele travadas. Os autores chamam atenção para a importância dos conflitos de interpretações e para as relações de poder que se estabelecem entre a população beneficiada pelo programa e o ACS.

Ainda segundo Nunes *et al*, o ACS se revela um ator intrigante no que se refere às relações de trocas estabelecidas entre saberes populares de saúde e saberes médico-científicos. Ainda que sua formação seja fortemente influenciada pelo enfoque da biomedicina, não há descarte das vivências e conhecimentos populares sobre saúde, o que torna o ACS o mediador de um diálogo possível entre esses dois campos de saberes e

práticas. É nesta perspectiva que pretendemos problematizar o trabalho do Agente Indígena de Saúde no Alto Rio Negro.

A residência na comunidade é um dos pressupostos relevantes na construção de uma relação de confiança entre o ACS e a clientela, pois o agente compartilha a mesma realidade sócio-cultural da comunidade. Para Levy; Matos e Tomita, (2004), o trabalho do ACS com comunidades é dinâmico, passando por uma fase inicial de desconfiança por parte da população, evoluindo posteriormente para uma adesão às propostas trazidas pelo ACS para manutenção e recuperação da saúde.

Quanto ao processo de capacitação deste profissional, o Ministério da Saúde orienta que sua formação deve ser pautada por 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 (BRASIL, 1991).

Analisando o processo de formação do Agente Comunitário de Saúde, Silva e Damaso (2002) enfatizam que os ACS têm graus variados de qualidade de atuação. As autoras atribuem a maior ou menor eficácia do processo formador, para prover uma atuação qualificada, a uma construção permanente da capacidade de negociação do ACS com atores políticos locais e à inserção histórica desse tipo de mão de obra no contexto do sistema de saúde. As mesmas autoras identificam duas dimensões que influenciam na atuação e atribuições dos ACS. A primeira é pautada pelo enfoque tecnicista, “direcionado ao atendimento dos indivíduos e famílias, à intervenção para prevenção de agravos e para o monitoramento de grupos ou problemas específicos”. Já a segunda prioriza o caráter político da atuação do ACS, não limitando suas ações apenas à solidariedade à população, mas propondo também contribuir para a organização e participação da comunidade na transformação dessas condições (SILVA, DALMASO, 2002, p.77).

Silva e Dalmaso também ressaltam que este componente político expressa duas expectativas diversas ou complementares: a que vê “o agente como um elemento de reorientação da concepção e do modelo de atenção à saúde, de discussão com a comunidade dos problemas de saúde, de apoio ao auto-cuidado – e [a que entende] o agente como fomentador da organização da comunidade para a cidadania e a inclusão, numa dimensão de transformação social” (SILVA, DALMASO 2002: p. 77).

Ainda no âmbito da formação, Nunes *et al* (2002) chamam atenção para a importância de duas das atribuições dos ACS, definidas pelo MS em 1998. A primeira está relacionada às orientações fornecidas pelos ACS para as famílias atendidas, visando racionalizar a utilização dos serviços de saúde. A segunda destaca que os ACS devem dar ciência aos outros membros da equipe de saúde sobre as condições de vida e necessidades de saúde das comunidades adscritas às unidades que apóiam o trabalho do ACS.

As autoras identificam nessas duas atribuições o que chamam de “movimento bidirecional” no processo de trabalho dos agentes. Assim, os ACS são vistos como aqueles que, tanto munem à população de informações sobre os modos de fazer saúde, estabelecidos pelo sistema médico oficial, quanto subsidiam os profissionais de saúde de elementos-chave para a compreensão dos problemas de saúde das famílias e das necessidades da população. (NUNES *et al.* 2002, p. 1640).

Em sua dissertação de mestrado, Silva (2002) analisou a supervisão dos ACS no município de Ponta Grossa – Paraná. Para a autora, o trabalho de supervisão deste agente social está limitado ao caráter administrativo (verificação de cumprimento de horários, assiduidade dos profissionais, elaboração de relatórios, entre outros), não havendo uma sistematização adequada de suas atividades. Outro ponto importante assinalado nessa obra é a relação interpessoal entre os membros da equipe multidisciplinar e o estabelecimento de uma

hierarquia profissional, que impossibilita que o ACS se reconheça como agente de mudança e como ator relevante na efetivação da promoção da saúde (SILVA, 2002).

A referida autora enfatiza ainda que um dos grandes desafios no processo de supervisão dos ACS é a valorização do seu papel e o estímulo à sua participação em todas as atividades da Equipe Saúde da Família. Silva diz ainda, que a avaliação do trabalho do ACS deve considerar tanto os aspectos quantitativos (tomando por base o Sistema de Informação) quanto qualitativos. Neste último caso, caberia aos supervisores avaliar a atuação do ACS “in loco”, o que lhe permitiria analisar seu envolvimento com a comunidade, e as facilidades e dificuldades enfrentadas no desempenho de sua função (SILVA, 2002).

Para Pedrosa e Teles (2001), os ACS identificam como seus principais problemas os conflitos existentes na relação com a comunidade onde atuam, e as demandas por intervenções que eles não têm competência para realizar, tais como curativos, aplicação de injeções e verificação da pressão arterial.

Outro enfoque relevante para entender a atuação do agente comunitário de saúde é a análise de implantação do Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia de reorganização do modelo de assistência à saúde no âmbito do SUS. De acordo com Vasconcelos (1998), a implantação desse programa pressupunha uma contribuição do mesmo para a reorganização do SUS, com vistas a efetuar a universalização, a integralidade e a participação da comunidade, algo que ultrapassasse as atribuições convencionais de um programa de saúde.

Tais enfoques são relevantes por terem oferecido os pressupostos norteadores do modelo de assistência à saúde dos povos indígenas no Brasil por ocasião da implantação dos DSEI.

Segundo Nunes *et al*, (2002) o Programa Saúde da Família surge no contexto da política de saúde brasileira propondo-se a ser um modelo de atenção em saúde, pautado pelo

paradigma da vigilância à saúde. Também busca articular as ações programáticas em saúde com as políticas setoriais e intersetoriais; propõe uma ampliação da cobertura populacional e a incorporação, em suas práticas, do atendimento domiciliar e nos espaços comunitários. Para as autoras, estas características vêm contribuindo, efetivamente, no estabelecimento de vínculo entre profissionais das equipes de saúde e as comunidades locais (NUNES *et al*, 2002).

Segundo Pedrosa e Teles (2001), o trabalho em equipe no programa saúde da família é um pressuposto para alcançar a integralidade das ações de saúde e propor a construção de projeto assistencial capaz de atender, com qualidade, às necessidades apresentadas pela população.

Nunes *et al* (2002) exploraram as dimensões subjetivas da relação entre ACS e outros membros da equipe multiprofissional, apreendendo a existência de um sentimento de desvalorização do trabalho pelo próprio ACS, algo que é compartilhado também pelos outros profissionais da equipe. Esta informação é particularmente relevante, se consideramos que nos relatos dos membros da comunidade, estudada nessa mesma pesquisa, o ACS e o médico são considerados os personagens-chave do Programa Saúde da Família.

1.2.1 O Agente Indígena de Saúde no Contexto da Distritalização da Saúde Indígena.

A política de atenção à saúde dos povos indígenas se origina no movimento da reforma sanitária brasileira, cujas diretrizes forneceram as condições políticas e técnico-administrativas à construção do Sistema Único de Saúde que, por sua vez, ofereceu um marco lógico e institucional ao Subsistema de Saúde Indígena.

No caso da saúde indígena, a implantação do processo de formação dos membros da própria comunidade para exercer o papel de Agente Indígena de Saúde tem sido objeto de

reivindicação constante nas Conferências de Saúde Indígena. Tal demanda se diversificou nos últimos dez anos na busca de garantir atenção básica de saúde nas comunidades e de ampliar os canais de interação que favoreçam o diálogo entre a população indígena e o Sistema Único de Saúde (SANTOS *et al.*, 1996).

No Alto Rio Negro, o trabalho de formação dos AIS teve início na década de 80, com o Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP) / Universidade do Amazonas, e se prolongou, por meio de diversas instituições, até o ano de 2004. Essas iniciativas priorizavam a capacitação dos indígenas para atuar sobre os problemas básicos de saúde da população.

Segundo Figueroa e Mainbourg (1994), o processo de capacitação empreendido pela Universidade Federal do Amazonas baseava-se na concepção de que a saúde não depende só do manejo preventivo e curativo da doença, mas de uma multiplicidade de fatores, entre os quais a organização política dos grupos e a participação das comunidades.

Garnelo e Silva (1996) analisaram a mesma experiência, enfatizando as estratégias pedagógicas priorizadas pela equipe da Universidade Federal do Amazonas. Neste trabalho, o eixo norteador foi a pedagogia da problematização, oriunda do construtivismo, centrada na idéia de capacitar o educando para resolução de problemas. Segundo as autoras, ao longo dos anos, múltiplas experiências de educação popular e participativa foram adicionadas ao processo de capacitação, sem desprezar as peculiaridades étnicas dos capacitandos.

A partir de 1996, outras experiências de capacitação dos AIS foram desenvolvidas no cenário rionegrino, por meio de parceria entre a FUNASA, as organizações indígenas e outras entidades que atuavam no campo da saúde. Na ocasião, a FUNASA estabeleceu parcerias com os missionários salesianos, que atuaram por meio de um convênio firmado com a Diocese de São Gabriel da Cachoeira. Simultaneamente, a ONG Saúde Sem Limite, também em parceria com a FUNASA, colaborou nos treinamentos e supervisão dos Agentes Indígenas de Saúde do DSEI Rio Negro.

Também na região amazônica, outra experiência com a capacitação de AIS foi desenvolvida no final da década de 80, junto à população indígena Tikuna, no Alto Solimões. Segundo Erthal (2003), esta atividade foi oriunda da insatisfação das lideranças indígenas com o sistema de saúde precário oferecido pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI). Em suas lutas, as lideranças reivindicavam melhoria da situação de saúde e a participação de indígenas capacitados para desenvolver ações de saúde juntos às suas comunidades.

A autora lembra que, na época, os cursos de capacitação para os AIS Tikuna foram realizados por meio de convênio celebrado entre as Organizações Indígenas Tikuna, a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal do Rio de Janeiro. Os conteúdos programáticos se propunham a habilitar os treinandos para identificar as doenças mais frequentes, viabilizar a referência de pacientes em casos de urgência e emergência e atuar como mediadores entre as comunidades e o sistema de saúde. Apesar do avanço gerado pela capacitação, para Erthal, a continuidade dos cursos se esbarrava em problemas gerados, de um lado, pelo PACS que, ao introduzir a remuneração do trabalho do AIS, que anteriormente atuava como voluntário, criou uma nova categoria assalariada e ameaçou as bases comunitárias dessa sociedade igualitária. Por outro lado a busca de prestígio incentivou as lideranças indígenas locais a indicarem seus aliados para ocupar os cargos remunerados de agentes de saúde, ampliando os conflitos e as disputas.

Segundo Mendonça (1996; 2005) e Oliveira (2005), no Parque do Xingu o processo de construção deste personagem também não foi muito diferente das experiências desenvolvidas em outras terras indígenas. No Xingu, a demanda surgiu das comunidades, ou seja, das pressões exercidas pelos caciques, sobre o órgão responsável pela saúde indígena na época, para que os membros dos próprios grupos fossem capacitados para atuar na redução de seus problemas de saúde. Mendonça afirma que o trabalho dos AIS se restringia inicialmente ao acompanhamento, como intérprete, das consultas médicas feitas nas aldeias. Eles também

atuavam nos postos de saúde das comunidades, auxiliando na limpeza de material. Tal como ocorreu em outros locais no Xingu, a capacitação também esteve voltada para a oferta de cuidados básicos de saúde, para o atendimento curativo de doenças mais frequentes e o aprendizado de ações básicas de enfermagem (MENDONÇA 1996; 2005; OLIVEIRA, 2005).

A equipe do Departamento de Saúde Indígena (DESAI) do nível central da FUNASA, em Brasília, fez uma análise dos diversos processos de capacitação de AIS que ocorreram no país. Suas conclusões foram sistematizadas em um documento que transcrevemos parcialmente no parágrafo abaixo:

A capacitação dos agentes de saúde vem sendo realizada por diversas instituições e é bastante heterogênea quanto aos objetivos, à metodologia e aos mecanismos de avaliação e tem como características a predominância de cursos teóricos com duração variável, geralmente com grandes períodos de espaçamento entre eles. Os assuntos abordados, embora muitas vezes pertinentes à situação local, geralmente não estão ordenados de modo a favorecer uma formação de complexidade crescente (MS/FUNASA/COSAI, 1999: p. 2).

Ao concluir que o processo de capacitação guardava lacunas e disparidades, os técnicos propuseram, em 1996, um programa para a formação dos AIS. Apesar disso, somente no ano de 1999 vieram a público as diretrizes da FUNASA para a formação de Agentes Indígenas de Saúde, explicitadas no documento denominado *Formação de Agentes Indígenas de Saúde – Propostas de Diretrizes*. Nesta norma técnica, recomendava-se que a capacitação deveria ter como eixo norteador a pedagogia da problematização. Os cursos seriam modulares e realizados no âmbito de cada Distrito Sanitário, garantindo períodos de concentração e dispersão e dando ênfase ao treinamento em serviço. Recomendava ainda que os profissionais que formariam os AIS fossem devidamente capacitados. (MS/FUNASA/COSAI, 1999).

O mesmo documento recomendava que os AIS deveriam ser habilitados para desenvolver ações de vigilância em saúde, prevenção e controle dos agravos, visitas domiciliares, atividades educativas e assistência primária à saúde junto os membros de sua comunidade e nas localidades de sua área de abrangência. Deveriam receber supervisão e

acompanhamento dos profissionais das equipes multidisciplinares de saúde, capacitados para exercer esta função dentro do território distrital.

No tocante ao processo de formação, os AIS deveriam adquirir competências e habilidades, para:

elaborar seu plano de trabalho com base na identificação das necessidades relacionadas ao processo saúde-doença; realizar estudos e levantamentos que identifiquem os determinantes do processo saúde-doença dos grupos indígenas, famílias e indivíduos; reconhecer os fatores sócio-culturais que interferira no processo de adoecer e buscar tratamento, procurando identificar práticas que possam implicar em risco à saúde (MS/FUNASA/COSAI, 1999:10).

O perfil e o processo de seleção dos AIS previam que os mesmos deveriam fazer parte da comunidade onde iriam atuar, e que sua escolha deveria ser realizada por meio de um processo seletivo. Quanto ao perfil, podemos destacar, dentre outros requisitos, pertencer ao mesmo grupo étnico, ser indicado pela comunidade e, preferencialmente, ser alfabetizado (MS/FUNASA/COSAI, 1999).

Existe uma importante contradição na documentação da FUNASA desse período. Embora as diretrizes falassem em formação de Agentes Indígenas de Saúde, ou seja, instituíssem a educação escolar como pressuposto do trabalho, as estratégias oferecidas limitaram-se a cursos de capacitação, não logrando meios de obter o reconhecimento do trabalho formador junto aos órgãos oficiais de educação.

Em sua dissertação de mestrado, realizada no Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul, Raquel Dias-Scopel (2005) encontrou algumas incongruências referentes às atividades desempenhadas pelos AIS. Segundo a autora, as mesmas não eram coerentes com as recomendações contidas nos documentos oficiais da FUNASA para capacitação dos AIS. Outro ponto igualmente importante, detectado por Dias-Scopel, era a confusão entre as funções dos AIS e as do auxiliar de enfermagem no Posto de Saúde. A autora destaca ainda a falta de cursos de capacitação dos AIS na área indígena onde realizou a pesquisa. Quando realizados, os cursos eram de caráter eventual, com conteúdos programáticos estritamente

tecnicistas, não buscando articulação entre o saber tradicional e a biomedicina e não respondendo às demandas das comunidades para os AIS (DIAS-SCOPEL, 2005, p. 145).

A referida autora comenta que a

inserção e atuação dos AIS como membro da equipe multidisciplinar de saúde indígena, ainda, provoca muitos debates e discussões, pois alguns pontos intimamente relacionados à sua função e bom desempenho continuam em déficit: a falta de regularidade e continuidade nos cursos; a falta de profissionais aptos a realizarem o acompanhamento-supervisão do AIS a falta de insumos básicos; o reconhecimento enquanto categoria profissional e garantia de sua inserção nas instâncias deliberativas (Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde), são alguns pontos que ainda representam conquistas a serem batalhadas (p. 68).

Igualmente faz-se necessário o entendimento, pelos profissionais não-indígenas de saúde, das relações políticas vivenciadas no cotidiano dos AIS, pois segundo Garnelo e Langdon (2005),

o adequado entendimento das relações políticas travadas pelos agentes comunitários de saúde – e do impacto delas sobre a prestação de cuidados básicos no âmbito comunal – só pode ser obtido através de uma análise cuidadosa do sócio-ambiente que cerca a unidade de saúde e do mapeamento minucioso da rede de micro-poderes ali desenhada, no qual o ACS se insere como membro – ora legítimo, ora excluído – em situações que podem variar ao sabor das conjunturas políticas que ali se desenvolvem (p.136).

A revisão bibliográfica mostrou a íntima articulação entre as diretrizes de formação dos AIS contidas nas diretrizes do SUS e as premissas da Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas. A proposta de descrever e analisar as práticas da equipe multidisciplinar de saúde do DSEI Rio Negro pode contribuir para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção ofertada à população indígena e para o entendimento das complexas interações entre o SUS e seu subsistema.

1.3 O POVO BANIWA E SUAS CONCEPÇÕES DE DOENÇA E CURA

É vasta a literatura antropológica disponível sobre o povo Baniwa. Desta, selecionamos alguns textos, que tratam da temática da saúde e da doença na cultura deste grupo. Trabalharemos com Garnelo e Wright(2001); e com Garnelo (2004).

Os Baniwa vivem na fronteira do Brasil com a Colômbia e Venezuela, sendo falantes do grupo lingüístico Aruaque. Estão distribuídos em 94 aldeias e sítios nas margens Rio Içana e seus afluentes Cuiari, Aiari e Cubate; também existem assentamentos Baniwa em comunidades ribeirinhas no Alto Rio Negro e nos centros urbanos das cidades de São Gabriel da Cachoeira, Santa Isabel do Rio Negro e Barcelos, com uma população de aproximadamente 4.308 indivíduos que vivem no Brasil (FOIRN, 2005).

Segundo Garnelo (2004), a forma como o povo Baniwa percebe o mundo é fundamental para compreendermos a origem e a reprodução das doenças, já que a taxonomia está diretamente relacionada com sua origem mítica, tal como reconhecida pelos indígenas. A referida autora comenta ainda que o ordenamento do processo saúde/doença compreende três grupos de eventos que passaremos a descrever a seguir:

a) Doenças originadas de um adultério ancestral cometido pela mulher do herói criador *Napiriróli*, com uma serpente que representa a alteridade agressiva; as principais categorias nosológicas desse grupo são *Whiórali*, problemas digestivos decorrentes dos poderes agressivos dos peixes; *Waláma*, agressão por dardos mágicos disparados por xamãs inimigos, animais e espíritos da floresta (...); b) doenças advindas de kowai, filho de uma relação incestuosa dos percussores da humanidade: aqui se agrupam as principais formas de feitiçaria e os sopros que estão ligados aos ritos de passagens (...); c) doenças causadas por agressões feitas pelas estrelas, acometendo, principalmente, os jovens em período pubertário particularmente os que romperam as severas regras de jejum e as disciplinas corporais (p.173).

De acordo Garnelo e Wright (2001), a organização social baniwa está “baseada em unidades de descendência patrilinear e patriolocal, as quais obedecem à disposição hierárquica dos grupos consangüíneos descendentes de um único ancestral, que se configuram como unidades políticas, sociais e agrupamentos de residência” (p. 274).

Os autores acima mencionados relatam ainda em seu trabalho que

o povo Baniwa dispõe de complexo sistema de saberes míticos que orienta sua organização social, bem como as atividades da vida cotidiana que garantem a reprodução da sociedade. Dentre tais saberes, as concepções de doença e as práticas terapêuticas – realizadas por diversos agentes de cura – adquirem especial relevância para a resolução de seus problemas de saúde. Os principais agentes de cura são os xamãs, os conhecedores de plantas medicinais e os donos de cânticos, um tipo de

especialista que trabalha com cânticos religiosos nos rituais de cura, de passagem etc. A eles devem somar-se hoje os agentes indígenas de saúde, os profissionais de biomedicina dos serviços de saúde do Brasil e da Colômbia e a automedicação com remédios industrializados. Todos esses elementos formam um conjunto de estratégias terapêuticas acessíveis a esse grupo indígena. (2001, p. 274).

Tais premissas orientam uma das hipóteses de trabalho dessa investigação: a de que essas concepções de doença e cura tenham expressão no trabalho cotidiano do AIS, gerando potenciais situações de conflitos e/ou descoordenação com as ações preconizadas pelas EMSI.

1. 4 DIRETRIZES METODOLÓGICAS

Esta investigação se caracteriza como um estudo exploratório – descritivo, do tipo qualitativo, que busca analisar as práticas sanitárias da equipe multidisciplinar de saúde, aí incluído o Agente Indígena de Saúde do DSEI Rio Negro, na oferta de atenção diferenciada à saúde das populações indígenas rionegrinas.

Segundo Polit e Hungler (1995), a pesquisa exploratória e descritiva é um tipo de estudo que busca observar, descrever e documentar os aspectos de uma situação que ocorre no meio social. Pode ser desenvolvida por meio de abordagens qualitativas fundamentadas na premissa de que o conhecimento sobre os indivíduos só é possível a partir da descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e definida pelos seus próprios atores.

Para Minayo (2002), a pesquisa qualitativa nas ciências sociais trabalha com os significados das “ações, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes e relações humanas apreendidas a partir do olhar do pesquisador, ou seja, ele capta um fragmento ou parte da realidade” (p. 22). Nesse tipo de pesquisa, a ênfase se dá em analisar as relações entre a dinâmica das interações sociais e as vivências e experiências no cotidiano, dos sujeitos ou grupos sociais.

Um dos princípios norteadores do desenho da pesquisa foi a teoria das representações sociais, nas vertentes exploradas por Jodelet (2001) e Herzlich (2001), que aplicaram esse marco teórico nos estudos em saúde. A teoria das representações sociais forneceu subsídios para o entendimento da atuação das equipes multidisciplinares de saúde e ao significado que atribuem às situações experimentadas na rotina de atendimento do Distrito Sanitário do Rio Negro.

Para Minayo, representação social é definida “como categoria de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicando-a, justificando-a ou questionando-a” (1995, p. 158). Em suas reformulações teórico-metodológicas, Jodelet sugere que as representações sociais são “uma forma de conhecimento socialmente elaborado e partilhado, com objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (2001, p. 22). A autora propõe que elas “devem ser estudadas articulando-se elementos afetivos, mentais e sociais e integrando - ao lado da cognição, da linguagem e da comunicação – a consideração das relações sociais que afetam as representações e a realidade material, social e ideativa sobre a qual elas têm que intervir” (2001, p. 26).

Os conceitos acima formulados mostraram-se ferramentas úteis para o entendimento do objeto desta pesquisa, em cujo desenvolvimento seguimos as premissas de Garnelo (2003), para quem o uso das representações sociais no estudo de sociedades indígenas permite ligar as experiências individuais e coletivas de doença, que, por sua vez, estão referidas às culturas tradicionais locais, às formas de operar do “pensamento selvagem” e às mudanças trazidas pela história de colonização.

Assim sendo, nossa proposta é utilizar o modelo interpretativo oferecido pela teoria das Representações Sociais para entender como os componentes das equipes de saúde e, particularmente os Agentes Indígenas de Saúde do DSEI Rio Negro interpretam sua dupla

inserção: como membros de uma sociedade indígena determinada e como parte de uma equipe multidisciplinar de saúde, pautada pelas normas técnicas de atuação profissional.

As técnicas de pesquisa utilizadas foram múltiplas e articuladas entre si. A coleta de dados de campo foi feita por meio de observação participante, que resultou numa etnografia dos cuidados ofertados pelo DSEI Rio Negro. A observação participante foi levada a termo em dois períodos. A primeira fase do trabalho de campo foi realizada entre 16 de julho e 09 de agosto de 2006; a segunda fase foi feita no período compreendido entre 30 de maio e 17 de junho de 2007. A vivência prévia com essa população indígena facilitou a inserção e familiarização do pesquisador com o campo da pesquisa.

Outra técnica utilizada foi o questionário fechado, aplicado a 39 Agentes Indígenas de Saúde da sub-região sanitária Baniwa; esse número corresponde a 78% do total de AIS Baniwa e a 34, % do total de AIS que atuam no DSEI.

Além dos agentes contratados pelo DSEI, atuam ainda na área baniwa 11 agentes vinculados ao PACS da Secretaria Municipal de Saúde de São Gabriel da Cachoeira, aos quais não nos reportaremos ao longo deste trabalho por não fazerem parte do escopo da pesquisa. A exclusão desse grupo obedeceu aos seguintes critérios: dificuldade de acesso às comunidades, ou seja, as grandes distâncias entre as aldeias, o grande número de AIS e a inexistência de documentação capaz de subsidiar a pesquisa.

Também foi usada a técnica de entrevistas semi-estruturadas, que foram aplicadas a 4 enfermeiros, 3 técnicos de enfermagem e 9 AIS, perfazendo um total de 7h: 20 min de gravação. Igualmente efetuamos o levantamento de documentos disponíveis nos arquivos do DSEI Rio Negro, da Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN), da Universidade Federal do Amazonas e Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), que tratassem do processo de capacitação dos AIS.

1.4.1 Campo de Estudo e Estratégias de Pesquisa

O estudo foi desenvolvido na região dos rios Içana e Aiari, integrantes do sistema fluvial rionegrino, no município de São Gabriel da Cachoeira, noroeste do Estado do Amazonas. Esta região é parte integrante do DSEI Rio Negro; nela habita o povo indígena Baniwa, falante do grupo lingüístico Aruak. O local de estudo selecionado foi uma micro região da área indígena Baniwa, atendida por um pólo-base, que, em atendimento à resolução n. 196/96 (BRASIL/MS/CONEP, 1996), será denominado de pólo-base “P”. A micro-região em que a pesquisa etnográfica foi desenvolvida tem uma população de aproximadamente 939 pessoas, distribuídas em 21 comunidades e pequenos sítios, todos adscritos ao pólo-base “P” (FOIRN, 2005).

O pólo-base possui profissionais de saúde que atendem à própria comunidade sede e às demais comunidades de sua área de abrangência. A equipe multidisciplinar de saúde indígena é formada por uma enfermeira, três técnicos de enfermagem e doze agentes indígenas de saúde. O médico e o odontólogo fazem, em média, duas visitas anuais ao pólo e suas comunidades adscritas. A estrutura física da unidade compreende uma sala de recepção, um consultório e uma pequena farmácia; comporta ainda alguns compartimentos usados como residência dos profissionais não-índios durante sua permanência de 30 dias em área indígena. O meio de comunicação mais freqüente é a radiofonia, utilizada tanto pela equipe de saúde como pelos indígenas, para manter contato com a sede do DSEI e com as comunidades.

As ações de saúde prioritariamente desenvolvidas na área de abrangência do Pólo-Base são os programas nacionais de saúde utilizados na atenção básica. Os documentos do DSEI informam que os programas de controle de hipertensão arterial, vigilância nutricional (crescimento e desenvolvimento) pré-natal e vigilância epidemiológica estão implantados no DSEI, bem como o atendimento à demanda espontânea de pessoas doentes. Os pólos-base não

contam com apoio laboratorial aos programas implementados pela equipe de saúde. O transporte utilizado pela equipe no atendimento as comunidades são os botes de alumínio impulsionados por motores de 40HP, o que implica a realização de viagens longas e desconfortáveis, a fim de prover atendimento.

1.4.2 Coleta e Análise dos Dados

O trabalho de campo foi dividido em quatro estratégias, descritas abaixo:

Levantamento das características sócio-demográficas dos AIS, feito por meio da aplicação de questionário (apêndice - A), à totalidade dos Agentes Indígenas de Saúde Baniwa vinculados ao convênio FOIRN/FUNASA. O principal objetivo deste momento da pesquisa era efetuar um reconhecimento das variáveis, sexo, escolaridade, distribuição nas comunidades, número de treinamentos de que os agentes participaram no período de 1990 a 2006, tempo de atuação profissional e grau de parentesco com o chefe de aldeia. A aplicação dos questionários foi realizada com o auxílio da coordenadora pedagógica do DSEI; ela foi feita no período compreendido entre julho e dezembro de 2006, após a aprovação da pesquisa no Comitê de Ética da UFAM e no Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), bem como a aceitação da mesma pela FOIRN, pela gerência técnica do DSEI Rio Negro e pelos indígenas envolvidos com o trabalho.

Também foram utilizados como fonte de informação para elaboração do perfil dos AIS vários documentos, tais como: Relatórios Técnicos do Projeto RASI/UFAM (1990; 1991); Relatório do Curso de Formação de AIS do Projeto RASI/UFAM (1994); Plano Distrital do DSEI Rio Negro (2002); Relatório do Curso de Capacitação de AIS do DSEI Rio Negro (2003). Também foram consultados outros documentos do Ministério da Saúde, tais como as separatas intituladas *Formação dos Agentes Indígenas de Saúde: Propostas e Diretrizes* (1999) e *Política de Saúde Indígena* (2000), entre outros.

O roteiro orientador das entrevistas semi-estruturadas aplicadas aos profissionais não-indígenas (ver apêndice -B) foi composto por dois blocos de perguntas. No primeiro bloco, foram coletados dados sobre a percepção do processo de trabalho dos AIS. O segundo bloco continha perguntas cujo objetivo era investigar a existência (ou inexistência) e características das atividades culturalmente diferenciadas desenvolvidas pela equipe de saúde. Tal instrumento foi aplicado a 4 enfermeiros, sendo 3 do sexo feminino e 01 do sexo masculino com idades variando de 25 a 33 anos. Esses profissionais representavam a totalidade de profissionais de nível superior que atuaram no pólo “P”, no período da pesquisa. Seu tempo de atuação em área indígena variava de 2 a 6 anos.

Igualmente foram entrevistados 3 técnicos de enfermagem, sendo 2 do sexo masculino e 1 feminino, com idades que variavam entre 30 e 35 anos, Todos eles tinham aproximadamente 6 anos de atuação no território do DSEI Rio Negro.

Os critérios de inclusão dos profissionais não-indígenas na pesquisa foram: pertencer ao corpo de enfermagem, ter mais de um ano de experiência no DSEI Rio Negro e pelos menos oito meses de trabalho junto aos AIS Baniwa e ter participação prévia no processo de formação dos AIS. Para os AIS, o critério de inclusão foi pertencer à área de abrangência do pólo-base “P”. Todos os AIS selecionados para a investigação estavam vinculados ao convênio FOIRN\FUNASA³.

A não - inclusão do médico e do odontólogo no plano de coleta de dados deveu-se às características de suas rotinas de trabalho, com um reduzido tempo de permanência em área, o que dificultaria o acompanhamento de suas práticas pelo pesquisador.

O desenvolvimento da etnografia sobre as práticas sanitárias da equipe multidisciplinar de saúde do Pólo-Base foi orientado pela definição de Schwartz & Schwartz:

³ Convênio celebrado entre FOIRN/FUNASA para o desenvolvimento das ações de saúde no território do DSEI do Alto Rio Negro

um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dado. Assim, o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo, modificando e sendo modificado por este contexto. (Schwartz & Schwartz apud Minayo, 2004, p.135).

O grande número de Agentes Indígenas de Saúde na área de abrangência do Pólo-Base (cerca de doze AIS) e a distância geográfica entre a sede do Pólo-Base (usada como base para o trabalho de campo) e as aldeias onde viviam 11 dos 12 AIS, impossibilitavam a realização da etnografia das práticas sanitárias em todas as localidades que contassem com a presença de AIS. Em função disso, optamos por selecionar três aldeias, e seus respectivos AIS, para realizar a observação participante. Para a seleção dessas localidades, foi utilizados os seguintes critérios: proceder a etnografia da prática de dois agentes que já atuassem nessa atividade antes da implantação do DSEI e que tivessem participado dos treinamentos ministrados na área Baniwa entre 1993 e 1999 o AIS que atuava na aldeia sede do pólo-base foi um dos os que atenderam a esse requisito; estipular, para fins de comparação, que o terceiro AIS a ter suas práticas sanitárias etnografadas deveria ser recém-contratado, ter iniciado suas atividades após a implantação do DSEI e ter participado de 1 a 2 treinamentos, ministrados após o ano de 1999.

Os dados da observação participante foram complementados por entrevistas semi-estruturadas (apêndice - C). Elas foram aplicadas a 6 dos AIS que atuam na área de abrangência do pólo-base "P", selecionados segundo os mesmos critérios utilizados para realizar a observação participante. O roteiro de entrevista continha perguntas norteadoras agrupadas em seis blocos que buscavam investigar a percepção do AIS sobre seu trabalho; sua compreensão das atribuições demandadas pelas FUNASA, pela FOIRN e por outros profissionais não-indígenas de saúde; a contribuição dos treinamentos a eles ofertados para realização de suas práticas cotidianas; a ocorrência (ou não) de mudanças no trabalho do AIS

após a implantação do DSEI; participação do AIS no planejamento das ações de saúde do pólo-base e/ou do DSEI

A análise do material foi feita por meio do método da “análise temática”. Segundo Minayo (2004), esta pode ser dividida em quatro momentos: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO2004, p. 208).

A confrontação dos dados foi de relevante interesse no trabalho, comparando e analisando as informações obtidas junto ao conjunto dos atores sociais envolvidos na pesquisa (agentes indígenas de saúde e profissionais não-indígenas de saúde) e correlacionando-as de diferentes formas, seja pelas entrevistas, seja pela observação participante, ou pela pesquisa documental.

O SUS E A INTERFACE COM O SUBSISTEMA DE SAÚDE INDÍGENA

A trajetória das políticas sociais tem mostrado que promover saúde é uma difícil e dispendiosa tarefa enfrentada pelos governantes de diversos países do mundo. As dificuldades na obtenção de resultados positivos, capazes de melhorar as condições de saúde de suas populações, geram campanhas como a de “Saúde para Todos no Ano 2000”, que preconizava que todos os cidadãos do mundo tivessem um melhor nível de saúde no ano 2000.

Em 1978, a Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma-Ata, apontou a necessidade urgente de mudanças no tipo de atenção à saúde, até então hegemônico no planeta, fundamentado na atenção médica curativa. A Conferência também propôs o uso de tecnologias simples, resolutivas e de baixo custo, com prioridade para procedimentos ambulatoriais e comunitários. Também preconizou uma nova política de organização dos serviços de saúde, capaz de causar impacto nos indicadores de saúde, promover a redução da desigualdade social e a melhoria na qualidade de vida da população. Tais orientações foram reforçadas nas Conferências de Ottawa, em 1986, e de Adelaide, em 1988 (BRASIL, 2002).

No Brasil, programas e projetos de atenção primária à saúde passaram a ser o foco de atenção do governo, na busca de aprimorar o Sistema Único de Saúde, promovendo a extensão de cobertura dos cuidados primários de saúde às populações menos assistidas. Dentre essas iniciativas, destacamos o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Esse programa priorizava o atendimento à população rural, por meio de detecção precoce de doenças infecto-contagiosas e atendimento em unidades interiorizadas, organizadas em níveis de complexidade crescente, privilegiando ações de baixo custo e de alta eficácia (NORONHA & LEVICOVTZ, 1994).

Um outro programa apontado por Noronha & Levicovtz (op. cit.) foi o de Preparação Estratégica do Pessoal de Saúde (PREPS), que visava formar pessoal de nível médio e elementar para apoiar o desenvolvimento de recursos humanos no campo da saúde, para as Secretarias Estaduais de Saúde. (CARVALHO;MARTIN;JR, 2001).

Em março de 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, que difundiu a idéia de um projeto democrático de Reforma Sanitária, com ênfase na universalização, integralidade, descentralização, regionalização e hierarquização da rede do SUS. Propôs, também, a participação da comunidade nos processos de gestão.

O compromisso político do governo brasileiro com a implementação do SUS possibilitou a extensão dos cuidados de saúde a grupos historicamente excluídos, entre os quais os povos indígenas do país (OLIVEIRA, 2004).

Tal política exigia uma nova forma de atenção à saúde, visto ter propiciado expressivo aumento pela procura dos serviços de saúde, tradicionalmente centrada na atenção hospitalar.

É neste cenário que surge, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e depois o Programa de Saúde da Família (PSF). Ambos se propõem a atender uma clientela adscrita a um determinado território, definido como um local apropriado para oferecer cuidados integrais de saúde a uma determinada população (MENDES, 1999).

Reverendo a história da política de saúde indígena no Brasil, verificamos que o marco inicial para sua implantação se deu com a realização da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1986. Neste evento, foi recomendada a criação de um modelo de atenção à saúde, universal e integral, capaz de respeitar as especificidades culturais e práticas tradicionais de cuidados de saúde de cada etnia. À primeira, seguiu-se a segunda Conferência, realizada em 1993. Nela, a principal recomendação foi a organização de sistemas locais de

saúde dirigidos à população indígena e vinculados ao governo federal. Tratava-se de uma inversão da tendência majoritária do SUS rumo à municipalização.

A terceira Conferência, realizada em 2003, reforçou a proposta da implantação de um modelo de atenção à saúde adaptado aos povos indígenas. Também reafirmou a importância da capacitação dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e equipes multidisciplinares, para atuação em culturas diferenciadas. (RELATÓRIO FINAL, I, II e III, CONFERÊNCIA, 1986, 1993, 2003).

Outro avanço importante, fora do campo da saúde, mas que contribuiu para a organização do Subsistema de Saúde Indígena foi a promulgação da Constituição da República Federal, em 1988. A mesma dedicou um capítulo aos índios, o Capítulo VIII, no qual reconhecia, em seu Art. 231, o direito indígena de manter sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições. O mesmo dispositivo legal reconheceu que as políticas sociais dirigidas aos grupos indígenas são de responsabilidade do gestor federal. A Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), órgão executivo do Ministério da Saúde, foi encarregado da administração e gestão do sistema diferenciado de saúde indígena e elaborou as diretrizes que orientam a política de saúde indígena no atual contexto brasileiro.

Uma das conseqüências do exercício desses direitos é a possibilidade de prover *atenção diferenciada* que respeite e valorize os saberes e as práticas indígenas de saúde. Igualmente, ele possibilita a incorporação das comunidades indígenas no planejamento, gestão, serviços e controle social do Subsistema de Saúde Indígena.

Embora os documentos oficiais da Política Nacional de Atenção à Saúde enfatizem a atenção diferenciada, não encontramos neles uma definição clara do que seja essa diferenciação da atenção e nem das formas de operacionalizá-la. (BRASIL/MS/FUNASA, 2000). A idéia surge de forma vaga, em recomendações de que as ações de saúde desenvolvidas no modelo de atenção a saúde indígena sejam socioculturalmente adaptadas e

que levem em consideração as particularidades culturais, epidemiológicas e logísticas do atendimento das comunidades indígenas (BRASIL, 2000).

Buscando entender como esse conceito se expressa nas práticas sanitárias do DSEI Rio Negro, partimos da idéia inscrita no marco geral da proposta da atenção primária à saúde que trata desse tema. Para Kroeger e Luna (1992), a ampla diversidade cultural da América Latina gera uma variedade de línguas, formas de vida, concepções de mundo, costumes e crenças que influenciam no estado de saúde. Tal condição exigiria que os profissionais e serviços de atenção primária à saúde levassem em conta as dimensões sócio-culturais desses modos de vida; dentre essas, destacam-se os sistemas autônomos de cura e cuidados. Tais preocupações visariam à melhoria da qualidade da APS e aceitação de seus procedimentos; trariam, também, um reconhecimento dos limites da atenção oferecida pelos serviços oficiais de saúde. Tais premissas são compatíveis com a sensibilidade cultural a ser perseguida pela política de saúde indígena.

2.1 O Subsistema de Saúde Indígena no Brasil

A saúde indígena conta com um Subsistema especial dentro do SUS, operacionalizado por meio da implantação de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e regulamentado pelo Decreto n. 3.156, de 27 de agosto de 1999, que “dispõe sobre as condições de assistência a saúde dos povos indígenas”. Também é regido pela Portaria n. 1.163, de 15 de setembro de 1999, que “dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde, e dá outras providências”, assim como pela Lei n. 9.836, de 23 de setembro de 1999, que cria o Subsistema de Atenção à Saúde das Populações Indígenas (BRASIL, 2000).

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, foi constituído para atender as recomendações propostas nas Conferências de Saúde Indígena. Além de oferecer a garantia de

acesso aos serviços de saúde, tanto em terras indígenas como na rede de referência do SUS, tal política preconizou a necessidade de preparar os recursos humanos indígenas e não-indígenas para atuarem nos serviços de atenção básica. Estes deveriam respeitar as especificidades epidemiológicas, operacionais e culturais de cada povo atendido, assim como promover a articulação com os sistemas tradicionais de saúde (BRASIL, 2002).

Segundo a FUNASA, a distritalização sanitária nas terras indígenas teria obedecido a critérios técnico-operacionais, geográficos e culturais, que respeitavam as relações políticas e a composição demográfica das populações atendidas. Segundo essa orientação, o subsistema de saúde indígena deveria se pautar pela recomendação de Mendes (1999) de que os sistemas locais de saúde fossem capazes de “redirecionar e modificar a forma de organização e o conteúdo das ações e serviços de saúde, de modo a responder às demandas da população que vive e trabalha no espaço territorial e social do Distrito Sanitário” (1999: p. 162).

Quanto ao modelo de assistência proposto para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), lançamos mão da definição formulada por Garnelo; Macedo e Brandão (2003), baseada na proposta da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Para os autores o modelo assistencial se caracteriza pela

ênfase na promoção da saúde, pela oferta ininterrupta de serviços nas aldeias, pela adoção de demanda programada e utilização das estratégias de programas nacionais de prevenção e controle de agravos. Por meio dessas medidas, busca-se a substituição paulatina do modelo campanhista até então vigente, centrado na atenção periódica à demanda espontânea de casos em que a doença já está instalada. Outra característica desejável é que ele se mostre capaz de incorporar, em seus processos de programação e avaliação, as representações indígenas sobre saúde, doença e estratégias de cura e de adaptar as suas práticas sanitárias de modo a torná-las culturalmente adequadas a cada grupo étnico adscrito (p. 48).

O supracitado documento da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (FUNASA, 2000) orienta que a organização dos serviços de saúde no interior dos DSEI contenha uma rede de serviços hierarquizados, com complexidade crescente e articulados com os outros níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (ver figura 1). Ainda segundo o documento, o DSEI deve contar com uma equipe composta por médicos,

enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, podendo contar também com a presença regular de profissionais de outras áreas de conhecimento para compor a equipe de saúde.

Nas aldeias, os agentes indígenas de saúde devem realizar ações de atenção básica, vinculada ou não, aos postos de saúde e apoiadas pelas equipes multidisciplinares, que devem supervisioná-las periodicamente.



Figura 1- Organização do Distrito Sanitário Especial Indígena e fluxo de atenção à saúde

Fonte: BRASIL/MS/FUNASA – 2001

Nessa estrutura, os agentes contariam ainda com os Pólos-Base, que funcionariam como centros de articulação de referência e contra-referência. Neles deveria ser construída uma unidade de atenção básica à saúde, responsável pela cobertura de um conjunto definido de aldeias, desenvolvendo ações com maior nível de complexidade que aquelas disponíveis no posto de saúde indígena. Dentre as atividades da equipe multidisciplinar do Pólo-Base, assinala-se a capacitação e supervisão dos agentes de saúde indígena e dos técnicos de enfermagem. Prevê-se também a realização de consulta médica e de enfermagem, ações básicas de enfermagem, vacinação de rotina, controle de doenças de maior incidência e prevalência, diagnóstico, tratamento dos principais agravos, exames laboratoriais, prevenção de câncer ginecológico, vigilância nutricional e epidemiológica.

Apesar dos DSEI terem sido implantados há sete anos, não se observa a existência de um monitoramento e avaliação sistemática das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas. Essa afirmação também foi apontada por Langdon (2004), quando esta observa a ausência de estudos com ênfase nos “métodos e práticas que ali têm sido desenvolvidos e sobre a eficácia e resolutividade dessas ações”. Um outro ponto importante ressaltado pela autora é a inexistência de avaliação adequada dos cursos de capacitação ofertados aos profissionais dos distritos sanitários, os quais deveriam preparar esses profissionais para atuar em situações interculturais.

Em busca de apreender a existência ou inexistência de uma atenção diferenciada nos DSEI, Garnelo; Macedo e Brandão (2003) empreenderam a análise dos planos distritais em diversas regiões do país, no período de 2000 a 2002. O estudo revelou a ausência de articulação das atividades propostas nos planos distritais com os sistemas tradicionais dos grupos indígenas, bem como sua limitação em estabelecer como prioridades nas ações de saúde os programas nacionais de saúde direcionados à população não indígena.

(...) um modelo assistencial distrital, etnicamente adaptado, ainda é algo a ser construído, pois as programações descritas nos planos se limitam a algumas prioridades estabelecidas pelos programas nacionais de controle de agravos, sem especificar as necessárias adaptações que poderiam torná-las culturalmente sensíveis. Dos 17 planos distritais consultados para aquele estudo, nenhum deles programava serviços adaptados às singularidades culturais dos grupos indígenas presentes no território distrital, nem promovia a articulação com os sistemas tradicionais de cura e cuidados dos grupos étnicos atendidos. Igualmente não propunham estudos antropológicos que viabilizassem a acúmulo de conhecimentos sobre a cultura de sua clientela para subsidiar a gestão distrital (2003, p. 49).

Segundo Garnelo e Langdon (2005), para a maior parte dos profissionais de saúde que atuam nos DSEI há uma insuficiente compreensão do que seja e de como deve se organizar a atenção diferenciada de serviços de saúde.

2.1.2. O Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro

O Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro abrange as populações indígenas dos municípios de São Gabriel da Cachoeira, Santa Isabel do Rio Negro e Barcelos (figura 2). A área de abrangência do território distrital é estimada em cerca de 479.599 km², situada no noroeste do Estado do Amazonas, no Brasil. A população adscrita é de aproximadamente 28.220 indígenas, distribuídos entre os municípios de São Gabriel da Cachoeira, Santa Isabel do Rio Negro e Barcelos. O primeiro desses municípios concentra a maior população indígena, com aproximadamente 22.654 indivíduos, em 600 comunidades; Santa Isabel do Rio Negro tem em torno de 3.306 indivíduos e, finalmente, Barcelos, que conta com 2.260 indígenas usuários do DSEI. Ali vivem vinte e dois grupos étnicos, agrupados sob quatro grandes troncos lingüísticos (Tukano Oriental, Aruak, Maku e Yanomami), distribuídos ao longo dos rios (FOIRN, 2005).

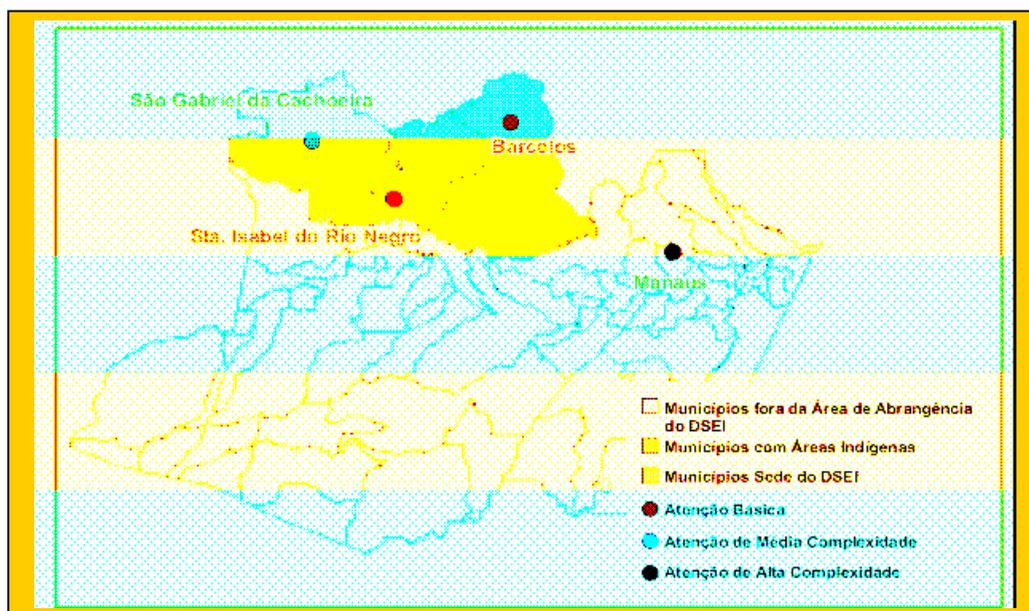


Figura 2:- Municípios que compõem o Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro

Fonte:BRASIL/MS/FUNASA – 2001

2.1.2.1. Município de São Gabriel da Cachoeira

A sede administrativa do DSEI está no município de São Gabriel da Cachoeira, localizado a 800 km, em linha reta, de Manaus. O município tem uma população total estimada em 34.070 habitantes (IBGE, 2006), dos quais cerca de 80% são indígenas. Na sede do município, a rede de serviços de referência ambulatorial e hospitalar, é oferecida por meio das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, Exército Brasileiro e Casa de Saúde do Índio (CASAI). Nas aldeias, o atendimento é feito pelas equipes multidisciplinares de saúde do DSEI.

Os dados dessa pesquisa limitaram-se ao município de São Gabriel da Cachoeira. Na época da coleta de dados, a Casa de Saúde do Índio (CASAI), em São Gabriel, era administrada pela FOIRN, mediante o convênio celebrado com a FUNASA. A CASAI era a primeira referência para os indígenas procedentes dos Pólos-base, distribuídos na área rural do município, exceto para os casos de urgência e emergência. Outra referência é o Hospital de Guarnição, dirigido por militares, conveniado com a rede do SUS. Este hospital recebe incentivos da FUNASA para atender os indígenas da região. As principais especialidades ali ofertadas são pediatria, ginecologia, cirurgia, obstetrícia e odontologia.

A Secretaria Municipal de Saúde mantém 04 unidades de Saúde da Família, que também são utilizadas como referência para os indígenas que vivem na cidade. Elas oferecem suporte aos programas de saúde pública, como controle da Tuberculose, Malária, Imunização e outros.

Os pacientes com problemas de saúde não resolvidos em São Gabriel da Cachoeira são encaminhados para Manaus, onde há uma Casa de Saúde do Índio, administrada pela FUNASA, que faz a articulação com os serviços do SUS, facilitando o acesso dos pacientes à rede de referência. Além de agendar os serviços especializados requeridos, a Casa de Saúde do Índio também dá continuidade ao tratamento dos pacientes após alta hospitalar.

Nas aldeias do município de São Gabriel, a rede de serviços de saúde é composta de 126 postos de saúde e 19 Pólos-Base, distribuídos nas diversas sub-regiões sanitárias e culturais (Içana/Aiari, Waupés, Tiquié, Papuri, Rio Negro/Xié). Cada uma das unidades de saúde tem responsabilidade pela cobertura de um determinado número de aldeias em cada sub-região. Os Pólos-Base atuam como referência intermediária, recebendo pacientes encaminhados pelos agentes indígenas de saúde e, quando necessário, referindo-os para os níveis de maior complexidade na sede municipal, como anteriormente citado (FOIRN, 2005).

Os Pólos-Base localizados nas aldeias possuem uma equipe composta por um enfermeiro, três técnicos de enfermagem e um agente indígena de saúde. O médico e o odontólogo se agregam à equipe fazendo visitas de atendimento a cada quatro meses.

O regime de trabalho dos profissionais de saúde que atuam no DSEI está organizado da seguinte forma: permanecem 30 dias seguidos em área indígena; durante este período, fazem visitas de atendimento nas comunidades de área de abrangência do Pólo, algumas vezes pernoitando nas comunidades mais distantes. Para cada 3 dias trabalhados, o profissional tem direito a 1 dia de folga, totalizando 150 a 180 dias de permanência em campo, por ano. Vale ressaltar que, dos dias de folga, excluem-se os feriados e finais de semana. O restante do tempo de trabalho dos profissionais é utilizado na sede do DSEI. Ele fica reservado para a elaboração de relatórios das atividades técnicas desenvolvidas em campo, planejamento das atividades, acompanhamento de pacientes internados na Casa de Saúde do Índio e no Hospital de Guarnição, bem como para seu aperfeiçoamento profissional, por meio de cursos, seminários e estágios, entre outros. A proposta é que se mantenha uma frequência mínima de 2 profissionais de saúde simultaneamente em cada Pólo-Base (FOIRN/FUNASA, 2005).

As atividades realizadas pelos profissionais de saúde são direcionadas aos programas de saúde da mulher, saúde da criança, controle de tuberculose, eliminação de hanseníase,

controle, acompanhamento de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. Também devem efetuar a capacitação e supervisão do agente indígena de saúde de sua área de abrangência.

O conjunto de comunidades adscritas à área de abrangência dos Pólos-Base conta com a atuação de um AIS. A distribuição geográfica dos AIS corresponde à divisão das sub-regiões sanitárias e culturais do Alto Rio Negro; dessa forma, no município de São Gabriel da Cachoeira eles estão assim distribuídos: a Região dos rios *Uaupés e Tiquié* conta com 42 agentes indígenas das etnias Tucano, Dessana, Pira-tapuya e Tuyuka; a região de *Uaupés e Papuri* tem 36 AIS das etnias Tucano, Dessano, Wunana, Tariana e Hupda; na região do Rio *Içana/Aiari*, atuam 41 agentes da etnia Baniwa; e a região do *Rio Negro/Xié* conta com 55 AIS das etnias Baré, Werekena, Baniwa.

Essa pesquisa foi realizada na sub-região *Içana/Aiari*, no município de São Gabriel da Cachoeira, habitada tradicionalmente pelo povo Baniwa, com uma população de aproximadamente 5.149 indivíduos, distribuídos em torno de 81 comunidades e pequenos sítios. A estrutura da rede distrital desta sub-região conta 5 Pólos-Base (quadro 1), assim distribuídos: o primeiro localiza-se na foz do Rio *Içana*; ele é denominado de Pólo-Base do Camarão e atende uma população de 1.272 indígenas, distribuídos em 12 comunidades; conta com 5 agentes indígenas de saúde em sua área de abrangência. O segundo pólo está situado no médio Rio *Içana*, em Tunuí Cachoeira; ele cobre uma população de 1.212 indivíduos em 14 comunidades, e conta com 7 agentes de saúde. O terceiro Pólo-Base também está situado no médio Rio *Içana*, na comunidade de Tucumã. Ali é atendida uma população de 885 indivíduos, em 17 comunidades, e conta-se com o apoio de 9 AIS. O quarto pólo, localizado no Rio *Içana*, é o de São Joaquim, que fica na fronteira entre Brasil e Colômbia. Esse pólo tem sob sua responsabilidade uma população de 841 indígenas da etnia Kuripaco, distribuídos em 14 comunidades, e conta com o trabalho de 6 AIS. No rio *Aiari*, afluente do Rio *Içana*, está sediado o Pólo-Base de Canadá, com uma população adscrita de 939 pessoas, em 21

comunidades, contando com 12 AIS. O acesso a estes Pólos-base é bastante desafiador, devido à presença de perigosas cachoeiras espalhadas ao longo dos rios, que dificultam a navegação.

O quadro 1 sistematiza as informações sobre o conjunto de Pólos-base e a população sob sua responsabilidade sanitária.

PÓLOS- BASE	ALDEIAS/POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA					
	Comunidade	Pop.	Comunidade	Pop.	Comunidade	Pop.
CAMARÃO	Assunção	245	Cará-Poço	14	Piraiawara	64
	Auxiliadora	59	Guadalupe	21	Santa Cruz	19
	Bela Vista	22	Irari-Ponta	57	São Pedro	11
	Nova Esperança	3	Ituim	4	São Tomé	9
	Boa Vista	169	Jaquirana	8	Tapecuá	8
	Boca do Lago	12	Jauacanã	55	Waracá	40
	Brasília	13	Mariua	2	Lei de Ponta	9
	Buia-Igarapé	66	Massarico	14	Camarão	53
	Cabeçudo	77	Nazaré	218		
TUNUÍ CACHOEIRA	Ambaúba	131	Santa Marta	36	Taiaçú	59
	Belém	65	Santa Rosa	51	Tunuí-Cachoeira	230
	Castelo Branco	110	São José	59		
	Jacaré-Poço	36	Tapira-Ponta	59		
	Mauá	8	Vista Alegre	138		
	Nazaré	162	Wararirambá	70		
CANADÁ	Acará-Igarapé	08	Macedônia	52	São Joaquim	29
	Andorinha	03	Massarabi	0	São José	13
	Arari-Pirá	20	Miriti	37	Turi-Ponta	0
	Caju-Ponta	25	Panã-Panã	42	Uapuí-Cachoeira	106
	Canadá	148	Piraiawara	28	Ucuqui-Cacho	129
	Inambu	47	Santa Isabel	72	Vila Nova	50
	Jurupari-Cachoeira	72	Santarém	23	Xibaru	31
TUCUMÃ	Comunidade	Pop.	Comunidade	Pop.	Comunidade	Pop.
	América	63	Loiro Poço	18	Tarumã	46
	Aracú-Cachoeira	128	Mauá	93	Trindade	52
	Arapaço	24	Pupunha-Rupitá	22	Tucunaré-Lago	15
	Bela Vista	71	Santana	90	Urumutum-Lago	40
	Jandú-Cachoeira	42	Siucy-Cachoeira	55		
	Juivitera	26	Tamanduá	28		
SÃO JOAQUIM	Barcelos	69	Jerusalém	146	Sítio Maracá	14
	Betel	40	Matapi	89	Wainambi-Poço	56
	Boa Vista	29	Matraca	10	Warirambá	69
	Camanaus	40	Nazaré	31	S. Joaquim	220
	Campo Alto	43	Panã-Panã	145		
	Coraci	68	Roraima	33		

Quadro 1 – Distribuição dos Pólos-Base na área Baniwa com suas respectivas aldeias e população.

Fonte: SIASI – DSEI Rio Negro - 2006

Os municípios de Santa Isabel do Rio Negro e Barcelos são parte integrante do distrital do DSEI Rio Negro, como descrito anteriormente; sendo assim, descreveremos um pouco da estrutura de apoio às populações indígenas que vivem nestes municípios.

2.1.2.2. Município de Santa Isabel do Rio Negro

O município possui uma área de extensão territorial de 62.846 Km², com uma população de 7.077 pessoas, segundo estimativa do IBGE para 2006, sendo que, destas, 3.306 são indígenas que vivem em 45 comunidades da área rural. Os grupos étnicos existente no município são os Baré, Baniwa e Tukano.

A estrutura para oferecer atendimento a esta população é composta por três Pólos-Base, localizados nas comunidades de Massarabi, Nazaré do Enuixie e Serrinha. O município possui duas equipes multidisciplinares; sua composição segue o padrão das existentes em São Gabriel da Cachoeira, ou seja, um enfermeiro, três técnicos de enfermagem e os agentes indígenas de saúde nas comunidades.

O acesso às comunidades é por via fluvial, utilizando-se, como meio de transporte, barcos com motor de 22 HP, como também bote de alumínio com motor de 40 HP. Em caso de urgência existe uma ambulância fluvial com motor de 175 HP. A referência dos pacientes indígenas na sede do município é a Unidade Mista. Fora da sede municipal, existe ainda a Casa de Saúde do Índio, em São Gabriel da Cachoeira, e a representação de Prefeitura Municipal de Santa Isabel em Manaus, conhecida como casa de apoio aos pacientes que são encaminhados do município para tratamento.

2.1.2.3. Município de Barcelos

Como já citado anteriormente, o município também faz parte do território distrital do DSEI Rio Negro. A população geral do município é de aproximadamente 33.633 indivíduos, segundo estimativa do IBGE para 2006. A população indígena deste município é de 2.260 indivíduos, o que corresponde a 547 famílias de diversas etnias rionegrinas, como Baniwa, Wanano, Piratapuia, Tariano, Arapaço etc, vivendo em 38 comunidades, distribuídas na área urbana e rural do município.

A rede de serviços conta com a estrutura de três Pólos-Base sendo um na comunidade de Tapera, o outro em Canafé e um na sede do município. A referência dos pacientes indígenas na sede do município é a Unidade Mista de Barcelos. Fora da sede municipal, a referência é feita de modo similar ao que ocorre nos outros municípios que compõem o DSEI.

O acesso da equipe de saúde às comunidades também é por via fluvial, utilizando o barco como meio de transporte. O tempo de duração das viagens, para que a equipe percorra todas as comunidades é, em média, de 25 dias. Um Barco Hospital também percorre a zona rural do município duas vezes por ano, quando os rios estão cheios, fazendo atendimento de saúde.

CAPÍTULO 3

PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E O PROCESSO DE FORMAÇÃO DOS AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE BANIWA

Um olhar atento sobre a realidade dos Agentes Indígenas de Saúde da área Baniwa pode fornecer elementos importantes para o entendimento dos rumos da política de saúde indígena no contexto do DSEI Rio Negro. Portanto, neste capítulo, propomos a produção de um perfil dos AIS Baniwa que atuam nos Rios Içana e Aiari. Aqui as variáveis priorizadas foram sexo, faixa etária, local de nascimento, escolarização, tempo e áreas de atuação, grau de parentesco com o chefe de aldeia e processo de formação. Para este fim, elaboramos um questionário (ver apêndice - A), contendo perguntas sobre seus dados sócio-demográficos, sobre o processo de capacitação que lhes foi ofertado e tempo de atuação profissional.

O questionário foi aplicado a 39 AIS, que atuam nos Rios Içana e Aiari, contratados pelo convênio firmado entre FOIRN e FUNASA no âmbito do DSEI Rio Negro.

Os dados sobre a faixa etária dos AIS Baniwa vinculados ao DSEI estão contidos na tabela 1; eles apontam uma distribuição etária que varia de 20 a 54 anos, com uma média de idade de 37 anos, sendo que a maioria dos indivíduos estão na faixa etária de 35 a 39 anos. Apenas um participante tem menos de 25 anos e outro deles tem mais de 50 anos de idade.

FAIXA ETÁRIA	NÚMERO DE AIS
20 - 24 anos	1
25 - 29 anos	11
30 - 34 anos	6
35 - 39 anos	15
40 - 44 anos	3
45 - 49 anos	2
50 - 54 anos	1
55 e +	0
TOTAL	39

Tabela 1. Distribuição dos Agentes Indígenas de Saúde Baniwa segundo Faixa Etária.

Fonte: Questionário preenchido- 2006.

No que diz respeito ao tempo de atuação dos AIS, podemos observar no gráfico 1 que a maioria deles já possui uma longa experiência no campo da saúde. Embora o DSEI Rio Negro tenha sido implantado há sete anos, podemos observar que o tempo de atuação da maioria dos AIS é superior a isto. Do total de AIS, apenas 16 começaram a atuar após a implantação do DSEI, num período de tempo que variou entre 2 a 5 anos de atividades. A maioria expressiva do grupo (23 indivíduos) já atuava como agente antes da implantação do DSEI, sendo que 06 dos AIS tinham um tempo de atividade que variava entre 06 e 10 anos, e 17 já desenvolviam suas práticas há mais de 10 anos, antes da implantação do subsistema de saúde indígena. Eles trabalharam por diversos anos como voluntários e, no final de 1996, passaram a receber uma bolsa referente ao desenvolvimento de ações de um convênio celebrado com o Ministério da Saúde/ Fundação Nacional de Saúde e a FOIRN.

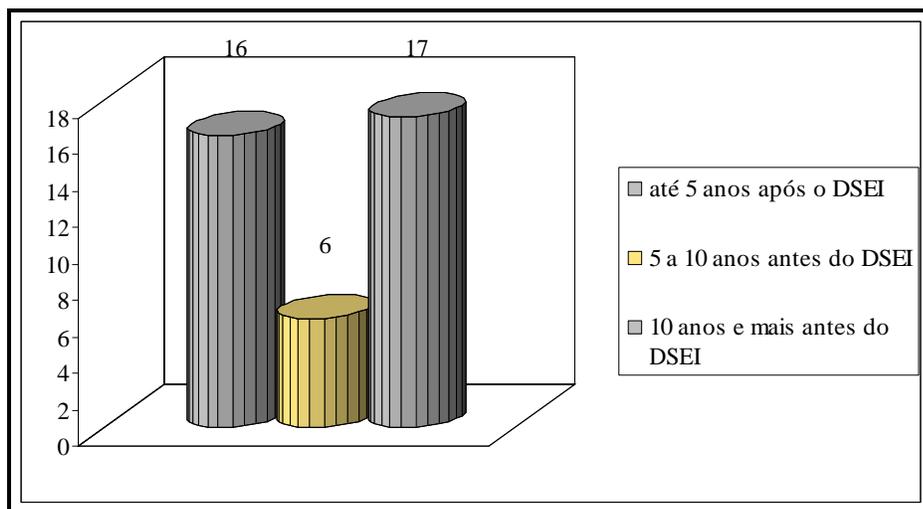


Gráfico 1. Agentes Indígenas de Saúde Baniwa, segundo o tempo de atuação na profissão.

Fonte: Questionário preenchido- 2006.

A distribuição territorial dos agentes indígenas de saúde na área Baniwa (figura 3) se dá ao longo do Rio Içana e seus afluentes. Seis deles atuam no alto Rio Içana, região ligada à área de abrangência do Pólo-Base São Joaquim; dezesseis residem no médio Rio Içana, sendo que nove ligam-se ao Pólo-Base de Tucumã e sete ao Pólo-Base Tunuí-Cachoeira; cinco AIS

Durante a implantação dos DSEI, a idéia de micro-área inspirou o estabelecimento de cotas de cobertura populacional para cada agente distrital, que deveria obedecer à proporção de 1 agente para cada 100 habitantes na região Amazônica e Centro-Oeste, de acordo com instruções normativas do Ministério da Saúde (MS/FUNASA, 2001) ⁴. Tal diretriz buscava implantar uma lógica de distribuição equitativa de serviços, considerando, para atuação dos agentes, critérios populacionais, geográficos, de acesso e de otimização dos serviços a serem prestados nos distritos sanitários. O critério de cobertura populacional ia além das comunidades de residência de cada agente.

O que se observou durante o trabalho de campo é que este critério de cobertura populacional pelo AIS, tal como proposto pela FUNASA, não se consolidou na realidade da bacia do Içana. Os AIS raramente estendem o atendimento para outras comunidades além daquelas que residem. Isso se deve a razões como a baixa densidade demográfica das comunidades indígenas da região (o número de residentes costuma variar entre 18 a 230 indivíduos); a ausência de transporte para o deslocamento; a falta de materiais para realizar esse atendimento fora da aldeia de residência do AIS e a grande distância geográfica entre as aldeias.

Os AIS envolvidos na pesquisa afirmaram atender em média de 20 a 49 famílias, o que equivale ao número médio de famílias das comunidades em que vivem; somente 02 afirmaram exceder esta média. A saída da sua própria aldeia só ocorre em casos excepcionais, como situações de emergência, quando o AIS é chamado a se deslocar para alguma comunidade vizinha. Isso configura uma prática curativa, a qual se opõe à lógica proposta pelo distrito para o perfil de atuação do AIS, que nela aparece como um promotor de saúde, devendo, idealmente, priorizar atividades de educação em saúde a toda população de sua área de abrangência, o que raramente é feito.

⁴ Nas áreas indígenas das regiões Sudeste e Nordeste, o Ministério da Saúde/ FUNASA sugere, para saúde indígena, uma proporção de 01 agente para cada 300 habitantes. Já o PACS estabelece proporções ainda maiores

Os estreitos laços que vinculam os AIS às suas comunidades de nascimento são também confirmados pelo reduzido número daqueles que afirma estar trabalhando fora de sua comunidade de origem: dos 39 envolvidos na pesquisa, apenas 06 revelaram ter saído de suas comunidades de origem para buscar vaga de AIS em outras localidades. A principal consequência deste quadro é a sempre renovada demanda por novos agentes em comunidades que se sentem desprestigiadas caso tenham que contar com o agente que não seja “seu”.

O trabalho de campo também mostrou que os critérios de escolha do AIS pela comunidade seguem as prioridades dos grupos de parentes, sendo comum a relação de consangüinidade entre o AIS e o líder da comunidade. Outro critério valorizado pela comunidade é o domínio do português escrito e falado. Os dados mostraram que, na área Baniwa, 24 dos AIS possuem um vínculo de parentesco (filho, sobrinho, esposo, pai) com a liderança local. Os critérios de escolha dos AIS mais antigos surgem com clareza no depoimento abaixo:

(...) naquela época, para ser escolhido pela comunidade como AIS, a pessoa tinha que ter pouquinho de conhecimento para escrever alguma coisa. Aí eles [membros da comunidade] me indicaram; eu conseguia anotar [escrever em português] um pouquinho alguma coisa; então me indicaram para ser agente de saúde... (AIS, masculino, 33 anos).

(...) naquela época, quando estava estudando na escolinha da professora Maria, peguei um aviso na rádio nacional sobre AIS. Naquela época, o meu irmão, que estava como capitão [líder da comunidade], me disse: - você tem que ir lá ao Tucumã [comunidade do médio Rio Içana] para participar do encontro dos agentes de saúde (...). O capitão me escolheu e disse: - vai lá para você ser um agente de saúde (...) (AIS, masculino, 33 anos).

No período da pré-distritalização, os critérios comunitários prevaleciam sobre os critérios técnicos, priorizados pelos profissionais não-indígenas. A implantação do DSEI levou ao que foi chamado por Garnelo (2003) de “choque entre a lógica sanitária e a lógica da hierarquia interna” das culturas locais.

A presença de um agente de saúde representa não apenas prestígio perante outras aldeias, mas viabiliza também o ingresso dos cobiçados bens que acompanham sua

atuação (...). As aldeias que não dispõem desse profissional indígena são atendidas por um que more mais próximo, uma medida centrada na racionalidade técnico-administrativa dos serviços de saúde, que trabalham segundo a noção da área de abrangência de serviços e profissionais, mas que fere o ideal autárquico das aldeias (...) (p. 220).

Como demonstramos, o atendimento em outras aldeias por um AIS que não resida nela constitui-se uma exceção.

No que diz respeito à idade de ingresso na profissão, a tabela 2 revela que a maioria dos AIS (14 indivíduos) começou a trabalhar como agente na faixa etária dos 20 aos 24 anos. O segundo maior grupo congrega 11 indivíduos, que ingressaram na profissão na faixa de 25 a 29 anos; um grupo menor, com 08 indivíduos, começou a exercer a atividade na faixa de 15 a 19 anos; apenas 06 indivíduos começaram a trabalhar depois dos 30 anos. Estes números revelam uma preferência da comunidade pela escolha de adultos jovens, (entre 20 e 29 anos) para o cargo, sugerindo a busca de um equilíbrio entre a atenção responsável de um adulto e uma maior escolaridade, que só é encontrada entre os membros mais jovens do grupo.

FAIXA ETÁRIA DE INGRESSO NA PROFISSÃO	NÚMERO DE AIS
15 a 19 anos	08
20 – 24 anos	14
25 – 29 anos	11
30 e +	6
TOTAL	39

Tabela 2 - Distribuição dos Agentes Indígenas de Saúde Baniwa segundo faixa etária de ingresso na profissão.

Fonte: Questionário preenchido- 2006.

Tal critério é congruente com os critérios de escolha de lideranças das organizações indígenas locais. Como observa Garnelo (2003, p. 215), a “exigência de conhecimentos sobre o mundo dos brancos, o domínio do português, a escolarização (e consequentemente a

habilidade escrita) e a facilidade de interlocução com os atores políticos não-indígenas são elementos decisivos para a escolha de lideranças de associações indígenas”. Outros critérios também pesam nessa escolha, tal como a situação do indivíduo na hierarquia clânica dos Baniwa, que estabelece papéis bem marcados para os membros na sua sociedade, além da disciplina pessoal e prestígio frente a seus parentes.

Quanto ao sexo dos AIS, a totalidade dos indivíduos envolvidos na pesquisa é do sexo masculino. Esta é uma situação característica do contexto rionegrino, e especificamente da área Baniwa, onde os homens costumam monopolizar os cargos de liderança política.

Revisando a literatura disponível sobre agente de saúde, constatamos uma inexistência de estudos que abordem a questão de gênero entre os AIS. Contudo, alguns trabalhos que analisaram o PACS (Minayo et al, 1990; Santos, 2005 e Silva e Silva, 2006) apontam uma tendência de predomínio do sexo feminino entre os agentes. É uma situação oposta àquela encontrada na área Baniwa no DSEI Rio Negro.

No final da década de 80, um estudo realizado por Minayo et al (1990) no Estado do Ceará revelou que o maior número de mulheres entre os agentes era estimulado por deliberação do próprio gestor local, que adotava como diretriz para contratação de agentes a prioridade para pessoas do sexo feminino. A justificativa para essa atitude era a maior relação da mulher com o espaço da casa e da família, gerando uma suposta habilidade maior para detectar, no cotidiano, situações de risco à saúde como desnutrição infantil, presença de gestantes de risco, escabioses, etc.

Outro estudo que também mostra a predominância do sexo feminino entre os agentes comunitários de saúde, foi realizado por Santos (2005) na cidade de São Bernardo do Campo. Este revelou uma proporção de 91,3% de mulheres, em um total de 241 agentes comunitários envolvidos no estudo.

Uma pesquisa mais próxima do contexto da nossa investigação foi realizada em Xapuri, no Estado do Acre, entre agentes comunitários de saúde do PACS que atuam nos seringais da região (Silva e Silva, 2006). No contexto dos seringais, onde os papéis sociais de homens e mulheres são bem marcados, ainda que as mulheres contem com maior nível de escolaridade, isso não é suficiente para que elas exerçam a função de ACS, que é majoritariamente desenvolvida por homens.

Os mesmos autores apontam três aspectos importantes a serem observados naquele contexto, que explicam porque a maioria dos ACS em Xapuri é do sexo masculino.

O primeiro deles se ancora no elemento econômico. Quando a atividade de cuidado de saúde sai do âmbito do privado, do espaço da casa, do quintal, do terreiro, e entra no espaço público, nesse processo, ocorre o deslocamento da figura da mulher para o homem, detentor antigo da representação de domínio do espaço público, do mercado, do capital e do trabalho.

O segundo ponto é o apelo biológico de que os homens usufruem melhores condições físicas para a realização das atividades de saúde à população rural que exigem bravura para percorrer os longos e inóspitos caminhos que interligam o interior dos seringais, associado aos perigos naturais que uma floresta tropical contém e o esforço físico a ser despendido para desbravar os seus sinuosos e traiçoeiros caminhos. Ao que parece esses critérios colocara em vantagem a força masculina do seringueiro. O terceiro é o sentimento de ciúme, no seu significado político; ele operou como uma espécie de moral local, que amparada pela dominação de ranço patriarcal, assegurou a obediência da mulher através do jugo conjugal. O ciúme transpassa tanto o processo de seleção dos agentes, quanto à relação destes com as pessoas assistidas. (p. 18).

Já no contexto Baniwa, a literatura aponta alguns elementos que podem contribuir para a predominância do sexo masculino entre os AIS. Trabalhos como os de Coimbra & Garnelo (2004) e Garnelo (2003), que tratam da posição da mulher indígena nas sociedades rionegrinas, e mais especificamente entre os Baniwa, mostram que ali o papel da mulher assume posições simultâneas de oposição e complementariedade aos papéis masculinos. Por se tratarem de sociedades patrilocais, a participação das mulheres nos acordos matrimoniais ocorre, em grande medida, como objeto de troca entre fratrias, mantendo a demarcação entre estas. Por outro lado, a mesma estrutura limita a participação das mulheres nos espaços da política e das relações com o mundo dos brancos, para o qual a mulher é considerada culturalmente inadequada.

As restrições em relação às mulheres concretizam-se em proibições como a de assistir ou participar dos rituais de passagem nos quais se adquire a condição de membro pleno da sociedade. As transformações advindas da “experiência do contato com a sociedade nacional tem proporcionado alterações nas instituições e nos papéis sociais entre os indígenas, porém estas não são suficientes para modificar de forma profunda o status da mulher”, como demonstram Coimbra e Garnelo (2004, p.164).

Os autores, entretanto, fazem a ressalva de que, “apesar de sob a lógica feminista ocidental a condição da mulher indígena no Alto Rio Negro aparecer como injusta ou inadequada, há de se ter cuidado na imposição de valores ocidentais de igualdade e individualidade a estas sociedades” (p. 165), o que pode contribuir para agredir a integridade social e cultural desses povos. Por outro lado, apesar da invisibilidade feminina no campo político, é importante frisar que as mulheres possuem um papel importante, atuando como conselheiras dos homens em casa. Suas posições a este respeito são levadas aos espaços de embate externo como as assembléias e reuniões por meio de seus maridos.

Um outro aspecto importante a ser assinalado é que internamente o ingresso de mulheres como AIS parece ter sido desestimulado pelo próprio grupo; e externamente as agências formadoras dos AIS, que se sucederam ao longo dos anos, também não elaboraram estratégias específicas para focar a questão de gênero nos seus treinamentos. Instituições formadoras, como a Universidade Federal do Amazonas, a Secretaria Municipal de Saúde de São Gabriel da Cachoeira (por meio do PACS), a diocese de São Gabriel da Cachoeira e a ONG Saúde Sem Limites – SSL, não criaram meios para viabilizar a entrada de mulheres no quadro de agentes. Isso é ilustrado com um estudo realizado por Argentino (2005), membro da equipe da SSL a esse respeito, no qual reconhece a ausência de um trabalho voltado para a questão de gênero entre suas ações no Rio Negro:

Embora a equipe tenha desenvolvido ações específicas com mulheres visando conhecer suas práticas de acompanhamento da gravidez, parto e pós-parto em uma

das áreas de abrangência, isso não foi feito de forma intencional. Ou seja, a abordagem de gênero não era uma diretriz do projeto, não havia aprofundamento institucional da discussão do assunto e a equipe não estava preparada para realizar esse tipo de abordagem (p.80).

A situação descrita remete às argumentações de Langdon (2004) quando esta atenta para a falta de atenção dos “brancos” e suas instituições para com o papel das mulheres na sociedade indígena.

Em princípio, os brancos procuram homens índios para estabelecer relações de mediação com as instituições brancas, ignorando a contribuição da mulher na vida social e política (p. 221).

Não é nossa intenção neste trabalho discutir a questão de gênero entre os Baniwa, mas é inegável o reflexo da assimetria entre os sexos, nos serviços e políticas de saúde. Por ora, cabe-nos questionar, com base no que já expomos, se as posturas dos gestores locais da saúde indígena, ao exigirem certos parâmetros dos candidatos ao trabalho com AIS, como maiores níveis de escolaridade, teriam intensificado as dificuldades para incorporar as mulheres como membros das equipes de saúde e gerado mais um obstáculo para o acesso feminino aos cargos de agentes de saúde.

3.1. A Escolaridade como desafio na atuação do Agente Indígena de Saúde

O processo de escolarização entre os Baniwa possui singularidades, quando comparado ao restante da região do Alto Rio Negro. Weigel (2003) lembra que as primeiras iniciativas educacionais no Alto Rio Negro foram implantadas a partir de 1915, com a fundação do primeiro centro missionário salesiano. Somente em 1953 tais iniciativas foram levadas à região do Içana e somente na década de 70, enquanto o restante do Alto Rio Negro já contava com uma rede de escolas, os Baniwa começam a assistir a disseminação de escolas em sua própria área:

A multiplicação das escolinhas pelas comunidades, nos anos de 1970, opera a consolidação da escola como um espaço em que seria possível aos Baniwa tomarem posse de códigos e linguagens, tão necessários para as relações com os brancos (WEIGEL, op. cit, p. 22).

Tal situação reflete-se diretamente, nos dias atuais, na situação escolar dos agentes de saúde. O gráfico 2 mostra que a maioria dos AIS entrevistados (23 indivíduos) havia cursado apenas o ensino fundamental incompleto (até a 4ª série); 13 deles possuíam o ensino fundamental completo, e apenas 03 AIS haviam concluído o ensino médio.

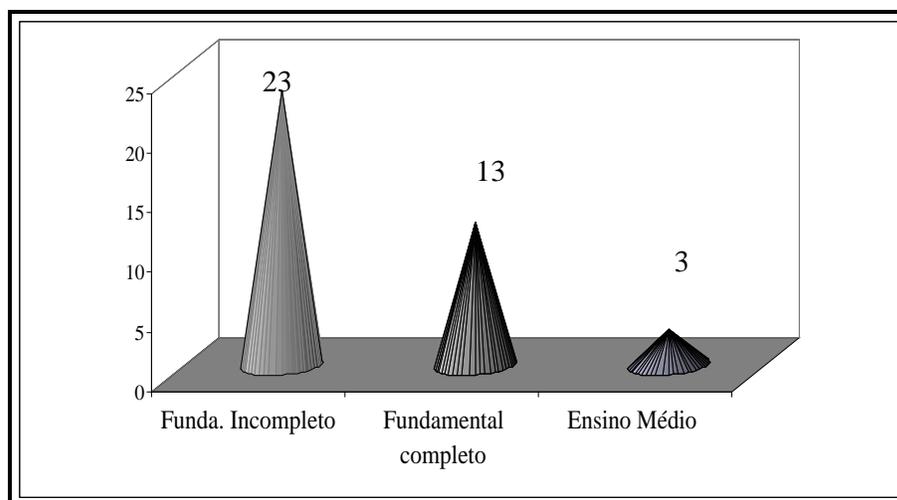


Gráfico 2 - Escolaridade dos Agentes Indígenas de Saúde Baniwa

Fonte: Questionário preenchido- 2006.

A baixa escolaridade dos AIS tem sido motivo de discussão entre os profissionais não-indígenas do DSEI, que fazem referências depreciativas ao fato. Eles relacionam uma suposta inviabilidade técnica do agente ao seu insuficiente nível educacional. Esta discussão surgiu no relatório do II Curso de Formação para AIS, realizado em 2003, elaborado pelos profissionais de saúde do DSEI, e nos depoimentos coletados durante a pesquisa em campo. Nestes, a baixa escolaridade é apontada como um dos obstáculos ao processo ensino-aprendizagem das habilidades e competências requeridas a um AIS.

(...) é de grande importância que um dos requisitos [escolaridade] para se tornar AIS, seja, no mínimo, o ensino fundamental completo, pois isso, inegavelmente, traz melhores resultados tanto para a comunidade como para o próprio AIS e as equipes, em todos os aspectos (...). (Relatório do II Curso de Formação, 2003, p. 11)

(...) no curso tivemos um pouco de dificuldade por parte dos AIS, talvez devido à baixa escolaridade. (...) (Relatório do II Curso de Formação, 2003, p.12).

Estes argumentos têm sido utilizados para tentar rever a prerrogativa comunitária de escolher os AIS. Se antes isso era uma exclusividade das comunidades, agora os profissionais não-indígenas, pretendem que critérios como a escolaridade, o domínio do português, da expressão escrita e a capacidade de interlocução com o mundo dos brancos sejam os elementos prioritários no mecanismo de seleção. A depreciação da baixa escolaridade dos AIS, teria como consequência a exclusão da comunidade na escolha de seu agente de saúde. Para ilustrar esta situação, transcrevemos a fala de um profissional de nível superior, dirigindo-se a um AIS. A fala diz respeito ao suposto obstáculo representado pela baixa escolaridade do AIS.

(...) sem a formação da escolaridade fica difícil para você ser AIS; não sei o que vai acontecer. (...) Vocês até podem saber de plantas medicinais, mas para dar conta do que nós estamos ensinando nos cursos, vocês não vão aprender; porque, para discutir com os pacientes tem que ter no mínimo a 8ª série (...) (enfermeiro, 34 anos).

Posicionamentos como este têm repercutido negativamente entre os AIS, levando-os a procurar alternativas que superam as lacunas de sua escolarização e que garantam sua permanência no cargo. Numa área de grandes distâncias geográficas e barreiras naturais entre as comunidades, associadas ao pequeno número de escolas de ensino médio⁵, um dos maiores desafios que se apresentam aos AIS é conciliar o horário de trabalho com o de estudo. Tal alternativa só estaria ao alcance dos que residem nas poucas comunidades que contam com escolas com o ensino fundamental completo ou ensino médio; ainda assim a frequência regular ao estudo implicaria o afastamento dos AIS por um turno completo de trabalho, por vários anos.

A situação, não é bem vista pelos seus co-residentes e nem mesmo pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem do distrito, que cobram do AIS sua permanência no posto de saúde. Uns poucos agentes ousam buscar a melhoria da sua escolarização, enfrentando tensões redobradas. O depoimento a seguir exprime o desconforto de um AIS que responde à

⁵ Em toda a região das calhas do Içana e Aiari, somente uma escola oferece o ensino médio: Assunção do Içana.

cobrança de um profissional de saúde do DSEI, que exigia sua presença integral no local de trabalho, algo prejudicado pela frequência das aulas na escola da comunidade, na busca de concluir o ensino fundamental.

(...) vocês têm problemas, dizem que não temos escolaridade, mas agora, só porque estou estudando, vocês dizem que não posso estudar, [que] tenho que ficar no posto de saúde. Então como podemos fazer para estudar e ser AIS? (AIS, masculino, 29 anos).

A situação da escolaridade tem sido motivo de preocupação para os AIS envolvidos na pesquisa, pois a maioria deles (23) já desenvolvia o papel de agente de saúde desde antes da implantação do DSEI. Alguns deles tinham mais de 10 anos de experiência de trabalho e se viram repentinamente ameaçados pela possibilidade de perder o cargo, devido sua baixa escolaridade.

A luta pelo reconhecimento profissional por parte dos AIS esbarra, portanto, num dilema. A Lei n. 10.507, de 10 de julho de 2002, cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece, no artigo 2º, que a profissão de Agente de Saúde caracteriza-se pelo exercício de “atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local”. Para o desempenho dessas funções, a escolaridade é necessária e desejável. Porém, a exigência legal de um patamar de escolaridade mínima pode acentuar assimetrias entre os AIS e implicar na substituição – ou mesmo impossibilidade de ocupação dos cargos por falta de candidatos que atendam os requisitos legais - da maioria dos AIS que trabalham nas áreas indígenas do Brasil.

No documento intitulado *Educação Profissional Básica para Agente Indígena de Saúde* (2005), o Ministério da Saúde orienta que, para o exercício de um papel pró-ativo por parte da FUNASA, cabe a esta, fornecer apoio à escolarização formal dos AIS. Caberia à instituição buscar parcerias com órgãos competentes como, por exemplo, as escolas técnicas

de saúde e centros formadores de recursos humanos da rede do SUS (FUNASA, 1999) ⁶, para viabilizar uma elevação da escolaridade formal dos AIS.

Outra questão relacionada ao tema da profissionalização dos AIS seria o aproveitamento da carga horária de cursos progressos já freqüentados por eles. A FUNASA reconhece, em seus documentos normativos, que a formação proposta para os AIS deverá discutir a “possibilidade de aproveitamento dos estudos e progressão ao nível técnico” (FUNASA, 1999). No caso específico do Alto Rio Negro, esta possibilidade não aparece mencionada nos planos distritais consultados na pesquisa (Planos Quadrienais do DSEI Rio Negro para os períodos – 2000 a 2004 e 2005 a 2007). Tampouco as ONG conveniadas trataram do problema.

A ausência de um programa estruturado de escolarização, capaz de conciliar trabalho e formação, dificulta o reconhecimento formal dos AIS junto às instâncias de gestão do trabalho do SUS.

Assinala-se, portanto, incongruência entre a orientação do Ministério da Saúde em relação à formação do agente e as diretrizes encontradas localmente, no âmbito do DSEI. O Ministério da Saúde reconhece o direito dos AIS de melhorar sua escolaridade e estabelece como critério para o exercício de sua atividade que o AIS seja apenas alfabetizado; contudo, a pesquisa encontrou, no documento *Orientações para o Desenvolvimento do Trabalho do Agente Indígena de Saúde*, (DSEI, 2005), a exigência de ensino fundamental completo, como escolaridade mínima necessária, para desempenhar a função de AIS. O constrangimento e a insegurança imposta aos AIS têm levado alguns deles a aventar a possibilidade de desistir do emprego em função de seu pouco estudo.

(...) para o ano [refere-se a 2007] vou tentar estudar; se o DSEI não concordar vou desistir de ser AIS. Quero estudar para ser técnico de enfermagem. Sei aplicar soro

⁶ Algumas iniciativas de parcerias entre as ET-SUS e os DSEI's para a formação de AIS foram concretizadas, como no caso do DSEI Cuiabá, por meio do Projeto Xamã para formação de Auxiliares de Enfermagem Indígenas. Iniciativas similares ocorreram no Ceará, Rio de Janeiro e DSEI Leste - Roraima. (REVISTA RET-SUS, 2005).

na veia, fazer remédio endovenoso, tudo que o técnico sabe, eu sei fazer; às vezes até melhor. Só que preciso de estudo para os brancos aceitarem o meu trabalho (...). (AIS, masculino, 32anos, 16 anos de atuação na profissão).

Apesar dos problemas ocasionados por essa discordância de normas, até o momento não observamos encaminhamento para tentar solucionar essa dificuldade. A única solução apontada por diversos profissionais (não-índios) entrevistados, foi a substituição dos agentes com baixa escolaridade por outros que já tivessem concluído o ensino médio. Tal posição desconsidera o processo de capacitação acumulada dos AIS e o investimento pessoal dos agentes, das instituições e da comunidade no treinamento dessas pessoas, nas décadas anteriores.

Outro dado importante, também obtido por meio dos questionários e entrevistas, é que os AIS, antes de exercerem o atual cargo, desenvolviam diversas atividades na comunidade, ligadas à sociabilidade local. Muitos deles atuaram como catequistas, conselheiros de saúde, estudantes, presidentes de liga esportiva etc. Essa diversidade de interesses, considerados comuns aos indivíduos num ambiente urbano, são encarados pelos profissionais (não-índios) entrevistados como obstáculos à realização das atividades do AIS nas comunidades. Tal ponto de vista ignora a importância do exercício de liderança política e social, pelos AIS, para o desenvolvimento de trabalhos bem sucedidos de educação e promoção à saúde.

A dedicação exclusiva do agente é tomada como pressuposto básico para o exercício do cargo. Os entrevistados não-indígenas excluía qualquer possibilidade do AIS exercer outra atividade social, remunerada ou não, que o “tirassem” de sua posição no posto de saúde e gerasse “dispersão” de sua atuação. Essa interferência na gestão do tempo dos AIS surgiu de forma explícita em pelo menos dois documentos analisados. O primeiro, oriundo da FUNASA, intitulado *Formação de Agentes Indígenas de Saúde*, estabelece a possibilidade de substituição do AIS caso ele assumira outra atividade que comprometesse o desempenho de suas funções (MS/FUNASA, 1999).

Apesar da ressalva que assinala como atividades prejudiciais somente aquelas que comprometem o desempenho do AIS durante o trabalho de campo, observamos que tal premissa é tomada “ao pé da letra” pelos profissionais de saúde, gerência do DSEI e até mesmo por parte dos membros da comunidade. Para todos eles, toda e qualquer outra atividade deve ser vedada ao agente, que deveria ser obrigado a exercer o cargo num regime similar ao de dedicação exclusiva. Tal exigência é exemplificada pelas reclamações que são feitas quando o AIS sai da comunidade para visitar parentes, para ir à sede municipal em busca de resolver problemas de ordem familiar ou pessoal, ou até mesmo para caçar ou pescar.

Um segundo documento, com o título de *Orientações para o Desenvolvimento do Trabalho do Agente Indígena de Saúde*, formulado no âmbito do DSEI Rio Negro, que orienta o desenvolvimento do trabalho do AIS, reitera esta idéia. Ele estabelece como critério para a substituição do AIS, o fato de este “Assumir outras atividades que comprometam o desempenho de suas atividades e não cumprir os compromissos e atribuições definidas pelo DSEI” (FOIRN, 2005).

Podemos observar que os documentos são vagos a esse aspecto. Afinal o que seriam “atividades prejudiciais”? O que seria o “comprometimento das atividades” do AIS? Ou seja, não se define com clareza quais são os limites do que o subsistema aceita como atividades sociais compatíveis com o trabalho de AIS. Tal lacuna gera grande margem de interpretações arbitrárias sobre o que pode e o que não pode ser admitido como atividade paralela ao trabalho do AIS. As conseqüências dessa indefinição podem ser observadas na fala de um profissional não-indígena de nível superior, transcrita abaixo:

(...) o que ele (AIS) faz que não seja papel dele na comunidade é se envolver com alguns trabalhos, como organização de festas, de jogos, pois ele prefere dar assistência lá para jogos, para as festas e esquecer do trabalho dele dentro da equipe. Isso dificulta o trabalho, (Enfermeira, 30 anos).

Apesar da preocupação expressa nos documentos em proibir o agente de exercer outras atividades, não encontramos preocupação similar na definição de uma carga horária diária de trabalho para os AIS. Durante o trabalho de campo, observamos que o AIS geralmente negocia com a comunidade um dia da semana (além do sábado e domingo) para tratar de seus interesses pessoais como fazer roça ou caçar. Este acordo, contudo, é negociado localmente e não conta com respaldo documental.

Observamos também que alguns AIS buscam negociar seus horários de trabalho também com a equipe de saúde que atua no Pólo-Base, para a qual ele apresenta uma escala pessoal de trabalho, (quadro 2) a fim de justificar suas atividades perante a equipe. Conversando com alguns profissionais, os mesmos afirmam que tal escala é estabelecida por meio de um acordo informal entre AIS e técnicos do Distrito. No caso em questão, os profissionais entrevistados informaram que o AIS não cumpre à risca o que está programado.

DIAS	HORÁRIO	ATIVIDADES	TURNO
SEGUNDA	07h30 às 10:30 hs	Visita Domiciliar	Manhã
	10:30 às 11:30 hs	Estuda na Escola	
	13:00 às 15:00 hs	Expediente no Pólo ou na comunidade	Tarde
	15:00 às 17:00 hs	Estuda na Escola	
TERÇA	7:30 às 10:00 hs	Expediente no Pólo ou na comunidade	Manhã
	10:30 às 11:30 hs	Estuda na Escola	Tarde
	13:00 às 15:00 hs	Expediente no Pólo ou na comunidade	
	15:00 às 17:00 hs	Estuda na Escola	
QUARTA	Trabalho Particular para produção de alimento familiar		
QUINTA	7:30 às 10:00 hs	Expediente no Pólo ou na comunidade	Manhã
	10:30 às 11:30 hs	Estuda na Escola	Tarde
	13:00 às 15:00 hs	Expediente no Pólo ou na comunidade	
	15:00 às 17:00 hs	Estuda na Escola	
SEXTA	7:30 às 10:00 hs	Expediente no Pólo ou na comunidade	Manhã
	10:30 às 11:30 hs	Estuda na Escola	Tarde
	13:00 às 15:00 hs	Expediente no Pólo ou na comunidade	
	15:00 às 17:00 hs	Estuda na Escola	
SABÁDO	Serviço Particular		
DOMINGO	FOLGA		

Quadro 2 - Escala de trabalho do Agente Indígena de Saúde (Mês de julho/2006).

Fonte: Escala elaborada por AIS do Rio Içana - 2006

Dentre as atividades descritas no quadro, podemos ver que uma parte do tempo do AIS (uma média de 3 horas por dia) é utilizada para estudar na escola da comunidade. Já o tempo destinado às atividades na unidade de saúde é deslocado para o horário de almoço, algo que inviabilizaria o desenvolvimento de suas atividades como AIS, mas isso não foi observado no trabalho de campo.

A cobrança de dois expedientes no posto de saúde, além de separar o AIS da vida em comunidade, reforça um modelo de atenção curativa pautado na demanda espontânea, em detrimento de ações de promoção à saúde, que exigiriam um ativo envolvimento com a vida cotidiana da comunidade. Isso também tem sido motivo de insatisfação por parte dos AIS, como demonstra o depoimento abaixo:

Eles [a equipe do DSEI] querem que a gente fique o dia todo esperando os doentes sem sair de casa. Só que precisamos pescar, fazer roça e fazer outras coisas na comunidade. (AIS, masculino, 29 anos).

A cobrança por parte da comunidade também se estabelece sobre outras bases, como a financeira. Embora os AIS Baniwa mais antigos tenham começado a exercer suas funções na modalidade de voluntariado⁷ - alguns ficaram sem receber remuneração por cerca de uma década. A partir da implantação do DSEI, a atividade passou a contar com a remuneração de um salário mínimo. Inicialmente o salário era recebido por meio de uma bolsa, sem acesso aos direitos trabalhistas; só a partir de 2000 os AIS puderam ser contratados de acordo com o regime CLT e passaram a gozar férias, 13º salário etc. O acesso a esses direitos e a um salário regular surgiu, aos olhos dos comunitários, como privilégios que demandam um incremento das exigências de desempenho feitas aos AIS.

⁷ A partir de 1996, alguns AIS do Alto Rio Negro começaram a ter remuneração, feita por meio de 90 bolsas (já insuficientes para a demanda na época), viabilizadas pelo convênio n. 193/96, firmado entre a FOIRN e a FUNASA.

3.2 A Formação dos Agentes Indígenas Baniwa

Para abordar a questão da formação dos Agentes Indígenas de Saúde Baniwa, foi necessário levantar dados por meio de documentos oficiais e de questionários aplicados aos AIS. Os documentos em questão são os seguintes: os Relatórios Técnicos do Projeto RASI/UFAM (1990; 1991); o Relatório do Curso de Formação de AIS do Projeto RASI/UFAM (1994); o Plano Distrital do DSEI Rio Negro (2002); o Relatório do Curso de Capacitação de AIS do DSEI Rio Negro (2003); o Relatório Técnico do Convênio 776/99 – Diocese/FUNASA do Centro de Saúde Escola; além de documentos do Ministério da Saúde, como a *Formação dos Agentes Indígenas de Saúde: Propostas e Diretrizes* (1996) e a *Política de Saúde Indígena* (2002).

Dos 24 participantes do primeiro curso de capacitação ministrado no Içana, no ano de 1990, 02 eram Yanomami, 07 eram de outras etnias e 17 eram Baniwa, sendo 15 do Içana e 02 do Rio Aiari. Neste primeiro curso, ministrado pelo Projeto RASI, da Universidade Federal do Amazonas, perceberam-se alguns elementos que caracterizariam as atividades desse projeto nas duas décadas seguintes. Apesar dos instrutores trabalharem temas típicos do saber biomédico, os relatórios do referido projeto nos informavam sobre a busca de referenciais pedagógicos que possibilitassem o trabalho com indivíduos com pouca escolaridade e o desenvolvimento de estratégias educacionais culturalmente sensíveis.

De acordo com a documentação referente ao 1º curso do projeto RASI, os conteúdos programados para os cursos foram definidos em combinação com o levantamento dos principais problemas locais de saúde, feito durante visitas nas comunidades pela equipe de professores. A grade de temas constava inicialmente do diagnóstico de saúde e de agravos como, por exemplo, parasitoses intestinais, cujo enfoque era complementado por meio de discussões sobre anatomia e fisiologia do aparelho digestivo; diarreia (causas, fisiopatogenia);

desidratação (fisiopatogenia, sinais e sintomas e tratamento) ⁸. Segundo o relatório, cada agravo era tratado após serem congregados aspectos da anatomia, fisiologia, fisiopatogenia e diagnóstico.

A comparação entre a lista de participantes deste primeiro curso, em 1990, e o levantamento dos AIS que atuavam em 2006, demonstrou que, dos 15 indivíduos que iniciaram o processo de formação feito pelo RASI em 1990, somente dois permaneciam atuando até 2006. No início da década de 90, a ausência de pagamento do trabalho do agente de saúde (eles continuavam atuando como voluntários) gerou a desistência de vários deles do projeto.

Embora o Projeto RASI tivesse uma proposta de educação continuada, encontrava dificuldades institucionais para levar adiante seus planos, dentre as quais a limitação financeira para o desenvolvimento de suas atividades. Em 1994, o referido projeto realizou a segunda etapa do processo de formação dos AIS Baniwa, com uma carga horária de 76 horas. Dois anos depois, ou seja, em 1996, o projeto realizou outro treinamento na mesma área, com carga horária de 80 horas. Os conteúdos foram similares aos dos cursos anteriores, mas receberam o acréscimo dos temas política de saúde indígena e saúde ambiental.

Analisando a estrutura dos cursos fornecidos pelo RASI, observa-se que o projeto enunciava a proposta de subsidiar os AIS com meios para intervir na realidade epidemiológica de suas comunidades. Os cursos, contudo, dedicavam bastante tempo do processo pedagógico ao ensino de patologias, ligado ao conhecimento biomédico e ao manejo de medicamentos básicos, dedicando um tempo menor ao treinamento para o trabalho comunitário. Outro ponto de limitação do projeto era a falta de supervisão dos AIS nos momentos de dispersão do processo ensino-aprendizado. Houve ainda o problema da reduzida

⁸ O curso foi realizado no período de 12 a 17 /07/1990, com 8 horas diárias, perfazendo uma carga horária total de 48 horas.

carga horária, em contraponto ao grande número de temas abordados, particularmente se levarmos em consideração a dificuldade dos AIS em falar e escrever a língua portuguesa.

Em termos gerais, observamos que, na primeira fase, o trabalho do RASI estava voltado para o treinamento dos AIS em conteúdos técnicos de saúde. Paulatinamente, os conteúdos programáticos dos cursos assumiram conotações mais políticas, efetuando uma progressiva aproximação com os temas de saúde coletiva.

Entre 1990 e 1992, os Baniwa não receberam mais capacitações. Somente em 1993, a recém criada Organização Indígena da Bacia do Içana – OIBI solicitou formalmente à COIAB capacitações para os AIS de sua área de atuação. Esta última, por não contar com estrutura própria para tal empreitada, estabeleceu uma parceria como o CIMI e a FUNASA para a realização de dois treinamentos. Um ocorreu em junho e o outro em novembro de 1993. Os cursos foram ministrados em duas etapas. O primeiro foi realizado entre os dias 12 a 16 de junho na comunidade Tucumã, alto Içana, e teve 31 participantes. De acordo com o relatório de viagem da COIAB (1993), o conteúdo abordava temas como: “levantamento dos principais problemas de saúde, papel do AIS, uso de medicamentos, cuidados com ferimentos, primeiros-socorros, malária, doenças contagiosas, IRA, combate as verminoses e doenças diarreicas e política de saúde”. Não foi possível identificar, nos documentos consultados, os pressupostos teóricos que nortearam a metodologia do curso, tampouco os critérios de seleção dos alunos.

Já o segundo curso descrito no relatório de viagem da COIAB (1993), também realizado em Tucumã, entre 15 a 22 de setembro do mesmo ano, totalizou 40 horas. Sua programação continha temas como, “aplicação de injeções, vacinação, uso do microscópio, trabalho da parteira, cuidados com a criança, uso de medicamentos básicos, cuidados com os doentes, malária e tuberculose”. Do total de AIS envolvidos na pesquisa, apenas 16 participaram das duas etapas da parceria CIMI/COIAB/OIBI/FUNASA. É importante

observar que os cursos ofertados pelo CIMI atendiam a uma demanda do movimento indígena, na ausência de uma proposta de educação permanente dos AIS, pelos órgãos oficiais responsáveis por essa atividade, naquela na época.

Em termos gerais, consideramos que todos os cursos, cujos relatórios analisamos, tinham em comum o excesso de conteúdos, ministrados em um período curto de tempo, e não contavam com atividade regular de acompanhamento e treinamento em serviço para os AIS, quando estes retornavam às suas comunidades. Além disso, os temas de diagnóstico e tratamento de doenças ocupavam praticamente todo o tempo pedagógico disponibilizado para o treinamento dos AIS.

Os relatórios consultados não continham propostas de formação continuada destes agentes, levando-nos a pensar que os cursos ofertados foram programados para atender a demandas pontuais, sem diálogo com os órgãos oficiais de ensino, para que estes garantissem a certificação dos participantes.

Uma das experiências de capacitação de AIS que fogem do padrão até então adotado no Alto Rio Negro é a dos cursos realizados dentro do Projeto Trienal de Plantas Medicinais Baniwa, desenvolvido pela OIBI, em parceria com outras entidades indígenas (ACIRA, UNIBI,) e a Universidade Federal do Amazonas, ainda em 1992. A iniciativa ganhou o formato de projeto em 1996, sendo plenamente desenvolvida entre 1997 e 1999.

O objetivo do Trienal era o da melhoria da situação de saúde das comunidades, com ênfase na revitalização da medicina tradicional e estímulo ao uso das plantas medicinais da tradição Baniwa/Curipaco. De acordo com o referido projeto, buscava-se um equilíbrio entre os saberes do branco e os saberes indígenas, no processo de capacitação dos AIS Baniwa.

As ações do Trienal envolveram oito treinamentos de Medicina Tradicional realizados entre maio de 1997 e março de 2002, em quatro micro-regiões onde residiam especialistas nativos de medicina tradicional, que ministravam os ensinamentos aos AIS.

As atividades desse projeto adquiriram um caráter de pesquisa-ação e envolveram não apenas os AIS, mas também um grande número de lideranças indígenas e outros membros das comunidades empenhados na sistematização dos conhecimentos tradicionais de saúde, a fim de subsidiar o ensino dos AIS.

Dentre os produtos do projeto, foi publicado um *Manual de Doenças Tradicionais Baniwa*, contendo informações sobre a mitologia e a taxonomia de doenças e outras informações sobre a medicina tradicional Baniwa. O último ano do Trienal coincidiu com a implantação do Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro. Apesar do caráter participativo e comunal do projeto, não houve valorização, por parte dos profissionais do DSEI, do conhecimento gerado por ele.

Salvo o interesse pessoal de um enfermeiro, os profissionais do DSEI não demonstraram maior interesse na iniciativa. As reiteradas ofertas de treinamento que propiciasse informações sobre os sistemas de doença-cura-cuidado dos baniwa, para os profissionais que ali atuam, foram recebidas com indiferença e nunca viabilizadas. O manual de doenças tradicionais baniwa circulou entre os profissionais e foi lido com curiosidade, mas sua formulação causou estranheza e tampouco foi compreendida (GARNELO, 2004, p.188).

Os resultados desse processo mostraram que o uso das plantas por parte de vários agentes indígenas não persistiu nos anos subsequentes ao projeto. Porém, durante o trabalho de campo, encontramos alguns agentes de saúde que, mesmo após 10 anos da realização dos cursos de medicina tradicional, ainda utilizam as plantas no seu trabalho cotidiano. Quando indagados sobre potenciais impactos dos cursos de medicamento tradicional em seu trabalho, esses AIS foram unânimes em afirmar que houve uma contribuição positiva em seu cotidiano, exemplificado como isso aconteceu na prática de atendimento aos seus pacientes. Para exemplificar o exposto acima, apresentamos o relato de dois AIS entrevistados, a respeito do curso:

(...) me ajudou a conhecer algumas plantas que antes não conhecia. Acho que esse curso me ajudou porque eu trabalho com as plantas (...). Os informantes do curso mostravam muitas plantas e os AIS anotavam o nome delas em seu caderno (...). Eu trabalho assim: uso o remédio do branco e aí, se não resolver eu pego a medicina

tradicional que conheci no tempo do curso. Primeiro eu cuido do paciente com remédio do branco; se não resolver durante três dias eu suspendo. Vamos dizer, por exemplo, para dor de cabeça eu dou Paracetamol ou Dipirona; se não resolver eu suspendo o tratamento, aí eu vou atrás de plantas medicinais que conheço. Se a planta medicinal não resolver o problema do paciente, eu peço ajuda do morador da comunidade sobre planta medicinal. Por isso acho que melhorou meu trabalho depois do curso (AIS, masculino, 33 anos).

(...) depois que fizemos aquele curso de plantas medicinais (...) ele ajudou bastante (...); eu mesmo fiz minha plantação e ajudou bastante. Eu tinha medicamento da região, mas agora está acabando; não tem mais. Quando eu uso esta planta, primeiro eu tenho que medicar com o medicamento do branco, se ele não resolver aquele problema que o paciente tem, a gente tem que procurar a planta da região. (AIS, masculino, 31 anos).

Iniciativa ímpar de formulação, por parte das lideranças indígenas, de uma estratégia própria de um diálogo entre a biomedicina e o chamado saber tradicional, dentro de uma perspectiva cultural específica, foi a que mais se aproximou do almejado modelo diferenciado de atenção à saúde dos povos indígenas, dentro dos marcos estabelecidos pela política de saúde indígena no Brasil.

Por outro lado, os resultados e atividades do projeto, não geraram envolvimento das equipes de saúde e da própria gerência distrital. Tal como comentado por Garnelo e Langdon (2005), a maioria dos profissionais de saúde ainda desconhece o significado e a importância da atenção diferenciada.

Os responsáveis pela iniciativa do RASI/Universidade Federal do Amazonas empreenderam, nos seus últimos anos de atuação, uma autocrítica sobre a forma como os cursos foram desenvolvidos pela equipe do projeto. No trecho abaixo, Garnelo (2001) reconhece a mudança de perspectiva empreendida pelos profissionais ligados ao projeto:

(...) por muito tempo, a prática comunicativo-educativa do RASI foi baseada – a exemplo de tantos outros programas educativos em saúde – num modelo de comunicação centrado na relação emissor/receptor, que leva a ignorar a complexidade da cena social e a buscar o aprimoramento da ação mediante o ajuste dos códigos utilizados nos materiais educativos à especificidades cultural e lingüística dos interlocutores (p. 238).

No âmbito nacional, em 1996, a FUNASA empreendeu o primeiro esforço para tentar superar a falta de uma política de formação para os AIS, estabelecendo uma proposta

preliminar de diretrizes para as capacitações dos AIS. Em 1999, foi lançado um documento contendo as diretrizes curriculares para formação dos agentes. As diretrizes foram produzidas no encontro de especialistas promovido em Brasília pelo DEOPE/COSAI entre os dias 14 a 18/06/1999, com o objetivo de produzir uma proposta de capacitação de 180 horas. Apesar deste esforço, os conteúdos dos cursos ministrados aos agentes indígenas de saúde no município de São Gabriel da Cachoeira, no período subsequente, mostraram-se uma mera repetição de conteúdos tecnicistas, com forte viés curativo, já presentes nas iniciativas pregressas.

Antes da publicação da proposta de normatização do Programa Agente Indígena de Saúde pela FUNASA, o Alto Rio Negro contava com sua própria proposta de diretrizes curriculares para os AIS. Ela foi elaborada durante uma oficina promovida pela FUNASA, com apoio do Projeto RASI, Centro de Saúde-Escola Dom Walter Ivan - CSE, (entidade ligada à Diocese de São Gabriel da Cachoeira). Realizada em duas etapas (sendo a 1ª nos dias 10 a 11 de agosto e a 2ª no período de 12 a 14 de agosto de 1998), a iniciativa contou com a participação de representantes das instituições locais que atuavam no campo da saúde, além dos próprios agentes de saúde⁹. Podemos afirmar que este foi um dos únicos esforços de aproximação entre as diversas instituições de saúde que atuavam no Alto Rio Negro, já que suas atuações sempre foram marcadas pelo paralelismo de ações e pela ausência de diálogo entre os atores institucionais locais.

O produto final desta discussão foi a elaboração de uma proposta curricular com enfoque interdisciplinar, que visava dar conta dos distintos papéis sociais dos AIS. A concepção metodológica tinha como eixo norteador o enfoque da construção social, incorporando contribuições de outras práticas da pedagogia. O documento propunha

⁹ A oficina foi dividida em duas fases: a primeira, com a participação de 31 pessoas, foi dedicada à elaboração de uma proposta interdisciplinar voltada para as diversas dimensões de atuação dos AIS (política, técnica e pedagógica). A segunda, que contou com a participação de 94 pessoas entre docentes e Agentes Indígenas de diversas etnias, dedicou-se a problematizar o resultado da primeira etapa junto aos agentes.

dimensionar o campo de atuação do AIS, a partir de três grandes áreas temáticas: Política, Pedagógica e Técnica.

Na esfera de *ação política*, as atividades propostas para os AIS previam “a conjugação de momentos formais de treinamento, com a participação dos educandos nos eventos próprios do movimento indígena e nos fóruns de planejamento participativo e de controle social do Sistema de Local de Saúde”. Na *esfera pedagógica*, as atividades deveriam ser “orientadas para o trabalho educativo, transformador da realidade, e desenvolvido junto às suas comunidades e lideranças”. Finalmente a chamada *área técnica* deveria ser orientada a partir “da análise e questionamento das práticas sanitárias do modelo de assistência vigente e da construção de estratégias de mudança, evitando-se a dissociação entre tratamento teórico e prático dos temas” (FUNASA-AM, 1998).

Logo após implantação do DSEI Rio Negro (2000), o Projeto RASI deixou de atuar na formação dos AIS e direcionou seu foco para assessoria de organizações de base, a exemplo da OIBI, retirando-se do cenário de capacitação dos AIS. Os cursos de formação no Alto Rio Negro, que desde 1996 já contavam com a estrutura do CSE, passaram para a responsabilidade desta entidade¹⁰.

Em 1996, a FUNASA celebrou um convênio com a Diocese de São Gabriel da Cachoeira com o objetivo de suprir as lacunas na formação de recursos humanos locais. O convênio propiciou a estruturação do Centro de Saúde Escola, que a partir daí passou a desenvolver uma série de cursos dirigidos aos profissionais indígenas e não-indígenas do DSEI e de outras instituições de saúde.

Em 2001, o CSE consolidou seu papel de entidade formadora de recursos humanos no âmbito do DSEI, dando início ao *Curso de Educação Profissional Básica para Agentes*

¹⁰ O Centro de Saúde-Escola Dom Walter Ivan também celebrou um convênio com a Prefeitura Municipal de São Gabriel da Cachoeira. O convênio tinha como um dos seus objetivos “prestar assistência integral e diferenciada à saúde às populações indígenas nas áreas referidas, no âmbito da atenção primária à saúde, incluindo a formação e supervisão em serviço dos AIS”.

Indígenas de Saúde, proposto pela FUNASA. No primeiro módulo, os 33 AIS enfocados por essa pesquisa fizeram parte do total de 170 AIS que participaram do curso, estando presentes todos no momento de concentração, como no de dispersão.

Nesta pesquisa, a análise da estrutura dos cursos fornecidos pelo CSE aos AIS ficou prejudicada pela falta de acesso aos documentos. Nos relatórios técnicos do convênio anteriormente citado, não há relato dos conteúdos dos cursos; tampouco eles se referem a qualquer parcerias institucionais legalmente habilitadas a prover a certificação dos cursos dirigidos aos AIS.

Dois anos depois deste primeiro módulo, problemas causados pela indefinição de uma política de gestão dos convênios, pela FUNASA, provocaram a saída da Diocese do processo de distritalização. A FOIRN passou a assumir, por meio de um novo convênio firmado em 2003, tanto as ações de assistência à saúde das populações indígenas de São Gabriel quanto a formação de pessoal de saúde no âmbito do DSEI, inclusive dos AIS.

No mesmo ano, a nova gerência técnica do convênio FOIRN/FUNASA decidiu reiniciar o processo de formação dos agentes. Para este fim, optou por ministrar novamente o módulo introdutório do Curso de Educação Profissional Básico para AIS. Deste curso participaram todos os agentes do DSEI, tanto os recém-ingressos quanto os que já atuavam antes da implantação do distrito.

Nas iniciativas pós-distritalização, uma das principais características foi a recusa em atribuir qualquer relevância à experiência pregressa do AIS; por esta razão, todos os AIS vinculados ao DSEI foram matriculados no módulo inicial do processo formador.

Segundo depoimento de um profissional contratado para acompanhar o processo de formação dos AIS no distrito, as razões para a repetição do módulo introdutório foram: a) a decisão dos técnicos de nível superior (gerentes e enfermeiros), que consideraram a carga horária do módulo introdutório realizado pelo Centro de Saúde Escola insuficiente, já que

teria sido inferior à proposta pela FUNASA; b) a ausência de informações sobre os treinamentos oferecidos pelo CSE; e c) a pouca prioridade dada à formação dos AIS no conjunto de ações realizadas no distrito. De acordo com o entrevistado, a não prioridade é demonstrada pelos longos períodos sem a realização de cursos e pela não aplicação das diretrizes de capacitação de AIS, elaboradas em momentos anteriores. A fala de outro entrevistado reitera essa interpretação.

Aqui no DSEI esta coisa da formação dos AIS estava muito confusa (...). Acho que não é dada muita importância para eles. (Profissional de Nível Superior, feminino, 35 anos).

O persistente recomeço do processo da formação e a desconsideração da experiência prévia dos AIS tornou-se motivo de grande inquietação para os que já atuavam antes da implantação do DSEI, como podemos observar em um depoimento de um agente de saúde, descrito abaixo.

O que vai ser feito dos AIS antigos que já tem um tempão de trabalho? Eles só fazem as mesmas coisas, inclusive nos treinamentos; só se repete o que já foi estudado nos cursos anteriores. Então eles (equipe de técnica) repetem os cursos para os novatos; então, no meu ver, parece que os AIS antigos pararam, porque sempre vai ter AIS novato e eles (equipe de técnica) vão estar sempre repetindo isso. Então isso é muito ruim, porque não temos nem material para trabalhar porque eles consideram a gente também como os AIS novatos (AIS, masculino, 31 anos).

O levantamento feito pela pesquisa para o período compreendido entre 1990 (data do primeiro curso) e 2006, mostrou a realização de um conjunto de 12 cursos, com participação de AIS Baniwa na região do Alto Rio Negro. Além das iniciativas do RASI e do CIMI, outras instituições atuantes na área, tais como a FUNASA a Diocese de São Gabriel, e entidades indígenas a COIAB, OIBI e FOIRN também estiveram envolvidas de diversas formas nessas atividades.

A análise dos documentos institucionais e certificados de conclusão dos cursos fornecidos aos AIS revelam que, de modo geral, havia um perfil comum aos cursos ministrados no período de 1990 a 1996, cujos conteúdos programáticos muito se assemelham aos adotados pela FUNASA nos anos subsequentes.

Agregamos o conteúdo de diversos cursos ministrados para os AIS Baniwa, no período de 1990 a 2006. Do conjunto de grades curriculares adotadas nos cursos, os agentes tiveram acesso a discussões sobre **Políticas de Saúde:** Política de Saúde Indígena, Controle Social; **Vigilância Nutricional:** crescimento e desenvolvimento da criança, nutrição; **Controle de agravos:** malária, diarreia, desidratação, Infecção Respiratória Aguda, gripe, pneumonia, tuberculose, verminose, DST/AIDS e Hepatites Virais, conjuntivite, infecções cutâneas, escabioses, piodermite, furunculoses, acidentes ofídicos; **Fundamentos de Enfermagem:** Administração de Medicamentos, técnicas de curativos, técnica de injeção intramuscular, infecção, desinfecção, coleta de lâminas para exame de malária, imunização, manuseio do microscópio; **Saúde Bucal:** Profilaxia da carie; **Saúde Ambiental:** Contaminação ambiental; **Outros:** sistema respiratório, sistema circulatório.

Após a implantação do DSEI, o levantamento documental dos treinamentos realizados mostrou que apenas 3 cursos foram realizados, com intervalos de dois e três anos entre eles, tal como disposto no quadro 3. Relembremos, porém, que o curso de 2003 foi apenas uma repetição do Módulo Introdutório já ministrado em 2001.

Indagados sobre os longos intervalos entre os módulos, os profissionais entrevistados do DSEI apontaram como fator dificultador da capacitação o atraso, por parte da Funasa, no repasse dos recursos financeiros, para as organizações conveniadas, o que teria prejudicado a capacitação dos AIS.

No que tange à carga horária, somando-se a dos cursos ministrados aos Baniwa nos períodos “pré-distritais” e pós-distritais, pelas várias instituições envolvidas, chegamos a uma carga total de 836 horas de conteúdos teóricos, ou seja, os momentos presenciais ou de concentração, conforme queiramos chamar. De acordo com relatos obtidos durante o trabalho de campo, este processo também contava com momentos de dispersão, que não funcionavam

regularmente. Isso tornou impossível precisar a carga horária desse tipo de atividade, que, de qualquer forma, representava um acréscimo às 836 horas teóricas ministradas.

Se fossemos levar em consideração as diretrizes de formação estabelecidas pela FUNASA, que estabelece para a formação uma carga horária total de 1.080 horas, distribuídas em 700 horas de concentração e 380 horas de dispersão, pode-se dizer que as informações obtidas nos documentos encontrados atestaram que pelo menos 28 dos AIS envolvidos na pesquisa já estavam com 77,4% do total da carga horária exigida pelo curso proposto pela FUNASA.

Se compararmos os conteúdos dos cursos ofertados aos AIS do Rio Negro pelas instituições que atuavam na formação desses atores antes da implantação do DSEI com os conteúdos propostos pelo MS, que devem constar como temas obrigatórios no processo de formação dos AIS, verificamos bastante congruência entre ambos. Porém, a consulta documental e as entrevistas com os profissionais do DSEI responsáveis pela formação dos AIS mostraram que os conteúdos ofertados nos cursos anteriores não foram levados em consideração na hora de planejar e executar os novos cursos, no período pós-distritalização.

ANO	NOME DO CURSO	CARGA HORARIA	INSTITUIÇÃO FORMADORA
1990	Curso de Agentes de Saúde Indígena 1ª Etapa.	48 horas	RASI, FOIRN
1993	I Curso de Agentes de Saúde Indígena da Bacia do Içana - Tucumã	40 horas	COIAB, FOIRN, CIMI, FUNASA
1993	II Curso de Agentes de Saúde Indígena da Bacia do Içana – Tucumã	40 horas	COIAB, FOIRN, CIMI, FUNASA
1994	Curso de Formação de AIS	76 horas	RASI/ FOIRN
1998	Curso de formação de Microscopista	80 horas	FUNASA/ FOIRN
1996	Curso de Formação de AIS	80 horas	RASI/FOIRN/CSE
1997	I Treinamento de Medicina tradicional Baniwa e Kuripako	44 horas	OIBI / RASI
1998	II Treinamento de Medicina tradicional Baniwa e Kuripako	44 horas	OIBI / Projeto RASI
2000	Curso de Formação de AIS	80 horas	CSE/Funasa/ FOIRN
2001	Educação Básica para AIS – Módulo Introdotório –	80 horas	CSE / FUNASA

2003	Educação Básica para AIS – Módulo Introdutório –	120 horas	FOIRN/FUNASA
2006	Educação Básica para AIS – Módulo Promovendo a saúde e Prevenindo DST/AIDS	104 horas	FOIRN/FUNASA
	Carga Horária Total	836 horas	

Quadro 3 – Cursos ministrados aos AIS Baniwa do Alto Rio Negro no período 1990 a 2006.
Fonte: Relatórios dos cursos, Formulário preenchido- 2006.

Juízos críticos sobre o processo de formação dos AIS foram feitos por Mendonça (1996) e Argentino (2005), que criticaram a realização de treinamentos em locais distantes dos locais de moradia dos AIS, levando a uma descontextualizando sua atuação. Era o que ocorria em São Gabriel da Cachoeira no período pré-distrito. Após a distritalização, houve uma mudança de tática e os cursos passaram a ser realizados nas aldeias. Entretanto, percebemos, durante a observação em campo, que tal estratégia não garantiu, por si só, a melhoria da capacitação e o reconhecimento do AIS como componente fundamental do DSEI. Entendemos que a melhoria da qualificação não está na dependência direta do local de realização dos cursos, mas pode ser negativamente influenciada pela ausência de um projeto político pedagógico adequado à realidade onde o treinamento ocorra.

Apesar do DSEI Rio Negro ter sido implantado há mais de seis anos, podemos dizer que pouco avançou no processo de formação dos AIS. Persistem problemas há muito identificados, como a falta de um projeto pedagógico, o tecnicismo dos conteúdos, o reinício eterno das iniciativas dos cursos e a dificuldade em contemplar a especificidade da questão indígena. Conforme observamos na análise dos conteúdos dos cursos ministrados no DSEI, nenhum deles apresentava estratégias com enfoque sobre a especificidade cultural, limitando-se a itens biomédicos.

Durante o trabalho de campo, constatamos que outros aspectos relacionados a questões como a supervisão e acompanhamento dos agentes nas áreas são ainda bastante fragmentados. Tal dificuldade parece estar ligada ao pouco conhecimento dos profissionais de saúde sobre as

culturas locais, à deficiência de conhecimento da realidade cotidiana das áreas indígenas e às dificuldades de acesso e deslocamento de instrutores-supervisores e AIS.

Dentre as principais críticas que podemos formular sobre a formação dos AIS no Alto Rio Negro antes da implantação do DSEI, podemos destacar a falta de supervisão dos AIS pelos profissionais envolvidos na capacitação; os conteúdos limitados apenas aos aspectos biomédicos; a ausência de continuidade dos cursos; a impossibilidade de certificação oficial dos cursos e a falta de uma estratégia capaz de ampliar a escolaridade formal dos AIS. Esta realidade não foi diferente das demais experiências realizadas em outras terras indígenas do Brasil, como podemos observar em trabalhos recentemente publicados sobre o tema (Garnelo, 2001; Erthal, 2003; Mendonça, 2005; Argentino, 2005; Dias-Scopel, 2005).

Após a implantação do DSEI Rio Negro, também não podemos dizer que houve melhoria significativa nas ações de capacitação dos AIS na região. Seu processo de formação ainda padece das mesmas deficiências já identificadas no processo de capacitação realizado nos anos anteriores.

Os dados apresentados aqui nos levaram a concluir que o DSEI não tem priorizado a implantação de um processo sistemático de formação dos AIS, pois não encontramos nos planos distritais para os períodos – 2000 a 2004 e 2005 a 2007 atividades programáticas para esse fim.

Os documentos sobre a política de saúde indígena preconizam um papel privilegiado para os AIS que atuam em contexto intercultural e de assistência diferenciada. A despeito dessas afirmações, os cursos ministrados no Alto Rio Negro não se mostraram capazes de formar os agentes para efetivar as ações de promoção à saúde e para exercitar o respeito às especificidades culturais e às práticas tradicionais de cuidados de saúde para cada etnia por eles atendida.

CAPÍTULO 4

PRÁTICAS SANITÁRIAS DOS AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE E DOS OUTROS MEMBROS DA EMSI

Este capítulo fará a descrição e análise das práticas sanitárias dos AIS e de outros membros da equipe multidisciplinar de saúde indígena, buscando apreender sua compatibilidade e/ou incompatibilidade com os princípios que regem a política de atenção diferenciada do subsistema de saúde indígena, as mudanças ou permanências de atitudes e comportamentos ligadas à distritalização e as formas de interação entre os membros das EMSI. O capítulo visa, ainda, ao entendimento de potenciais conflitos laborativos dos AIS e os outros profissionais de saúde indígena que atuam no conjunto de aldeias adscritas ao Pólo-Base “P”.

Tal análise será efetuada a partir de quatro eixos, distribuídos ao longo deste capítulo e do capítulo 5. O primeiro desses eixos temáticos descreverá as atribuições de parte da equipe de saúde indígena (Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Agente Indígena de Saúde), procurando perceber sua relação com a política de saúde indígena. O segundo eixo temático se dedicará a analisar o planejamento das atividades da equipe na sede do DSEI e no Pólo-Base. O terceiro eixo, que já será parte integrante do capítulo 5, analisará as práticas sanitárias da equipe direcionadas às ações programáticas de saúde materno-infantil. Por fim, no quarto eixo temático, pertencente também ao capítulo 5, será estudado um conjunto de atividades que são entendidas pelos membros não-indígenas da EMSI como essenciais ao trabalho do agente indígena de saúde, tais como: a visita domiciliar, a supervisão aos AIS e a prestação de serviços que caracterizariam as práticas sanitárias do DSEI Rio Negro como

formas de atenção diferenciada, tal como recomendadas pela Política Nacional de Saúde Indígena.

A prioridade dada à equipe de enfermagem para desenvolver essa análise se justifica pela presença mais regular desses profissionais nos Pólos-Base e pela maior interação entre equipe de enfermagem e AIS, já que a capacitação, supervisão e acompanhamento rotineiro desses últimos são procedimentos feitos pela equipe de enfermagem do DSEI. A pesquisa permitiu também, analisar algumas rotinas do trabalho médico, mas dada a menor permanência do médico nas aldeias, a observação do trabalho desse profissional não gerou a mesma riqueza de dados que a observação da rotina de enfermagem.

4.1 Atribuição da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena do DSEI Rio Negro

A busca sobre as atribuições dos membros da equipe multidisciplinar de saúde indígena revelou uma notável escassez de trabalhos sobre este objeto. Assim sendo, optamos por buscar a compreensão do papel desses profissionais nas publicações que tratam do AIS no âmbito mais geral do SUS (Garnelo e Silva, 1996; Erthal, 2003; Mendonça, 1996, 2005; Oliveira, 2005; Dias-Scopel, 2005; Silva e Dalmaso, 2002; Levy, Matos; Tomita, 2004). Tal opção também se justifica pelo fato das diretrizes de gestão da Política Nacional de Saúde Indígena caracterizarem a atuação da equipe de saúde indígena como uma forma de PSF, havendo documentos em que as equipes multidisciplinares são designadas como PSFI, ou seja, Programa de Saúde da Família Indígena. Em função disso, as normas técnicas do PSF foram utilizadas como referência para o entendimento das práticas sanitárias dos profissionais que atuam no DSEI.

De acordo com o documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 1997) denominado *Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial*, os profissionais das equipes de saúde “deverão desenvolver suas atividades de forma dinâmica,

com avaliação permanente através do acompanhamento dos indicadores de saúde de cada espaço territorial”. Sendo assim, estes profissionais devem desenvolver seu processo de trabalho em dois espaços: na unidade de saúde e na comunidade, apoiando e supervisionando as práticas cotidianas dos ACS e provendo assistência domiciliar às pessoas que necessitam de cuidados de saúde. O documento ressalta ser desejável que a equipe de saúde estabeleça vínculo com as famílias que vivem nas áreas sob sua responsabilidade, no território de abrangência de sua unidade de saúde (BRASIL, 1997).

O referido documento também recomenda que a equipe de uma Unidade de Saúde da Família seja composta, no mínimo, por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e sete ou mais agentes comunitários de saúde, ficando esta equipe responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 4.500 pessoas que vivem na sua área de abrangência.

No contexto da saúde indígena, especificamente no DSEI Rio Negro, esta mesma equipe de saúde é composta habitualmente por um enfermeiro e três técnicos de enfermagem que se revezam na permanência no Pólo-Base.

Os Agentes Indígenas de Saúde, por sua vez, residem permanentemente nas comunidades. Além da equipe de enfermagem também atuam no Pólo-Base e aldeias adscritas, 01 médico e 01 odontólogo. (FOIRN, 2005).

No DSEI Rio Negro, as atribuições dos profissionais de saúde são pautadas pelo documento denominado *Normas e Rotinas para Organização da Rede de Atenção a Saúde Indígena* (FUNASA, 2000). Este documento rege o trabalho do enfermeiro, do técnico de enfermagem e do agente indígena de saúde, assim como dos outros profissionais que atuam no âmbito do território distrital.

Na seqüência, passaremos a analisar as práticas sanitárias dos profissionais do DSEI, tomando como base as normas técnicas contidas no supracitado documento.

4.1.1 O Enfermeiro (a) em área indígena

É atribuição do enfermeiro, no âmbito do DSEI Rio Negro,

participar do processo de planejamento, execução e avaliação das ações de saúde; coordenar a implantação e funcionamento dos programas de saúde; executar, no nível de suas competências, ações de assistência básica, de vigilância epidemiológica e sanitária nas áreas de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao adulto e ao idoso; prescrever medicamentos estabelecidos nos programas do Ministério da Saúde e nas rotinas estabelecidas pelo Distrito; solicitar exames de rotina e complementares; desenvolver ações direcionadas à capacitação e supervisão dos AIS e Técnicos de Enfermagem; realizar análise epidemiológica que possibilite o planejamento das ações em relatórios semestralmente e anualmente levados para análise junto aos membros da sua equipe; participar ativamente nos conselhos locais e distritais de saúde, assim como reuniões locais da sua área de abrangência (FOIRN/DSEI, 2005).

A comparação das atribuições contidas no documento do DSEI com as orientações oriundas da FUNASA-BSB e com as do Ministério da Saúde para o PSF nos mostra que não há diferença significativa nas normas técnicas que regem o campo de atuação desse profissional nas três estratégias de atenção básica praticadas no SUS. A única diferença encontrada para os profissionais do DSEI foi a permissão para prescrever medicamentos estabelecidos nos programas do Ministério da Saúde e para solicitar exames rotineiros e complementares de diagnóstico no âmbito do território distrital.

No trabalho de campo, foi solicitado aos enfermeiros (as) que descrevessem as atividades desenvolvidas por eles nas rotinas do dia-a-dia. Eles citaram um conjunto de atividades que compreendem a supervisão e coordenação do Pólo-Base, capacitação dos Agentes Indígenas de Saúde e Técnicos de Enfermagem e desenvolvimento de ações dos programas de saúde adotados pelo DSEI Rio Negro. A multiplicidade de papéis do enfermeiro em área indígena ficou evidente, assim como a tendência a privilegiar o aspecto burocrático-administrativo das rotinas e o atendimento à demanda espontânea dos usuários doentes. O relato transcrito abaixo de uma enfermeira que atua no DSEI há um ano e seis meses ilustra essa tendência:

(...) Então... o enfermeiro, ele coordena o pólo, (...) é o responsável por todos os acontecimentos ali no pólo (...); coordena e acompanha as atividades que estão sendo desenvolvidas no pólo (...); vai avaliar as atividades dos técnicos [enfermagem] no período que ficaram em área (...). Às vezes a gente vai [para área indígena] sem a presença do médico e tem coisas que não são da nossa capacidade de estar fazendo; em algumas situações teremos que estar fazendo, porque não tem a presença do médico. Então as atividades são feitas conforme as necessidades. (...)
(enfermeira, 25 anos)

Para outro enfermeiro que atua em equipe de saúde indígena há mais de seis anos, o dia-a-dia de trabalho na área de abrangência do Pólo-Base ocorre da seguinte forma:

(...) A gente trabalha basicamente dentro de alguns programas que tentamos desenvolver (...). Esse ano a gente priorizou cinco itens básicos, o programa de saúde da criança, o programa de saúde da mulher, a imunização, o programa HIPERDIA e o controle de endemias. Então desenvolvemos nossas atividades, dentro desses pontos (...). A gente pesa criança, faz o diagnóstico da situação nutricional. Nesse caso, a gente tem uma conduta perante os pacientes que são diagnosticados com desnutrição: avalia o grau de desnutrição e faz o suplemento alimentar, basicamente com leite artificial. Dentro da saúde da criança e da mulher faz o controle de peso mensal. Agora estamos implementando [refere-se ao ano de 2006] a coleta de preventivo [de câncer de colo de útero]. Na medida do possível temos trabalhado também o planejamento familiar (...) e a parte de assistência pré-natal. No controle de endemias trabalhamos o diagnóstico e o tratamento de algumas das, que são mais comuns na área indígena, tipo malária, leishmaniose e filariose. (...) No programa de imunização temos priorizado, dentro das atividades do DSEI, tentar imunizar o maior número de pessoas da população indígena; [a meta é] melhorar a cobertura vacinal (...). Outro programa que desenvolvemos é o programa de controle da tuberculose,... Temos um surto muito alto de tuberculose, então desenvolvemos diagnósticos e busca ativa de pacientes suspeitos de tuberculose, além de fazer o encaminhamento de paciente para, para exames específicos. Acho que é basicamente isso. (enfermeiro, 33 anos)

Os depoimentos nos dizem que o modelo de organização do trabalho da EMSI é orientado para a assistência a agravos de grupos populacionais priorizados nas ações programáticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. No entanto, as observações de campo mostraram uma concentração dos esforços em atividades curativas, com pouco, ou nada, dos componentes de vigilância à saúde previstos no planejamento dos programas nacionais de saúde.

Os achados de campo são coerentes com a posição de Nascimento & Nascimento (2005), para quem a ação programática constitui uma ferramenta útil e coerente com o modelo de vigilância à saúde, mas têm limites quando colocadas em prática porque, como utilizam apenas a epidemiologia para lidar com os determinantes do processo saúde-doença, deixando

de lado a subjetividade e a individualidade dos usuários e sua contribuição para a definição de problemas de saúde, dificultam o acesso do cidadão aos serviços de saúde.

Do ponto de vista legal, as práticas descritas nos depoimentos dos enfermeiros estão amparadas na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (Lei n. 7.498/86). Porém, os depoimentos mostram que o modo como os profissionais de enfermagem descrevem suas atividades seguem os princípios do taylorismo-fordismo, segundo o qual, na organização do trabalho em enfermagem, destacam-se a hierarquia rígida; a organização do trabalho na forma de tarefas que enfatizam o “como fazer”; a excessiva preocupação com manuais de procedimento, rotinas, normas, programação das viagens e escalas de distribuições de tarefas, configurando, por fim uma importante fragmentação da assistência (PIRES. D; GELBCKE, F.L; MATOS, E, 2004).

Na busca de apreender as representações sociais dos enfermeiros sobre a participação dos AIS na equipe, indagamos aos primeiros sobre o que esperam do trabalho do AIS. Nas respostas obtidas, foi possível observar que o perfil de atuação desenhado pelos enfermeiros para os AIS limita-se ao desenvolvimento de atividades tecnicistas. Para os enfermeiros que participaram da pesquisa, os AIS devem possuir conhecimentos que os tornem capazes de diagnosticar e tratar as enfermidades mais frequentes; ter tão boa capacidade de comunicação com a comunidade quanto com a equipe de saúde, a fim de facilitar o entendimento e aceitação, pela comunidade, das ações de saúde priorizadas pelas equipes. Para os enfermeiros alcançados pela pesquisa, o AIS deve exercer o papel de mediador-facilitador das ações técnicas desenvolvidas pelas equipes do DSEI.

[O AIS] teria que ter conhecimento básico de vários aspectos da saúde da comunidade, não só trabalhando dentro dos programas de saúde, mas também [ser capaz de] identificar uma criança com problemas de infecção respiratória, qual o grau dessa infecção respiratória; identificar uma diarreia, classificar uma diarreia ou uma desidratação; conseguir oferecer tratamento e convencer [o paciente] da necessidade de fazer isso (...). Não ficar inibido diante do questionamento do paciente (...); passar informações exatas sobre a situação de saúde de um paciente ou da comunidade num determinado momento. [Seria desejável] que ele não tivesse muita inibição em se relacionar com o profissional de saúde e com a comunidade (...) Além desse serviço rotineiro de saúde [seria bom se o AIS] conseguisse ser

realmente uma pessoa representativa, uma liderança dentro da comunidade, na área que atua, ou em uma calha de rio, (...) principalmente nos aspectos de saúde (...). Eu acho que o agente de saúde ideal hoje seria esse. (enfermeiro, 33 anos)

E ainda:

[O AIS devem] fazer a visita domiciliar diariamente, detectar se há algum problema de saúde dentro da família que ele está visitando referenciar para o posto, ou fazer o tratamento ele mesmo, dependendo da circunstância. Se a equipe de saúde não estiver no momento, no Pólo-Base ele tem essa capacidade de resolução (...) Ele desempenha atividades de educação e saúde (...) basicamente, higiene pessoal, higiene do ambiente, cuidar do pessoal para evitar contrair alguns tipos de doença; e fazer o que eu acho mais importante, que é o elo entre a população (...). Eles conseguem classificar o quadro de diarreia, conseguem perceber o grau de perigo que oferece a diarreia, que pode levar a desidratação e complicação do caso. Então eles conseguem tratar (...) Dentre outras atividades, por exemplo, os casos de infecção respiratória; nem todos conseguem identificar um caso de infecção respiratória (...) Eu acho que no momento ele consegue perfeitamente aferir uma temperatura, conseguir ver o grau de febre ou não; quando está com febre eles conseguem fazer também. Fazer um tratamento paliativo [também o fazem] em um paciente que está com dor ou indicar um analgésico. No geral eles conseguem fazer isso. (enfermeiro 33 anos).

Como já descrito no capítulo três, que tratou do perfil dos AIS, foi possível perceber a existência de alguns que começaram a atuar profissionalmente antes da implantação do DSEI, ao passo que outro grupo de AIS foi contratado depois de 1999, data de início das ações do DSEI em São Gabriel da Cachoeira. Sendo assim, aproveitamos para saber se os enfermeiros diferenciam as práticas de atuação entre os dois tipos de AIS.

Para os enfermeiros, a diferença existe, mas eles apontam como maior diferença a possibilidade de acompanhamento diário, pelos enfermeiros, dos AIS que atuam nos Pólos-Base cumprindo horário de trabalho. Eles valorizam o trabalho do AIS capaz de realizar procedimentos que envolvem a utilização de recursos tecnológicos nem sempre disponíveis nas comunidades.

. Em sua forma de interpretar a realidade, o AIS que atua na comunidade possui pouca condição de trabalho, aí incluída a impossibilidade de acompanhamento dos demais profissionais em sua rotina diária.

[Os AIS que trabalham no pólo] eles são responsáveis pelo rádio, (...) pela arrumação da farmácia, pelos pacientes que procuram atendimento quando a equipe não está no pólo (...) Já o da comunidade não; ele fica somente ali; só faz as visitas,

verifica P.A., vê alguma gestante, vê alguma criança, e só. O do Pólo-Base não, ele tem todo um trabalho, um horário de chegada, o horário da saída, então é mais diferenciado do que o AIS da comunidade. (enfermeira, 31 anos)

(...) Sem dúvida nenhuma, a diferença é crucial, principalmente porque ele está vivenciando ali com a equipe todo dia; às vezes a equipe lança mão dele para se deslocar pra outros locais, porque assim como a rotina do trabalho exige certa velocidade, a programação de trabalho exige isso, (...). O agente de saúde que está na comunidade sozinho não tem um suporte mais próximo para orientar:

- isso é assim; não é assim; você pode fazer isso e não aquilo. O do Pólo-Base não; ele vivencia isso com a equipe de enfermagem; ele está vivenciando essas coisas constantemente em um intervalo de tempo muito mais curto do que quem está na comunidade. Então assim, técnicas de manipulação de medicamentos, técnicas de abordagem, tudo isso ele tem muito mais desenvoltura do que os outros que estão [sozinhos na comunidade]. Sem dúvida nenhuma a diferença é bem grande. (enfermeiro, 33 anos)

Para outro enfermeiro, a diferença entre os dois tipos de AIS se dá apenas pela valorização que os mais antigos fazem do uso das plantas medicinais, utilizando-as em suas práticas cotidianas. Para os depoentes, os AIS que passaram a atuar depois da implantação do DSEI preocupam-se apenas com a utilização de medicamentos industrializados.

O perfil apontado nos depoimentos mostra que o entrevistado deseja que o AIS seja capaz de realizar trabalho médico e de enfermagem, diagnosticando e tratando doenças, e que também atue como educador-comunicador capaz de convencer a comunidade a aderir àquilo que ele (enfermeiro) considera importante para o desenvolvimento do trabalho da equipe. É notável nessa fala a ausência de qualquer espaço para acolher o ponto de vista do agente, ou da comunidade, sobre o que seria prioritário.

Um outro tópico discutido neste capítulo refere-se aos potenciais conflitos laborativos entre os enfermeiros e os outros profissionais de saúde indígena que atuam no Pólo-Base “P”. Os depoimentos coletados mostraram que boa parte dos conflitos entre o enfermeiro e o técnico de enfermagem gira em torno de questões salariais. No ponto de vista dos técnicos de enfermagem não há diferença nas suas atribuições, no trabalho do Pólo-Base em comparação com o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros. Assim sendo, consideram que os ganhos salariais deveriam ser equivalentes.

No que se referem aos AIS, os enfermeiros apontam como conflitos laborativos o não cumprimento, por parte dos AIS, de algumas atividades consideradas essenciais pelo corpo de enfermagem, como por exemplo, a visita domiciliar.

(..) Às vezes há um pouco [de conflitos] entre técnicos [de enfermagem] e enfermeiros. São conflitos em que eles [técnicos] reivindicam aumentos de salários; eles acham que não é justo o técnico ter o salário menor, porque acham que fazem as mesmas atividades que o enfermeiro, quando estão em área (...) (enfermeira, 25 anos).

(...) Não tem conflito, mas tem as dificuldades com relação a alguns agentes de saúde que não se envolvem em atividades que eram para eles estarem desenvolvendo, como é o caso das visitas domiciliares que eles deixam de fazer. São as dificuldades que a gente tem em relação a eles. (enfermeira, 31 anos)

(...) Há conflito em relação às atividades a serem desenvolvidas (...) É relacionado às responsabilidades (...), por exemplo, a remuneração, a função de cada um e o desempenho das atividades, das responsabilidades de cada um. Por exemplo, o enfermeiro vem com um técnico [de enfermagem], fica num período de trinta a quarenta dias; depois é substituído por dois técnicos [de enfermagem]. No início a gente observava a falta de empenho, de responsabilidade; até porque eram dois profissionais de nível médio, que se sentiam receosos de desenvolver algumas atividades [sobre as quais] não tinham conhecimento. Então acaba acarretando uma sobrecarga, para equipe com os dois técnicos que vinham substituir o enfermeiro (...). Isso acaba desencadeando conflitos nas equipes, mas depende de quem está coordenando, de quem está na liderança. (enfermeiro, 33 anos)

Percebemos nessas falas a necessidade da equipe em avaliar as suas formas de organização no processo de trabalho e, com isso, estabelecer nova estratégia, a fim de que cada sujeito possa desempenhar seu trabalho como membro importante dentro da equipe e assim reduzir os potenciais conflitos aqui apontados.

É parte das atribuições dos técnicos de enfermagem no DSEI Rio Negro:

realizar mapeamento e identificação das famílias em sua área de atuação; devem também acompanhar as famílias através de visitas domiciliares; acompanhar e orientar o trabalho dos AIS; proceder ao registro de dados e informações sobre a ocorrência de morbimortalidade, nascimentos, funcionamento dos programas, etc; executar procedimentos de ações básicas, de vigilância sanitária e epidemiológica, nas áreas de atenção à criança, à mulher, ao adolescente e ao idoso, bem como no controle das doenças infecto-contagiosas (malária, tuberculose, hanseníase e outras); participar do planejamento das ações de saúde; repassar para os outros membros da equipe as atividades realizadas e que faltam ser realizadas para a equipe que irá substituir; deixar o Pólo-Base organizado; realizar as atividades de manutenção do pólo com outros membros da equipe (DSEI, 2006).

Essas atribuições formalizadas pelo DSEI são uma adaptação das normas técnicas estabelecidas pelo MS para o PSF nacional.

Como podemos observar, a norma técnica prevê um conjunto de atividades complexas para o técnico de enfermagem, que vão desde questões mais gerais, ligadas à administração, passando pelo atendimento aos programas de saúde, como também a coordenação do Pólo-Base na ausência do enfermeiro e atendimento à demanda espontânea.

Tais atividades são descritas no depoimento abaixo, sugerindo como as atividades dos técnicos são as mesmas dos enfermeiros.

(...) A gente faz de tudo em área; é como se a gente fosse polivalente (...) Você cuida desde a questão de barqueiro; controla a questão da saída deles, o dia a dia né? Até porque na nossa equipe só tem técnico [de enfermagem], não trabalha com enfermeiro (...); nós temos que saber fazer tudo. Lá você faz parto, faz sutura, faz atendimento de enfermagem, prescreve medicamento; são coisas que técnico não deveria fazer, mas faz. A gente faz de um tudo: assistência de pré-natal, acompanhamento de crianças, palestras, enfim... Remove paciente em caso de emergência, acidente antiofídico, acidente traumático. Sabe, a gente faz de tudo; a única coisa que não fazemos é entubar paciente em área, porque não tem como fazer. (técnico de enfermagem, masculino, 32 anos,).

Dentre as atividades observadas no trabalho de campo, tivemos oportunidade de fazer a etnografia das ações de imunização e de atendimento à demanda espontânea; transcrevemos, no trecho abaixo, observações referentes ao desenvolvimento dessas atividades:

(...) Começa a atividade de vacinação. Primeiro, os técnicos dividem entre si as tarefas; um deles fica com o registro das vacinas aplicadas e o outro, na administração das mesmas. Na seqüência, as pessoas são chamadas pelo nome, mas não é possível administrar as vacinas necessárias, porque os técnicos não haviam levado todas as vacinas necessárias para que as crianças completassem seu esquema vacinal.

Concluído o trabalho de vacinação, um dos técnicos pergunta se “tem alguém doente”. Surge um senhor com queixas de cefaléia, dor no corpo e escabiose. O técnico pergunta do paciente: sente dor? Tem febre ou diarreia? O paciente responde que sente apenas dores no corpo. O técnico de enfermagem prescreve 8 comprimidos de Paracetamol de 500mg. Após o atendimento deste paciente, o técnico entrega para o agente de saúde um Kit de medicamentos básicos, contendo Paracetamol, soro de reidratação oral, gazes, esparadrapo, iodo, AAS de 500mg e de 100mg e Sulfametoxazol + Trimetropim. (trecho do diário de campo).

Ao longo do período de pesquisa, não observamos a realização de exame físico dos pacientes, ou seja, a conduta diagnóstica dos profissionais limitou-se, no período observado, à interrogação sobre os sintomas dos pacientes e à distribuição de medicamentos aos doentes.

Os técnicos de enfermagem têm clareza que desenvolvem atividades que não são compatíveis com sua formação profissional, mas as justificam como necessárias, devido à

ausência de outros profissionais na equipe que tenham sido capacitados para executá-las. Além das atividades registradas acima, os depoimentos também apontam diversas atividades que extrapolam a competência dos técnicos de enfermagem, tais como efetuar consulta médica e de enfermagem, prescrever medicamentos, inclusive injetáveis. O relato abaixo ilustra tal situação:

Na última vez que foi realizada vacina, a coordenadora municipal do Programa Nacional de Imunização – PNI pediu para que a vacina fosse feita com a presença do enfermeiro. Antes não; era a gente [técnico de enfermagem] que planejava as viagens, [fazia o] levantamento da necessidade das vacinas e vacinava. Do jeito que é aqui não tem como cada um, fazer sua parte, porque às vezes o enfermeiro viaja com um técnico; mas outras vezes os dois técnicos viajam sozinhos. Então a gente pode copiar o que o enfermeiro faz e também o médico. No caso de um acidente ofídico, temos que ver o medicamento que estamos fazendo, porque pode dar um choque anafilático; então temos que agir. (técnica de enfermagem, masculino, 35 anos).

Quando indagado sobre a diferença entre o trabalho do enfermeiro e do técnico de enfermagem, o entrevistado foi enfático em afirmar que, em área indígena, não existe diferença no trabalho desses profissionais.

(...) é porque na área indígena não tem diferença. A mesma coisa que o enfermeiro faz o técnico também faz. Por exemplo, aqui na sede (refere-se à sede municipal) a gente não pode administrar remédio, só perante a prescrição médica e acompanhada do enfermeiro. Lá não [refere-se à área indígena] a gente administra sem receita, faz sutura. [Faz] o que aqui na sede não é permitido fazer. Em área a gente faz tudo; trata de acidente ofídico mesmo na ausência do enfermeiro ou do médico. (técnico de enfermagem, 33 anos).

Um trecho do registro do caderno de campo ilustra essa fala do técnico:

(...) aproxima-se um senhor do posto de saúde; um dos técnicos que estava sentado, corrigindo o censo vacinal automaticamente pergunta: o que o senhor quer? O senhor responde: quero remédio para gripe. O técnico se dirige à prateleira, pega um vidro de expectorante e o oferta para o senhor. Em seguida, o paciente se retira e os técnicos continuam a atualização do censo.

As falas e observações confluem para reafirmar uma situação em que os técnicos de enfermagem, e mesmo os enfermeiros, são levados a desenvolver tarefas para as quais não estão habilitados. É um problema cuja origem está ligada à carência de profissionais no DSEI; porém essa situação é tratada como se o exercício profissional na área indígena fosse diferente

do exercício profissional na sede municipal, sendo permitido fazer, no Pólo-Base aquilo que é interdito aos técnicos de enfermagem em outros contextos institucionais. O que é distorção passa a ser naturalizado como regra para a área indígena.

A observação de campo também permitiu observar que os técnicos de enfermagem lotados nos Pólos-Base empenham esforços para realizar atividades de atendimento da demanda espontânea, tais como a consulta de enfermagem e/ou médica, primeiro atendimento de urgência e emergência e ações curativas de atenção programáticas que visam ao controle de doenças. De modo geral, essas ações são feitas em detrimento das atividades de prevenção e promoção da saúde. Dado o regime de trabalho esses profissionais frequentemente trabalham sem coordenação direta do enfermeiro, o que lhe confere certo grau de autonomia, e também favorece que assumam responsabilidades além dos limites de suas atribuições profissionais.

A observação de campo mostrou que não há diferença significativa entre as atividades do enfermeiro e do técnico de enfermagem, particularmente no que se refere à administração do Pólo-Base e aos procedimentos de enfermagem junto aos pacientes cadastrados no Pólo-Base. Assim sendo, a reivindicação de equiparação salarial pelos técnicos de enfermagem não parece tão descabida.

De acordo com o observado, as atividades de saúde desenvolvidas no território distrital pelos profissionais de enfermagem estão baseadas nas ações programáticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Cabe questionar se tais práticas são congruentes com as necessidades de saúde da população indígena.

A situação que encontramos no DSEI Rio Negro é bem distinta daquela encontrada no estudo realizado por Shimizu *et al. Técnico de enfermagem* (2004), no PSF do Distrito Federal. Naquela realidade, os autores mostram que os técnicos de enfermagem têm um papel bem restrito na equipe de saúde, limitando-se aos procedimentos próprios de sua categoria,

tais como a realização de curativos, aplicação de injeção, verificação de pressão arterial, coleta de glicemia etc., seja na unidade de saúde ou nos domicílios de pacientes idosos ou portadores de doenças crônicas. Ou seja, a falta de autonomia criticada pelos autores é uma situação inversa àquela encontrada no DSEI Rio Negro.

Segundo Pires; Gelbcke e Matos (2004), o processo de trabalho da enfermagem nas instituições públicas ou privadas é carregado de normas, rotinas e de tarefas fragmentadas, o que lhes tira a oportunidade de participar de forma efetiva nos processos de coordenação e de gestão da unidade de saúde. Tal achado é semelhante ao que encontramos em nosso estudo, no qual observamos uma repetição mecânica das atividades pré-estabelecidas no plano distrital, de cuja elaboração não participaram, e cujas rotinas não questionam a viabilidade de serem desenvolvidas em contexto de diferença cultural como ocorre no DSEI Rio Negro.

No âmbito das relações dos técnicos de enfermagem com os agentes de saúde, foi possível perceber que os técnicos reconhecem o AIS como membro da equipe, porém a única atividade que legitimam para o trabalho do AIS é a atuação de facilitador do trabalho da equipe junto às comunidades atendidas pela equipe do Pólo-Base.

(...) o agente de saúde faz parte da equipe. (...) Quando chegamos às comunidades (...) a primeira pessoa que você procura é o agente de saúde (...) É ele quem faz tudo; ele articula com as pessoas da comunidade, marca o atendimento; ele que vê que prioriza [quem vai ser atendido], faz a tradução [da língua indígena para o português]... (técnico de enfermagem, masculino, 33 anos).

(...) em área ele [o agente de saúde] faz as visitas e, durante as visitas ele detecta quem está doente e repassa para equipe de saúde os problemas da comunidade. Então ele serve como elo de comunicação, entre a comunidade e o Pólo-Base (...). Ele é a pessoa que organiza as coisas para gente na comunidade, tipo reunião com as lideranças; é uma pessoa que está sempre ligada a nós. Além das reuniões, ele detecta quem está precisando de assistência (...). O agente de saúde tem um papel muito importante. (técnico de enfermagem, masculino, 32 anos).

Os discursos dos profissionais são pródigos em reconhecer a importância do trabalho do AIS, ainda que as falas mostrem um AIS totalmente atrelado às prioridades da equipe e sem um papel reconhecido de defesa dos interesses da comunidade. Lógica similar foi encontrada em estudo realizado por Langdon *et al* (2006) no DSEI interior Sul. Ali os

profissionais não-indígenas enfatizam que o AIS é “membro de uma equipe hierarquizada em conhecimentos e funções”. Acrescentam, ainda, que os agentes de saúde têm a responsabilidade de servir como

elo de comunicação e educação entre as famílias e os demais membros da equipe. Assim, ele deve anotar e comunicar necessidades de consultas e risco à saúde, acompanhar a administração dos medicamentos, transmitir informações sobre consultas e programas de saúde e acompanhamento aos doentes necessitando dos serviços do SUS (2006, p. 1551).

Quando interrogados sobre a diferença entre as atividades desenvolvidas pelos AIS que já atuavam antes da implantação do DSEI Rio Negro e os que passaram atuar depois dela, os técnicos de enfermagem identificaram diferenças ligadas à maior, ou menor, capacidade de uso de medicamentos, à limitação da capacidade em efetuar intervenções sanitárias na ausência da equipe de profissionais não-indígenas e ao processo de formação propriamente dito.

(...) Tenho visto alguma coisa ao longo dos anos. Normalmente os agentes sentem a diferença, porque antes [da implantação do DSEI], os agentes eram que nem a gente [técnico de enfermagem] fazia tudo. Mas quando a equipe do distrito entrou, eles ficaram se sentindo retraídos, incapazes (...). Vou explicar melhor... Na época, [pré-distrital] os agentes de saúde já faziam tudo, antibiótico, injeção... Depois que entrou esse programa eles começaram a voltar, a começar tudo de novo. Às vezes eles até reclamam desses cursos que tem para agentes de saúde (...). Eles dizem: - *A gente já dava Amoxicilina, Benzetacil e agora ninguém pode mais fazer nada!* (...). [Eles sentiram que retraíram um pouco, porque a equipe estava lá]. Eles começaram a fazer outro tipo de curso por módulos e, cada módulo vai subindo o patamar e aí [os mais antigos] praticamente reiniciaram uma coisa que eles já sabiam. Tiveram que reiniciar mesmo, porque tem uma programação, tem o negócio do certificado, que exige que eles façam realmente [todos os módulos da formação]. Então tiraram um pouco aquela autonomia que eles tinham; porque antes eram sozinhos, eles estavam lá na ponta e precisavam fazer tudo. Agora com a equipe tirou um pouco dessa responsabilidade, no sentido do medicamento. (técnico de enfermagem, masculino, 32 anos).

(...) você percebe o conhecimento e a experiência que eles têm [fala dos AIS que já atuavam antes da implantação do DSEI]. Vários cursos que eles já fizeram, né? Essa é a diferença desses agentes de saúde, para os novos, que às vezes ficam perdidos; não sabem das coisas. Às vezes a própria equipe quer botar todo mundo igual, mas depois vai perceber que aquele [mais antigo], está na segunda etapa [dos cursos], ou que outro está iniciando. Você acaba tendo que entender essa parte deles. Por exemplo, o antigo, passa umas informações mais completas sobre o paciente. Se você pegar um agente de saúde experiente, ele diz: [o paciente] está com isso, está com aquilo [ou seja, descreve os sinais e sintomas]. Se você pegar um novo, ele diz: “Ah! Tá gripado”. Você sabe essa diferença que tem, tanto pela experiência que eles já têm quanto pelo conhecimento, pelos cursos que eles já fizeram (técnico de enfermagem, masculino, 33 anos).

Os dois depoimentos são ricos em demonstrar as diferenças de atuação entre os dois tipos de AIS que atuam no DSEI. Eles evidenciam um saber empírico, aprendido no dia-a-dia pelos técnicos de enfermagem que lidam com os AIS cotidianamente, e que não encontra inserção no mundo burocrático das normas, rotinas e da supervisão dos AIS no DSEI. Nesse âmbito, a tendência é, como diz um dos entrevistados, igualar a todos, ainda que a vivência prática ressalte as diferenças entre os AIS de atuação mais antiga e os de inserção mais recente no trabalho distrital.

Ao buscarmos apreender conflitos estruturados em torno do processo de trabalho de técnicos de enfermagem e os outros profissionais da equipe multidisciplinar de saúde indígena, identificamos a existência de conflitos ligados à falta de cumprimento de tarefas como a visita domiciliar, que deveria ser realizada pelos AIS.

(...) Existe conflito. Por exemplo, entre técnicos e técnicos; entre técnicos e enfermeiros; entre técnicos e agentes de saúde, ou enfermeiros e agentes de saúde. Às vezes tem aquelas brigas, aqueles conflitos, que acabam chegando à coordenação (...). Assim tipo: - *Ah! Nós fomos lá no agente de saúde; pedimos para ele dar o medicamento e ele não deu* (...). Já o agente de saúde falou que o técnico não falou nada para ele; que está mentindo. [É] esse tipo de coisa; um joga a culpa para o outro e ninguém nunca sabe quem é que está com a razão (...) (técnico de enfermagem, masculino, 32 anos.).

4.1.2 O Agente Indígena de Saúde

Um olhar mais detalhado sobre as atribuições do agente indígena de saúde será feito nessa seção, buscando retratar as características de suas práticas sanitárias no contexto do DSEI Rio Negro. Para tal fim, vamos descrever, inicialmente, as atribuições dos AIS, contidas no documento, elaborado pelos profissionais do DSEI Rio Negro, que orienta suas atividades; na seqüência, vamos analisar a congruência entre esse documento e as normas técnicas contidas nos documentos oficiais que regulamentam as atribuições profissionais no Subsistema de Saúde Indígena e, por fim, cruzar o discurso enunciado sobre o trabalho dos AIS e o que encontramos no seu trabalho diário, tomando como base a observação coletada no trabalho de campo.

Na busca de normatizar as atribuições dos AIS, a coordenação técnica do DSEI Rio Negro fez uma adaptação da Portaria n. 1.886/97, do Ministério da Saúde, que estabelece as atribuições do agente comunitário de saúde, e das *Normas e Rotinas para Organização da Rede de Atenção à Saúde Indígena* (FUNASA, 2000), que regulamenta as atribuições da equipe multidisciplinar de saúde indígena no âmbito dos DSEI, incluindo-se aí o AIS.

De acordo com os entrevistados, as atribuições propostas a orientar o trabalho do AIS no DSEI Rio Negro foram discutidas em uma assembléia ordinária da Associação dos Agentes Indígenas de Saúde do Rio Negro (AAISARN), sendo aprovadas por unanimidade. O produto dessas iniciativas foi sistematizado em um documento intitulado *Orientações para o Desenvolvimento do Trabalho do Agente Indígena de Saúde – 2006*.

As atividades do AIS que constam no supracitado documento obedecem a dois grandes eixos, classificados como *atividades políticas e atividades técnicas*, que devem representar os eixos estruturantes de sua prática.

De acordo com o documento em pauta, as chamadas *atividades políticas* compreendem:

- a) Participar de fóruns de discussões como reuniões, assembléias, seminários, etc., relacionadas aos interesses da categoria e ao movimento indígena; incentivar a preservação da cultura e do meio ambiente;
- b) Valorizar, respeitar e, quando possível, aprender e utilizar os conhecimentos da medicina tradicional para prevenção e tratamento de doenças;
- c) Conhecer política de saúde indígena, bem como o Sistema Único de Saúde – SUS no âmbito Federal, Estadual e Municipal;
- d) Estimular as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e segurança alimentar, adequadas à realidade do Alto Rio Negro.

A análise desse conjunto de atividades aponta para uma contribuição, a ser feita pelo AIS, para o processo de transformação social da realidade rionegrina e para a construção de uma política de saúde adaptada às necessidades da população indígena. Cabe ressaltar, porém, que atribuições políticas similares não foram observadas na descrição de tarefas e atribuições dos demais membros da equipe de saúde indígena. Nessas circunstâncias, vale o alerta de Tomaz (2002), para quem as dimensões sociais e políticas das práticas sanitárias não podem

ser atribuídas apenas ao agente de saúde mas devem ser responsabilidade de todos os outros profissionais de saúde a quem cabe exercê-las com qualidade.

As chamadas atividades técnicas dos AIS estão assim descritas no supracitado documento:

- a) Realizar mapeamento de sua área de atuação; saber quantas famílias, quantas comunidades e casas devem acompanhar.
- b) Fazer acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade e atualizar os dados cadastrais semestralmente;
- c) Identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco: busca e acompanhamento de sintomáticos respiratórios, crianças (IRA – Infecção Respiratória Aguda, DDA – Doenças Diarréicas Agudas, Desnutrição), grávidas, hipertensos e usuários de medicações contínuas;
- d) Entender o esquema de vacinação, identificar as necessidades de pessoas a serem vacinadas, informar essas necessidades aos outros membros da equipe multidisciplinar e sensibilizar os membros da comunidade para participar da vacinação;
- e) Acompanhar diariamente os pacientes que estão em tratamento;
- f) Procurar saber diariamente sobre os problemas de saúde de cada família (refeições comunitárias ou visitas domiciliares);
- g) Guardar os medicamentos em lugar limpo, longe de sol, da chuva, de crianças e animais;
- h) Promover educação em saúde e mobilização comunitária, visando uma melhor qualidade de vida, enfatizando melhorias do meio ambiente (lixo ou outros resíduos sólidos);
- i) Acompanhar e participar das atividades dos conselhos locais de saúde, contribuindo com a programação e planejamento local das ações do DSEI;
- j) Manter a comunidade informada sobre a rotina das atividades do sistema (referência e contra referência, da equipe multidisciplinar, calendário de viagens, cronograma de atividades);
- k) Informar os demais membros da equipe de saúde acerca dos costumes e tradições das comunidades, orientando os outros membros da equipe multidisciplinar sobre as formas de relacionamento respeitoso;
- l) Informar à comunidade, ao capitão e, sempre que possível, os outros membros da equipe multidisciplinar, quando precisar sair da comunidade por qualquer motivo, evitando passar muitos dias ausente;
- m) Realizar aplicação tópica de Flúor;
- n) Participar da escovação e uso de fio dental supervisionados.

Além das atividades descritas acima, o documento determina também que os AIS lotados no Pólo-Base tenham outras responsabilidades, tais como: “frequentar diariamente o pólo, acompanhando as atividades de rotina; manter a radiofonia ligada e anotar os recados, repassando essas informações para os destinatários, quando os outros membros da equipe multidisciplinar estiverem ausentes do Pólo-Base, ajudar na limpeza e organização do pólo” e responsabiliza-se integralmente pelas tarefas rotineiras nessa unidade de saúde.

O perfil de atuação contido nessa norma técnica do DSEI Rio Negro mostra um amplo conjunto de atribuições que contemplam a promoção da saúde, prevenção de agravos e o acompanhamento a indivíduos, famílias e grupos, por meio de visitas domiciliares e mobilização social; os AIS devem também desenvolver atividades administrativas, como o monitoramento pelo rádio, a limpeza e organização do Pólo-Base.

Esse conjunto de atividades dos AIS é similar ao encontrado no estudo realizado por Langdon *et al* (2006) nas terras indígenas Xapecó e Laklãnõ, no DSEI Interior Sul. Os autores concluíram que as atividades delegadas a esses profissionais são amplas e as agruparam em quatro modalidades.

a) Visitas domiciliares; b) educação e orientação sobre o cuidado de saúde e informações sobre o sistema de saúde e seu funcionamento, incluindo os programas especiais de saúde; c) preenchimento dos vários formulários, tais como a ficha de visitas com assinatura de membro da família, os relatórios mensais de suas atividades e outros solicitados pela equipe; e d) participação nas atividades de controle social. (2006, p. 1551).

A comparação do conjunto de atividades estabelecidas para os AIS nos documentos do subsistema de saúde indígena com as competências profissionais contidas no referencial curricular para curso de agente comunitário de saúde no SUS (BRASIL/MEC/MS, 2004) mostra equivalência entre ambas as diretrizes.

Cabe então, analisar se (e de que forma) tais diretrizes são colocadas em prática pelos AIS no dia-a-dia do trabalho no DSEI, na presença e na ausência dos outros membros da equipe multidisciplinar de saúde indígena.

Quando indagamos os AIS sobre suas atribuições no DSEI, observamos que suas falas enfatizam as atividades de cadastro familiar, acompanhamento a indivíduos doentes, encaminhamento de pacientes para os profissionais não-indígenas e atuação como intérprete dos pacientes que têm dificuldades com o idioma português e que buscam atendimento para suas doenças.

(...) Temos várias atividades: o registro do cadastro das famílias, porque temos que atualizar o cadastro anualmente; é preciso identificar tudo naquele cadastro: o nome da pessoa data de nascimento, sexo, o nome das famílias, o nome da comunidade, se

ele nasceu aqui mesmo, se nasceu em outra comunidade (...). O agente de saúde tem que identificar os problemas de saúde das pessoas da comunidade e encaminhar as pessoas doentes para o Pólo-Base (...) Também tem [que fazer] orientação e acompanhamento do tratamento dos pacientes, das pessoas que tomam remédio todo mês. (...) Então, é esse o trabalho do agente de saúde na comunidade. (AIS, masculino, 29 anos).

(...) Geralmente eu trabalho, de manhã de 7h 00 até 11h 30. [À tarde] começa novamente das 14h 00 até 17h 30. Se tiver paciente tem que dar remédio na hora certa. Às vezes tem caso de emergência que a gente atende (...) Tem muito tipo de trabalho aqui; ajudo na vacinação, viajo com a equipe para atender em outro sítio; ajudo também, traduzindo, para o enfermeiro, o que paciente sente. Esse é o trabalho. (AIS, masculino, 32 anos,).

O depoimento restringe o amplo leque de atribuições previstas na norma técnica a um limitado conjunto de procedimentos que priorizam o cuidado básico a indivíduos doentes. Durante o trabalho de campo, foi possível observar que, do conjunto de atividades atribuídas aos AIS, no cotidiano deles, as atividades mais recorrentes se resumem ao atendimento espontâneo aos pacientes que buscam ajuda para o alívio de enfermidades; a tradução das queixas dos pacientes com dificuldades para se expressar em português durante o atendimento feito por profissionais não-indígenas; o atendimento às demandas dos outros membros da equipe, para desenvolver atividades de apoio logístico. Dentre estas, as mais comuns observadas foram ligar e desligar o gerador de luz; carregar combustível para o bote, no caso de viagens de atendimento; limpar a unidade de saúde; carregar caixas de medicamentos e arrumá-los nas prateleiras; e outros serviços braçais em geral.

Em suma, durante o período de coleta de dados, o conjunto de atividades técnicas e políticas previstas para o AIS, restringiu-se a ações de tradução, administração de medicamentos e de serviços gerais de apoio logístico à equipe.

No caso específico de um dos Pólos-Base etnografados, percebemos que, durante o período de permanência dos profissionais não-indígenas o AIS que ali atuava tendia a não permanecer no pólo, comparecendo duas vezes ao dia para saber “*se havia alguma coisa para fazer*”. Tal como os outros AIS, cujo trabalho observamos, este em particular, em que pese sua grande experiência e anos de atuação como AIS, na presença dos outros membros da

EMSI, limitava-se a traduzir queixas dos pacientes atendidos, ou a “*fazer mandados*” como, por exemplo, atender a radiofonia e abastecer o grupo gerador com combustível, e preencher formulários. Ressalte-se que, na ausência dos membros da EMSI no Pólo-Base, esse AIS fica responsável por todas as ações de saúde ali desenvolvidas, enquanto durar o período de afastamento dos profissionais de nível médio e superior.

Interrogado sobre sua ausência recorrente do local de trabalho, o AIS informou que “faz muito trabalho pesado” quando a equipe está no pólo.

Para outro AIS entrevistado, que não atua em comunidade com Pólo-Base em presença dos outros membros da EMSI na comunidade, seu trabalho limita-se a comunicar os moradores sobre a visita dos profissionais. Segundo ele, o que faz é “avisar ao pessoal para não ir à roça, nem à pescaria, para eles ficarem aguardando a equipe de saúde”.

Para outro entrevistado, sua atividade vai depender do número de profissionais que integrem a equipe em cada viagem. Por exemplo, quando chega apenas um membro não-indígena da equipe o AIS tende a substituir o faltoso, efetuando a aferição de pressão arterial e administrando os medicamentos.

(...) O agente de saúde ajuda eles [os outros membros da equipe] no trabalho, porque às vezes, a equipe de saúde chega só com uma pessoa, então o agente de saúde tem que ajudar a medir pressão e a pesar as pessoas, enquanto ele [o profissional não-indígena] fica só anotando os dados no papel. (...) ajudo dando medicamento para as pessoas que estão doentes (...) (AIS, masculino, 33 anos)

A representação que o AIS produz sobre as atividades dos demais membros da equipe, liga-nas à demanda espontânea, à realização de visita domiciliar, entrega de medicamentos para o AIS, encaminhamento de pacientes, e desenvolver algumas ações programáticas.

(...) O trabalho das equipes é, visitar as comunidade, fazer visitas nas comunidades, [indo] de casa em casa para atender às pessoas que estão doentes e dar medicamento para elas e [também] entregar o kit de medicamento, para o agente utilizar aqui na comunidade com as pessoas. (AIS, masculino, 28 anos,).

(...) Olha a equipe do enfermeiro não fica o tempo todo em área. Quem fica mais é o técnico, mas tem vezes que o enfermeiro fica um mês na área. Então os casos de doenças que o agente de saúde não consegue resolver, ele encaminha para o técnico de enfermagem encaminhar [o paciente] para São Gabriel (...). Quando está na comunidade o enfermeiro faz a avaliação das pessoas doentes para fazer tratamento.

Aí o enfermeiro passa alguns medicamentos para o paciente; se ele consegue resolver o problema na comunidade ele resolve; se ele não conseguir tem que encaminhar para São Gabriel da Cachoeira para fazer tratamento. (...) Às vezes quando tem médico na comunidade, também é a mesma coisa. (AIS, masculino, 29 anos).

(...) Geralmente eles [outros membros da EMSI] têm atividades como acompanhar o crescimento da criança, vacinar, [fazer] atendimento aos doentes (...) e encaminhar paciente a cidade (AIS, masculino, 33 anos).

As principais diferenças apontadas pelos AIS entre o seu trabalho e o dos demais membros da equipe são a baixa frequência dos profissionais não-indígenas nas aldeias (em contraponto à permanente presença dos AIS que ali vivem), da baixa escolaridade dos AIS e a falta de material para o desenvolvimento de atividades que consideram essenciais.

(...) É muito diferente, tanto do enfermeiro, como do técnico, porque meu trabalho é fazer visita nas comunidades diariamente (...). Agora a equipe só faz [visitas] quando chega à comunidade; às vezes eles fazem duas visitas por mês (...). Nós AIS temos que fazer todo dia; passar, ver se tem alguém doente. (AIS, masculino, 28 anos).

(...) Tudo é igual. O papel do agente de saúde é visitar o paciente e dar remédio; se não melhorar, ele encaminha pro Pólo-Base. (AIS, masculino, 34 anos).

(...) sim, sim, tem diferença entre o técnico de enfermagem e o agente de saúde; é sobre a escolaridade, né? Mas no conhecimento prático que eu tenho, já fica tudo igual (...); a escolaridade, é que está faltando. Um técnico tem segundo grau (...) falta só à escolaridade do agente de saúde para ficar tudo igual. (AIS, masculino, 32 anos).

(...) Olha tem muita diferença. Vou falar um pouquinho. Agora tem que ter escolaridade, pelo menos 8ª série e documentação completa. Antes não era assim; bastava ter a 1ª série ou a 2ª série [ensino fundamental] e documento incompleto e já poderia ser agente de saúde. Então essa seria uma das diferenças que eu estou vendo (...) Também tem várias questões de trabalho (...) Tu tens que identificar vários tipos de doença novas e tens que obedecer a vários tipos de regra, né? Tem que acompanhar pacientes... Eu acho que antes, eles [AIS] não eram obrigados de fazer [isso]. Também tem que usar essa regra de horário de trabalho e fazer visita domiciliar todo dia (AIS, masculino, 29 anos).

(...) Acho que tem. A diferença para mim (...) porque agente de saúde não tem quase material completo para trabalhar como os enfermeiros (...) na vista... [Falta] principalmente luva, esparadrapo e gaze; não tenho atadura, nem um pouquinho de álcool (AIS, masculino, 36 anos).

Notamos que, segundo o ponto de vista do AIS, a visita domiciliar, feita pelos outros membros da equipe, destina-se apenas a procurar pessoas doentes e há certo tom de queixa e insatisfação referente à cobrança que lhes é feita de cumprir um horário de trabalho e de

realizar visitas diárias; ou seja, eles identificam que a chegada dos profissionais não-indígenas estabeleceu um controle de seu trabalho que não era tão rigoroso anteriormente.

Já os tipos de trabalho são vistos como análogos; entre eles a única diferença percebida pelo AIS é a falta de escolaridade que o penaliza, apesar de sua experiência e muitos anos de trabalho. De modo congruente com esse entendimento, um dos depoentes reclama da falta de material de curativo, ou seja, não há referência espontânea a atividades preventivas ou de promoção à saúde nas rotinas de trabalho da EMSI.

Durante o acompanhamento *in locu* do trabalho de um AIS que começou a atuar em 1993, ou seja, antes da implantação do DSEI, foi possível verificar a pouca condição de trabalho ofertada a esse profissional. Transcrevemos as observações de campo no parágrafo abaixo:

O local de trabalho do AIS era um pequeno espaço em sua casa. Ao adentrar a residência, encontramos uma mesa de madeira com mais ou menos 1 metro de altura, feita pelo AIS. Sobre ela havia duas caixas de papelão, contendo alguns medicamentos (03 frascos de Paracetamol gotas, 10 comprimidos de Dipirona, 5 pacotes de soro oral, 01 bisnaga de Neomicina pomada, 02 frascos de Amoxicilina suspensão, 01 frasco de violeta de genciana) e material de curativo (gaze, esparadrapo, soro fisiológico e luvas de procedimentos).

Não encontramos outros equipamentos de trabalho, como, por exemplo, termômetro, balança, fita métrica, etc., nem meios de trabalho educativo (folder, cartazes, álbuns seriados, etc.), que possibilitassem ao AIS desenvolver atividades de promoção e prevenção à saúde. (trecho do diário de campo).

Para os AIS entrevistados, a principal diferença entre o trabalho dos que já atuavam antes da implantação do DSEI e os que foram contratados depois, está no maior conhecimento, pelos primeiros, do manejo de medicamentos, principalmente dos injetáveis, como se pode observar na fala abaixo.

(...) Tem muita diferença, [entre o trabalho dos AIS novos e antigos] porque esses que estão entrando agora (...) não estão bem por dentro de dar medicamento como nós [que usamos] Paracetamol, Dipirona e soro (...). Eles têm um pouco de dificuldade porque são novos. Agora nós, antigos, já sabemos mais ou menos dar a quantidade de medicamento [a ser] administrada para uma pessoa doente (...). Lá em baixo [no Rio Içana] tem um AIS novato que tem rádio (...); quando acontece alguma coisa simples mesmo, como gripe, ele sempre pede orientação comigo para dar Dipirona ou Paracetamol. Então [são] essas coisas que eu vejo que são muito diferentes. (AIS, masculino, 28 anos)

No trabalho de campo, encontramos dois tipos de atuação entre os AIS, como descreveremos a seguir: o tipo **A**, é aquele que está lotado nos Pólos-base. Este, quando é mais antigo e experiente no trabalho, é capaz de desenvolver quase as mesmas atividades feitas pelos técnicos de enfermagem e de desempenhar parte do trabalho dos enfermeiros. Ele tem habilidade para aplicação de medicamentos injetáveis, verificação de pressão arterial, sutura, aplicação de soro endovenoso e prescrição de medicamentos básicos. Se tiver maior escolaridade e experiência, também consegue assumir a parte administrativa das rotinas de funcionamento do Pólo-Base, desenvolvendo uma carga de trabalho superior ou igual à dos demais membros da equipe. Isso, porém, só costuma ocorrer quando os profissionais não-indígenas não estão no Pólo-Base.

O AIS tipo **B** é aquele que vive em comunidade sem Pólo-Base e que conta com poucas condições de trabalho. Em geral, este não está autorizado a utilizar medicamentos injetáveis, conta com poucas condições de trabalho e não tem um acompanhamento sistemático dos outros membros mais escolarizados da equipe de saúde.

Os AIS também identificam mudanças positivas em seu trabalho, ocorridas após a implantação do DSEI, tais como a facilidade de remoção de pacientes, a melhoria na infraestrutura (implantação dos pólos-base e aquisição de medicamentos e equipamentos como radiofonia) e o suporte representado pela presença de outros profissionais não-indígenas de saúde na área. Não percebem, porém, mudanças na forma como são prestados os cuidados de saúde.

(...) Então depois que o DSEI fundou aqui (...) o melhoramento é só, às vezes, quando tem uma pessoa grave; [nesse caso] a gente encaminha para o Pólo-Base; do Pólo-Base se o paciente piorar eles encaminham para São Gabriel. Essa é uma vantagem grande que eu sinto agora no meu trabalho. Se não tivesse isso acho que a gente estaria numa correria, sem saber a onde levaria nosso paciente. Agora já conheço a equipe, tenho rádio (...) e às vezes me comunico com eles para pegar os pacientes; ou nós mesmos levamos para o Pólo-Base. (AIS, masculino, 28 anos).

As diferenças percebidas entre o trabalho dos AIS lotados no pólo e os que se encontram nos postos de saúde, em suas comunidades, são bastante evidentes para os entrevistados. De acordo com os AIS, os que atuam no pólo sofrem uma grande demanda de serviço, principalmente na ausência dos outros membros da equipe, quando os AIS passam a assumir total responsabilidade pelas atividades na unidade de saúde. Já aos AIS lotados em comunidades sem Pólo-Base cabem apenas suas atividades rotineiras, que sofrem poucas mudanças quando os membros não-indígenas da EMSI estão em área indígena.

Os depoimentos reforçam as idéias de sobrecarga de trabalho dos AIS que atuam no Pólo-Base:

(...) Isso é muito diferente (...) Quando tu estás aqui [no Pólo-Base], mesmo tendo equipe, tu tens que ficar no rádio de manhã e tarde, e, ao mesmo tempo tem que fazer visita domiciliar, ir à casa do paciente, tem que administrar medicação por horário (...) Quando a equipe não está aqui [no Pólo-Base] tu tens que pegar paciente em outra comunidade e trazer para o Pólo-Base (...), fazer exame físico, avaliar o paciente [para ver] se é possível fazer tratamento no Pólo-Base. Se o caso for muito grave tem que fazer encaminhamento [para sede do DSEI], tem que aplicar medicações injetáveis nos pacientes (...). Já o trabalho deles [dos AIS das comunidades sem Pólo-Base] é um pouco mais tranqüilo, porque lá não tem Pólo-Base; então eles só fazem visitas. Se tiver paciente lá, eles dão medicação. Então nos casos graves, eles chamam a equipe e a equipe mesmo vai lá (...), por isso é diferente (AIS, masculino, 29 anos).

(...) quando a equipe não está presente aqui [no Pólo-Base] o agente de saúde mesmo, desliga o gerador e carrega o combustível; às vezes troca óleo do motor [de popa], guia o bote e limpa o posto de saúde. Eu sinto que isso não é o trabalho do agente de saúde (...). Ele também vai buscar pacientes em outras comunidades e leva para São Gabriel (...). Às vezes me esqueço de dar medicamento de outros pacientes com tanta coisa ao mesmo tempo (...). Penso que tem que ter um prático de barco na comunidade [para] quando o agente de saúde estiver só, pois quando se apresentar algum caso grave o agente de saúde já sabe que esse é o trabalho dele [do prático]. Quando a equipe de saúde está [no Pólo-Base] tem um prático para fazer este serviço, mas quando o agente de saúde está sozinho (...) tem que se virar. Eu sinto isso aí pesado para o agente (AIS, masculino, 32 anos).

Quando indagados sobre os conflitos existentes entre os profissionais, os AIS apontaram problemas ligados às mudanças de atitude dos profissionais não-indígenas quando estão na comunidade e quando estão na sede do município de São Gabriel da Cachoeira.

(...) Quando eles [membros não-indígenas da equipe] chegam aqui [na área indígena] eles são bons; mas quando estão em São Gabriel, nem sempre se dão bem com a gente (...). Já levei paciente lá [para São Gabriel] vi que é um pouco diferente (...). Aqui na comunidade a gente trata eles de um jeito bom, mas eles não são como a gente (...); sempre queremos uma ajuda lá [em São Gabriel], eles não ajudam à gente. Quando procuramos eles, dizem que temos que ir lá com o chefe [o gerente técnico do DSEI]; não acompanham a gente; mandam ir diretamente lá resolver algum problema. (AIS, masculino, 28 anos).

(...) Eu vou dizer. Uma vez ela [uma técnica de enfermagem] chegou à minha comunidade e pedi para ela medicamento, mas ela não quis acreditar na minha palavra; não fiquei brabo nem nada. Mas o remédio era para o meu pai. Aí ele ralhou comigo por que ela não deu o remédio (...) Ela anda no meio de nós e não quer nos ajudar (...); é bom à gente tirar ela e procurar outra que queira trabalhar assim, bem legal (...). Sou agente de saúde antigo e ela não quis acreditar em mim [quando ele identificou um problema de saúde]. Eu tenho medo de pedir alguma coisa para essa equipe, porque eles não aceitam quando a gente pede alguma coisa. Na minha vista, esse é o problema. (AIS, masculino, 36 anos).

Um ponto de conflito muito destacado é o pouco crédito dado pelos profissionais não-indígenas às atividades desenvolvidas pelos AIS; é assim, por exemplo, o caso da administração de alguns tipos de medicamentos utilizados pelos AIS antes da implantação do DSEI e para cujo manejo os AIS mais antigos se sentem capacitados.

Em síntese, do ponto de vista dos AIS, particularmente os mais antigos, suas condições de trabalho pouco melhoraram após a implantação do DSEI. Ressalvadas as maiores facilidades de remoção de pacientes e o maior afluxo de equipamentos, eles percebem a distritalização sanitária como um incremento do controle sobre seu processo de trabalho e uma intensificação de suas atribuições, sem melhoria das condições laborativas e nem de sua capacitação para desempenhar antigas e novas tarefas.

CAPÍTULO 5

AÇÕES DE PLANEJAMENTO/PROGRAMAÇÃO DO COTIDIANO DA EMSI NO DSEI RIO NEGRO

Neste capítulo, discutiremos um conjunto de atividades de gestão e atenção programática desenvolvidas pela equipe multidisciplinar de saúde indígena, incluindo-se aí o agente indígena de saúde, no DSEI Rio Negro. Tais atividades envolvem o planejamento do trabalho da equipe, tanto na sede do DSEI, quanto no Pólo-Base; as ações programáticas de saúde materno-infantil; e outras rotinas, como a visita domiciliar e a supervisão ao trabalho do AIS. Por fim, discutiremos algumas especificidades do trabalho no território distrital, que configurariam a diferenciação da atenção, conforme preconizado pela Política do Subsistema de Saúde Indígena. Os critérios de eleição dessas categorias de análise justificam-se por serem elas consideradas pelos profissionais do DSEI Rio Negro atividades essenciais ao bom desempenho do distrito e estarem rotineiramente implantadas em todos os Pólos-Base que ofertam atenção à saúde indígena.

5.1. O Planejamento das Ações de Saúde no DSEI Rio Negro

De acordo com os entrevistados, a implementação de rotinas de planejamento em saúde indígena constitui um desafio ao incremento da qualidade dos serviços prestados no Subsistema de Saúde Indígena. Tal desafio é potencializado pela cultura organizacional das instituições sanitárias no Brasil, pouco adeptas à racionalidade do planejamento em saúde, e pelas singularidades do campo de saúde indígena, que parecem dificultar a adoção – adaptada das ferramentas de planejamento e de programação já utilizadas no SUS como um todo.

Nesse campo, Athias e Machado (2001), analisando o processo de distritalização sanitária, chamam a atenção para a necessidade de aprimorar o sistema de informação em saúde, para que o mesmo fosse capaz de subsidiar abordagem de planejamento coerente com

as necessidades em saúde dos povos indígenas, algo que, segundo esses autores, não ocorre a contento.

Assim sendo, procuramos fazer a etnografia das ações de planejamento/programação das ações rotineiras da EMSI acompanhadas pelo pesquisador, quando este programa as ações de atenção à saúde, no período que antecede seu deslocamento para a área indígena e durante sua permanência no Pólo-Base.

O que foi referido pelos entrevistados como “planejamento de viagens” é na verdade uma programação de atividades orientada pelo Plano Trienal do DSEI. Na tentativa de sermos fiéis às concepções dos entrevistados, adotaremos, tal como eles, o termo *planejamento* para descrever as programações de viagens das EMSI às aldeias sob sua responsabilidade.

De acordo com profissionais de nível superior entrevistados na pesquisa, o planejamento das viagens de campo da equipe é feito em várias etapas. Habitualmente, as atividades a serem realizadas em área são precedidas por um momento de previsão de metas e necessidades, executado em São Gabriel da Cachoeira e efetuado pelos membros da equipe que se deslocará para o campo. Tais rotinas são planejadas em consonância com o plano anual ou trienal de saúde do DSEI, cujas metas e prioridades devem ser cumpridas pelos profissionais de saúde, em seus deslocamentos periódicos para os Pólos-Base.

Em acordo com as prioridades do plano distrital de saúde, as equipes costumam programar, ao longo do ano, ações de vacinação, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças menores de 5 anos, controle dos hipertensos e diabéticos, acompanhamento de pré-natal, atividades educativas e atendimento à demanda espontânea dos doentes nas comunidades sob responsabilidade do Pólo-Base em que atuam. Tais prioridades gerais costumam ser detalhadas nas programações de cada viagem, estabelecendo-se metas e insumos necessários para programar atividades para todo o período de permanência da equipe no Pólo-Base.

Essas atividades são sistematizadas em formulário padronizado pelo DSEI, no qual são descritas as ações programadas para o período e os insumos (combustível, medicamentos, alimentação etc) necessários para operacionalização das mesmas. Após elaborado, esse planejamento é encaminhado para o gerente técnico distrital, para ser analisado. Uma vez aprovado ele é repassado para o setor de logística que providencia o material para a viagem. Depois de concluídas essas fases, o deslocamento da equipe para área é, então, autorizado.

O depoimento transcrito abaixo ilustra a dinâmica dessa fase urbana da programação:

(...) O planejamento é feito da seguinte forma: primeiro a gente vai, entra em contato com a equipe que está em área. Eles repassam a relação de medicamentos [que ainda estão em estoque no pólo]; em cima disso fazemos a nossa lista de medicamento, né? Nosso planejamento geralmente é para trinta dias, [então tem que] levar todo material, alimentação, as papeladas (...) (enfermeira, 30 anos).

(...) Bom, primeiramente a gente tem aqui [refere-se à sede do DSEI em São Gabriel], três dias de planejamento de trabalho, que consiste em ver o material que você está levando para o pólo, fazer o planejamento do trabalho das atividades, que são feitas lá em cima [nos altos rios em que trabalham] todas as atividades; no caso, pré-natal, busca ativa de hipertensos, tuberculosos, crescimento e desenvolvimento. A gente também trabalha com medicação contínua com os pacientes. Também tem a questão do rancho, combustível, toda esta parte. [Ver] se vai levar vacina, ou se não vai levar. Feita essa parte, entrega na coordenação, a coordenação dá ok; vai para administração porque lá é que é feito o rancho. Dando o ok, vai para o supermercado, faz o rancho e aí, no dia marcado, depois desses três dias a gente vai para o pólo (...) (enfermeira, 31 anos).

(...) O planejamento da viagem se baseia num cronograma anual, que é feito sempre no início de cada período. Planejamos a quantidade de material, que vamos consumir durante o ano todo, principalmente em algumas áreas específicas [como] biológicos, [vacinas] equipamentos, quantidade de combustível, insumos, enfim... Então, quando está programado isso aí, a gente organiza as viagens e se desloca pra comunidade. Quando chega ao Pólo-Base é feito uma outra programação, no sentido de como vai ser desenvolvido o trabalho de dentro da área indígena... A estratégia de começar o trabalho da cabeceira do rio para foz, ou da foz para cabeceira, dependendo da necessidade do momento. Tem funcionado assim nos outros anos. (enfermeiro, 33 anos).

Segundo os entrevistados, quando a equipe chega ao Pólo-Base tem que elaborar outra programação, porque a vivência tem demonstrado que há uma perda média de uma semana de trabalho da programação original, gasta em procedimentos de arrumação e limpeza do Pólo-Base. Os mesmos entrevistados atribuem esse atraso à descontinuidade e desencontro entre as rotinas da equipe que sai e a equipe que adentra a área indígena, já que o mais comum seria a equipe que chega encontrar problemas com equipamentos, materiais de consumo fora dos

lugares e livros de registros dos pacientes desatualizados, obrigando os recém-chegados a investir parte de seu tempo de trabalho em área para a correção destes problemas, o que inviabiliza o cumprimento do cronograma de trabalho elaborado em São Gabriel da Cachoeira.

Os relatos a esse respeito foram corroborados pela observação no trabalho de campo. Em uma das viagens de acompanhamento da equipe, ao chegarmos no Pólo-Base, nos deparamos com uma situação caótica. Nas salas de atendimento, os materiais de trabalho estavam cobertos de poeira e em completa desordem. No local de alojamento da equipe, a situação ainda era pior, pois a casa, bastante deteriorada, parecia não contar com a presença humana há bastante tempo, ainda que, estranhamente, a equipe anterior tivesse permanecido lá até uma semana antes de nossa chegada.

A observação e os depoimentos evidenciaram que boa parte dos esforços despendidos na organização do planejamento é canalizada para as atividades de logística da viagem, o que deixa a preocupação com a programação das ações técnicas em segundo plano de prioridade. Essa atividade é, em grande medida, uma repetição mecânica de rotinas pré-estabelecidas já previstas em formulário instituído pela coordenação técnica do DSEI e reproduzido a cada viagem.

A rotina de trabalho das equipes inclui também um momento de “troca de equipe”. Para tanto, a dupla de profissionais que estava no pólo se desloca até São Gabriel e, ao chegar, se reúne com a outra dupla que irá substituí-la no trabalho em área indígena. Ao se reunirem, os que vêm de área indígena repassam a relação de pacientes que fazem medicamentos de uso contínuo, a listas de gestantes recém-cadastradas e de crianças menores de 5 anos recém-incluídas no programa de suplementação alimentar. Entretanto, o tempo e o esforço aplicados na discussão sobre o estoque de combustível, outros materiais de trabalho existentes (ou

necessários) no pólo e outras atividades de logística eram proporcionalmente maiores que aqueles investidos para a discussão de estratégias de operacionalização das ações.

Entre os documentos investigados, encontramos um instrumento denominado Plano de Trabalho do Pólo-Base “P” (2006), o qual seria, segundo os profissionais, elaborado anualmente pela equipe de enfermagem dos Pólos-Base e serviria como uma espécie de guia das atividades a serem desenvolvidas pelas equipes de saúde em área.

Neste instrumento, encontramos descritas as seguintes metas e ações programáticas: **“Saúde da Criança** (aumentar o número de visitas nos primeiros 30 dias após o nascimento da criança; incentivar o aleitamento materno; fazer controle de peso e crescimento mensal; cadastrar no programa de carências nutricionais; oferecer outras vitaminas e minerais de acordo com a situação nutricional; realizar reuniões educativas; garantir soro de reidratação oral, instruir AIS sobre qualquer sinal de diarreia). **Saúde da Mulher** (realizar pelo menos uma consulta de enfermagem com os procedimentos de pesagem, verificação de P.A., mensuração da altura uterina, avaliação nutricional e prescrição de medicamentos, se necessário, mensalmente; agendar retorno para gestantes faltosas no intervalo de sete dias; identificar a gravidez ainda no primeiro trimestre se possível através do teste rápido; instruir o AIS sobre os sinais e sintomas da gravidez para detecção precoce; realizar pelo menos duas visitas no mês durante o terceiro trimestre de gestação; aquisição de kits para coleta de material para exame, etc). **Imunização** (realizar imunização mensal). **Controle da Tuberculose** (realizar controle de peso mensal dos comunicantes; encaminhar para referência todos os casos suspeitos; encaminhar paciente em tratamento mensalmente para controle de peso; etc). **Doenças Crônicas Degenerativas** (realizar acompanhamento mensal de pacientes com hipertensão; instruir o AIS par aferir a P.A. pelo menos duas vezes por semana no seu local de trabalho; instruir o AIS e exigir visitas diárias para constatação do uso dos remédios; realizar teste rápido de glicemia na população acima de 40 anos). **DST/AIDS** (fazer

tratamento de casos diagnosticados de DST/AIDS; distribuir preservativo gratuitamente; realizar palestras, etc). **Educação em Saúde** (palestras sobre assuntos que estão relacionados aos problemas da comunidade; estimular adoção de hábitos saudáveis).” (FOIRN.PLANO DE TRABALHO DO PÓLO-BASE “P”, 2006).

Verificamos que as ações propostas no plano são praticamente as mesmas estabelecidas nos programas nacionais. Do mesmo modo, estão previstas no plano trianual do DSEI para o mesmo período em todo território distrital. Portanto, essas ações previstas para a realidade do Pólo-Base “P” parecem não considerar os fatores que tornam essa população mais vulnerável, ou seja, são incoerente com as patologias que se propõem a controlar.

Embora o documento faça a previsão anual de atividades e metas para o DSEI, não encontramos, durante o período de coleta de dados, programações de viagem com programação de atividades que usassem o Plano de Trabalho – 2006 como referência para o cálculo de metas fracionadas a serem cumpridas a cada viagem e nem mesmo referências a documentos de avaliação sobre o cumprimento ou descumprimento das metas e programações dos anos anteriores.

Questionados sobre o uso dos instrumentos de planejamento existentes no DSEI, os profissionais que participaram da pesquisa situaram-nos como elementos formais, cuja principal utilidade seria atender às demandas da coordenação do DSEI, que exige seu preenchimento para autorizar a viagem da equipe. Segundo os entrevistados, diversos fatores dificultam a operacionalização das ações planejadas. Dentre eles, apontam o número excessivo de atividades, impossíveis de serem cumpridas no tempo de permanência das equipes em área; a inadequação das ações contidas nos instrumentos de planejamento ao contexto rionegrino; as barreiras geográficas representadas pelas grandes distâncias e pelos rios encachoeirados que dificultam o acesso às comunidades e a precariedade da logística de apoio ao trabalho da equipe.

A análise de três relatórios de viagem do pessoal de enfermagem, produzidos em 2006, mostrou que eles descreviam a realização de atividades de assistência; imunização (esta feita a cada dois meses); levantamento epidemiológico preliminar de diabetes (realizado por meio do exame de glicemia capilar das pessoas acima de 40 anos ou membros de família com portadores dessa doença); atividade educativa em DST/AIDS com distribuição de preservativo; acompanhamento de pacientes com hipertensão arterial; e avaliação do crescimento e desenvolvimento de crianças menores de 5 anos de idade.

Os três relatórios continham as mesmas informações, sem demonstrar qualquer variação nas rotinas de trabalho ou nos eventos patológicos ocorridos no período de permanência de campo das equipes. Sua leitura sugeriu tratar-se mais de um preenchimento mecânico de informações padronizadas do que de um relato e análise das intercorrências sanitárias efetivamente ocorridas no período de permanência da equipe. Os relatos contidos nos relatórios analisados caracterizavam-se mais como um instrumento burocrático de registro de atividades do que como um meio de acompanhamento das ações planejadas anualmente no DSEI.

Em relação à busca de instrumentos de gestão que permitissem acompanhar a implementação dos fluxos de planejamento e das ações das equipes em área, podemos afirmar que esta não foi produtiva. Não encontramos instrumentos que estabelecessem quaisquer formas de monitoramento do trabalho das equipes nos Pólos-Base. A forma como estão sendo realizadas as atividades técnicas tem sido objeto de preocupação de diversos profissionais de saúde, como podemos observar no depoimento abaixo:

(...) acho necessário que uma rotina seja estabelecida para orientar os profissionais de saúde a desenvolver ações dos programas, adaptadas às populações indígenas do Rio Negro. (...) Após 6 anos de experiência atuando com enfermeiro no DSEI sinto-me ainda um pouco perdido, pois todos os profissionais desenvolvem ações meramente técnicas, sem saber o rumo que estão tomando na condução de suas práticas(...). (enfermeiro, 33 anos)

Tal preocupação também foi observada durante uma reunião que tivemos a oportunidade de observar, num dos períodos de permanência na sede do DSEI. Na ocasião, os enfermeiros se reuniram para discutir como adaptar as rotinas dos programas nacionais de saúde para a área indígena rionegrina, atendendo a uma demanda oriunda da coordenação técnica do DSEI. Até o final do trabalho de campo, os profissionais não haviam concluído a referida atividade.

No Pólo-Base e comunidades de sua área de abrangência, observamos que o cumprimento da programação estabelecida pela própria equipe também era sofrível. No período de trabalho de campo, o que observamos foram seqüências de pequenas visitas da equipe, frequentemente sem aviso prévio às comunidades visitadas. Outras vezes eram os líderes comunitários que solicitavam a presença da equipe para atendimento pontual a pequenas intercorrências de saúde. Essa demanda implicava o descumprimento das ações previamente programadas.

Observamos também que o cumprimento de grande parte do cronograma feito em São Gabriel era inviabilizado por problemas mecânicos nos motores de popa que transportavam a equipe e pela falta recorrente de combustível em área para realizar o deslocamento.

No campo, também observamos importantes diferenças na atuação das equipes de trabalho, variando em função de sua composição. Ou seja, quando a equipe era composta de enfermeiro (a) e técnico de enfermagem, havia uma tendência de maior cumprimento da rotina de trabalho, tal como programado em São Gabriel. Já nas equipes formadas apenas por dois técnicos de enfermagem, observamos mudanças mais acentuadas na programação previamente elaborada, com tendência a comprimir e reduzir as atividades de rotina, mais em função do número de seus dias de permanência em área do que das necessidades da população atendida.

Em síntese, a análise das ações de planejamento desenvolvidas no período de coleta de dados mostrou que a complexa logística necessária para a execução das atividades sanitárias nas aldeias tende a monopolizar os esforços das equipes, em detrimento das ações programáticas formalmente planejadas para orientar o trabalho das equipes de saúde nos Pólos-Base. Tais atividades não contam com participação dos agentes indígenas de saúde, sendo desenvolvidas exclusivamente pelos profissionais não-indígenas das EMSI.

Nas seções seguintes iremos focar ações programáticas de saúde da mulher e da criança, que contam com amplo envolvimento dos AIS, e outras atividades deste ator social, como a visita domiciliar e a supervisão em saúde.

5.2. Ações de Saúde da Mulher Indígena Rionegrina

A saúde da mulher conta com amplo espaço nos documentos governamentais como a Normal Operacional de Atenção a Saúde – NOAS-SUS-01/2001, que atribui aos municípios a responsabilidade de assegurar as ações básicas na área da saúde da mulher. Tais ações devem contemplar a implantação do pré-natal e acompanhamento do puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino. A NOAS 01/2001 preconiza também que as unidades de saúde que oferecem atenção pré-natal devem assegurar à gestante o acesso a laboratório para a realização dos exames de rotina, tais como: *determinação de grupo sanguíneo e fator Rh; sorologia para Sífilis (VDRL); glicemia em jejum; exame sumário de urina (Tipo I); dosagem de hemoglobina (Hb) e teste anti-HIV* (BRASIL, 2001).

Outro documento, denominado *Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher: Plano de ação 2004 – 2007* (BRASIL/MS, 2004), estabelece metas e ações para o trabalho com a saúde da mulher brasileira, dentre elas as mulheres indígenas, respeitando suas especificidades epidemiológicas e culturais. No âmbito da saúde indígena, a principal meta proposta por esse documento foi implantar a atenção integral à saúde da mulher

indígena em 100% dos Pólos-Base e assegurar apoio técnico e financeiro à capacitação de profissionais para atuarem como multiplicadores em treinamentos de parteiras indígenas.

No DSEI Rio Negro, o *Plano Distrital* (FOIRN,2006) contém atividades que buscam atender às diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde para prover assistência à mulher indígena. O supracitado plano prevê a realização de ações de pré-natal, de prevenção do câncer do colo uterino e de atenção ao climatério, tal como descrito no quadro 4.

Área Programática	Problema Identificado	O que fazer	Como fazer
Saúde da Mulher	Baixo número de consultas de pré-natal	Aumentar o número de consultas de pré-natal das gestantes; Aumentar o número de visitas por gestantes.	- realizar pelo menos 01 (uma) consulta de enfermagem por gestante, mensalmente; - agendar retorno para gestantes faltosas no intervalo de 7 (sete) dias; - identificar a gravidez ainda no primeiro trimestre se possível através de teste rápido; - instruir o AIS sobre os sinais e sintomas da gravidez para detecção precoce - realizar pelo menos 02 (duas) visitas no mês durante o 3º trimestre de gestação; - agendar nova visita para os faltosos no intervalo de 7 (sete) dias.
	Ausência de coleta de material para PCCU	Implantar serviço de coleta de material para PCCU; Informar a população feminina sobre a necessidade da realização do exame Realizar controle de pacientes que realizam exames (PCCU).	- destinar espaço físico para sala de coleta de material; - aquisição de Kits para coleta de material para exame; - capacitar profissional (TE) ou alocar profissional já capacitado para coletar material; - adquirir equipamentos para sala de coleta. - realizar reunião e palestras com mulheres sobre a prevenção do câncer do colo uterino, mostrando as doenças e suas conseqüências, relacionando com a não realização do exame. - fazer livro de controle de pacientes para que estas realizem pelo menos 01(uma) coleta por ano.
	Desconhecimento sobre o climatério por parte da população feminina	Informar a população sobre o assunto de acordo com seus aspectos sócio-culturais.	- realizar reunião sobre o assunto com grupo de mulheres enfatizando os sinais e sintomas do climatério, relacionado com as mudanças físicas e a idade.

Quadro 4: Ações programáticas na atenção à saúde da mulher indígena no âmbito do DSEI Rio Negro.

Fonte: Plano Distrital DSEI Rio Negro/2006

Em tese, tal programação deveria orientar a programação rotineira de cada equipe que adentra a área indígena, mas o que observamos durante o acompanhamento da equipe foram ações que se limitavam à assistência ao pré-natal por meio da consulta de enfermagem, desenvolvendo os procedimentos de pesagem, verificação de P.A., mensuração da altura uterina, avaliação nutricional e prescrição de medicamentos quando necessário. As demais atividades propostas para saúde da mulher desenvolvidas nos pólos não guardam coerência com esse planejamento.

Ainda em relação à assistência ao pré-natal na área de abrangência do Pólo-Base estudado em nossa pesquisa, consultamos os dados do Sistema de Informação de Saúde Indígena (SIASI), (FOIRN, 2006), para o período de janeiro a dezembro de 2006. Ali verificamos que havia, no período, um número total de 208 mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos; destas, 21,6 % (45 mulheres) estavam grávidas. A análise da distribuição etária das grávidas mostrou que 07 delas tinham menos de 20 anos de idade e que 10 mulheres do total de grávidas tinha idade maior que 35 anos, o que representa, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL,2000), um importante fator de risco na gravidez, exigindo um acompanhamento diferenciado para esse tipo de gravidez.

Outro dado relevante na análise dos dados contidos no SIASI foi o início tardio do pré-natal, dado que nenhuma das 45 gestantes cadastradas tinham iniciado pré-natal no 1.º trimestre da gravidez. No ano analisado, apenas 06 gestantes realizaram quatro ou mais consultas de pré-natal e somente uma mulher entre as grávidas alcançou as sete consultas de pré-natal recomendadas pela norma técnica. Tais dados são sugestivos de uma baixa eficácia das ações pré-natais realizadas nas aldeias onde desenvolvemos nossa pesquisa.

5.2.1. Consulta do Pré-Natal no Pólo-Base

Para uma melhor compreensão de como funciona a assistência integral à saúde da mulher no âmbito do DSEI Rio Negro, descreveremos aqui o registro etnográfico de consultas de pré-natal realizadas durante trabalho de campo em um Pólo-Base na área indígena Baniwa.

Na primeira consulta observada, a gestante era moradora da comunidade onde o Pólo-Base estava instalado e era cadastrada no programa de pré-natal do DSEI. A mesma estava na 4.^a gestação e, no momento da consulta, estava no 9^o mês de gravidez. No total, a paciente havia feito 04 consultas, contando com a atual, sendo duas delas realizadas pelo enfermeiro e duas pelos técnicos de enfermagem que compõem a equipe.

Transcreveremos, na seqüência, trechos do diário de campo em que registramos a seqüência de cuidados ofertados à grávida na consulta:

As 09h30min, o AIS está sozinho na unidade quando chega um casal. O marido avisa que trouxe sua esposa porque a mesma estava sentindo bastante dor “no pé da barriga”. O AIS solicita o nome da gestante e registra em sua ficha de produção diária de serviços. Em seguida, pede ao casal que aguarde um pouco enquanto chama o enfermeiro.

Enquanto isso, o casal fica sentado por aproximadamente 40 minutos, aguardando que o enfermeiro chegue. Ao chegar, o enfermeiro começa a arrumar toda a papelada que estava em cima da mesa do consultório; depois, senta na cadeira próxima da mesa e o AIS se posiciona em pé, ao seu lado. A partir daí, a consulta é iniciada, com o enfermeiro fazendo as perguntas para a gestante, em português; o AIS faz a tradução simultânea para a língua Baniwa e retorna para o enfermeiro as respostas dadas pelo casal.

As primeiras perguntas feitas à gestante seguem o roteiro do protocolo do Pré-Natal estabelecido pelo Ministério da Saúde, e investigam a história obstétrica da paciente. Durante todo esse diálogo, a gestante mantém-se sentada, com a cabeça baixa; seu esposo é quem responde as indagações sobre a história obstétrica da mulher, feitas pelo enfermeiro.

Na seqüência, o enfermeiro preenche os formulários do pré-natal e a gestante é convidada a se dirigir à balança. O AIS auxilia a gestante a subir na balança e o enfermeiro se levanta da mesa para fazer a verificação do peso. Na seqüência, a gestante retorna para a cadeira em que estava sentada. A consulta continua com a aferição da pressão arterial, passando-se, então, para o exame físico. O enfermeiro faz a inspeção do fundo do útero, a medida da altura uterina, a ausculta dos batimentos cardíofetais e avalia a posição do feto.

Tais procedimentos são realizados sem nenhuma explicação para a gestante. A mesma fica exposta em cima da maca apenas de calcinha; não há lençol que evite a exposição da mesma. Durante os 30 minutos de duração do exame, a gestante fica inerte, sem falar nada. Durante o exame, o AIS pede à gestante que se deite, se sente, vire para cá ou para lá.

Ao término do exame físico, todos voltam para sala de consulta. O enfermeiro continua a fazer perguntas, utilizando um vocabulário técnico: pergunta, por exemplo, se a gestante se queixa de dor à micção; se nos filhos anteriores ela teve laceração vagina, ou se eles demoraram a nascer; se ela tem corrimento vaginal e se este tem cheiro forte.

Durante toda a consulta, o enfermeiro permanece cabisbaixo, sem olhar para a gestante, sempre dirige suas interrogações ao AIS, este as repassa ao marido que as responde e o AIS traduz tudo de volta para o enfermeiro.

A consulta do pré-natal é finalizada com a prescrição de Sulfato Ferroso, creme vaginal e Diclofenaco gotas. Os medicamentos são entregues para a gestante e o AIS traduz as explicações do enfermeiro. O enfermeiro solicita que o AIS informe à paciente que o creme tem que ser colocado na vagina, que não vai fazer mal e é só para limpar (a vagina). Não foi observado o repasse de nenhuma informação sobre cuidados de enfermagem na gravidez e nem sobre os procedimentos de auto-cuidado utilizados pelos Baniwa durante o período da gravidez.

Durante a realização da consulta, o AIS teve que se ausentar várias vezes para ajudar a técnica de enfermagem na limpeza do posto e atender aos seus pedidos de pegar a vassoura, passar o pano no chão, buscar desinfetante etc.

Segundo o enfermeiro os exames laboratoriais obrigatórios solicitados no pré-natal (hemoglobina, hematócrito, glicemia, sumário de urina, VDRL e fator RH) não são solicitados na rotina do DSEI porque não existe laboratório instalado nos pólos e porque a distância entre as comunidades e a cidade de São Gabriel inviabiliza a remessa dos exames para análise em laboratório urbano.

Evidenciados obstáculos importantes a uma boa qualidade do pré-natal, como a dificuldade de comunicação entre o enfermeiro e a sua clientela, a padronização da dinâmica das consultas de enfermagem não se adapta às especificidades epidemiológicas e culturais das mulheres indígenas, o que merece uma reflexão a respeito de assistência ser ofertada por enfermeiros que atuam nas ações de saúde em área indígena.

Nosso segundo registro etnográfico de uma consulta pré-natal ocorreu sem a presença do AIS, que estava ausente do Pólo-Base.

Por volta das 15h00min, chega um casal, do qual a esposa estava grávida. O marido se aproxima e avisa: “estou procurando vocês porque minha esposa está sentindo muitas dores nas costas e também tem dificuldade de caminhar”.

O enfermeiro pede que o casal tome assento e dirige a palavra à gestante, perguntando o que ela sente. Ante o silêncio absoluto da mulher, o enfermeiro recorre ao prontuário de gestantes cadastradas no programa de pré-natal, para conferir algumas informações sobre a história obstétrica da mesma.

O profissional continua a consulta, preenchendo os dados complementares da ficha de pré-natal encontrados no exame físico e anamnese no momento da consulta. Devido à ausência do AIS, a interação do enfermeiro na consulta é feita com o esposo da gestante, a quem o enfermeiro direciona todas as perguntas; o esposo as repassa à mulher, em baniwa e, na seqüência o próprio marido traduz para o enfermeiro em português. Essa ausência dificultou a comunicação no momento da consulta e conseqüentemente na qualidade do pré-natal, tendo em vista que o esposo da gestante falava pouco português e a maioria das perguntas ficava sem resposta.

Os procedimentos de exame físico reproduzem os eventos já descritos acima, sugerindo um comportamento padronizado, por parte do enfermeiro.

Ao final da consulta o enfermeiro afere a P.A. e fala que a paciente tem valores de P.A. de 110 mmHg por 90 mmHg, um valor elevada em comparação ao obtido nos registros das consultas anteriores, cujos valores foram de 100 mmHg a P.A. diastólica e 70 mmHg a sistólica. O enfermeiro prescreve medicamentos (Sulfato Ferroso, Ácido Fólico, creme vaginal e Paracetamol 500 mg) e fornece orientações sobre o uso correto dos medicamentos. Também recomenda que a paciente se desloque até a sede do município de São Gabriel da Cachoeira para submeter-se aos exames de rotina do pré-natal, ainda que a mesma esteja no oitavo mês de gestação. (trechos do diário de campo do pesquisador)

Observamos, nesta outra consulta realizada na ausência AIS, que pouco mudaram os procedimentos utilizados pelo enfermeiro em relação à consulta anterior.

Do total de 12 gestantes cadastradas no Pólo-Base investigado, nenhuma havia realizado qualquer tipo de exame laboratorial no pré-natal, segundo informações obtidas nas fichas de cadastros no posto de saúde e informações cedidas pelo enfermeiro, como já descrito no caso anterior.

5.2.2. Consulta do Pré-Natal nas Comunidades sem Pólo-Base

Nem todas as consultas de pré-natal são realizadas no Pólo-Base. Quando a equipe se desloca para as aldeias de sua área de abrangência, realiza o acompanhamento de pré-natal na própria aldeia. É esse tipo de atendimento que agora passaremos a descrever.

Tão logo a equipe chega ao barracão da comunidade, procura uma mesa sobre a qual coloca os materiais de trabalho, tais como os livros de registros, a balança e as caixas de medicamentos. Em seguida, a técnica de enfermagem começa a chamar as gestantes que estão cadastradas no programa de pré-natal. Quando elas chegam ao salão os profissionais perguntam, em voz alta, se existe mais alguma gestante na comunidade que não foi chamada, ou que esteja em início de gravidez e ainda não tenha sido cadastrada. As mulheres permanecem em silêncio e, após alguns minutos, o AIS se aproxima da equipe e com um tom de voz suave informa que não há outras grávidas na comunidade.

A técnica de enfermagem pede ao AIS para pesar as gestantes e registra essas informações; depois afere a P.A. das gestantes, que são chamadas por ordem registro no livro de cadastro. Depois recolhem os cartões das gestantes e solicitam que elas aguardem que o enfermeiro termine o atendimento dos demais membros da comunidade. Como havia 16 pessoas para serem atendidas pelo enfermeiro, as gestantes esperaram em torno de duas horas no salão, ainda que tivessem sido orientadas a serem as primeiras a vir para o atendimento.

O enfermeiro faz o primeiro atendimento no salão e depois convida a gestante a retornar até sua residência para realizar exame físico, uma vez que as comunidades visitadas não dispunham de postos de saúde. O AIS acompanha o enfermeiro às casas das pacientes e a técnica de enfermagem fica no barracão arrumando os materiais de trabalho, para agilizar a partida para próxima comunidade.

Na casa da gestante, o enfermeiro pede ao AIS que faça a tradução e logo solicita à gestante que se deite na rede para examinar o abdome. Depois o enfermeiro faz a

mensuração do fundo de útero e ausculta os batimentos cardíacos. Durante a consulta, o AIS permanece no papel de tradutor, mas também atua como carregador do material de trabalho (fita métrica, estetoscópio de pinard e sonar).

O final das consultas é igual aquele observado no Pólo-Base, ficando a gestante exposta, já que não há lençol durante o exame; observa-se, também, a mesma passividade na gestante, pois esta não fala e nem pergunta nada, ficando a conversa restrita ao enfermeiro e o AIS. Tal como das outras vezes, a consulta se encerra com a prescrição de Sulfato Ferroso e Complexo B. Os exames de rotina não foram solicitados.

5.3 Ações de Saúde para a Criança Indígena Rionegrina

A necessidade de promover a saúde infantil entre grupos indígenas ganhou visibilidade nos últimos anos no Brasil, principalmente devido à repercussão negativa dos altos índices de mortalidade infantil entre os grupos indígenas.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) tem implementado uma estratégia que visa promover a saúde e reduzir a morbi-mortalidade infantil, a partir de três eixos principais: 1) *vigilância nutricional*, desenvolvida mediante o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças; promoção do aleitamento materno; realização ou referência para exames laboratoriais e combate às carências nutricionais; 2) *imunização* das crianças; 3) *assistência aos agravos prevalentes na infância*, com ênfase no controle das doenças diarreicas e infecções respiratórias agudas em crianças menores de 5 anos, desenvolvimento de atividades educativas e garantia de acesso à referência hospitalar e ambulatorial especializada (BRASIL, NOAS 01/2001).

No caso específico da criança indígena, a Sociedade Brasileira de Pediatria elaborou, em 2004, em parceria com a FUNASA, o Manual de Atenção à Saúde da Criança Indígena, com o objetivo de subsidiar o atendimento *médico nos postos de saúde da aldeia e no Pólo-Base*. O documento destaca que a parte mais importante dessa abordagem é a “humanização

do atendimento e a valorização da família indígena” e “o compromisso de aprimorar a prestação de cuidados à saúde das crianças e adolescentes indígenas”.

O DSEI Rio Negro também conta com ações dirigidas às crianças e adolescentes indígenas; tais ações estão previstas em documentos como o Plano Distrital de 2006, que destaca quatro principais problemas que acometem esta camada da população: elevado índice de mortalidade; aumento de casos de desnutrição em crianças menores de 05 anos de idade; alto número de casos de diarreia em crianças menores de 05 anos de idade; e, finalmente, número elevado de casos de parasitoses intestinais em crianças. O Plano de Trabalho – 2006 para a área Baniwa também aponta problemas semelhantes.

O segundo documento também descreve atividades que buscam soluções para os problemas de saúde da criança indígena. Dentre as ações prioritárias, citamos a orientação de AIS e técnicos de enfermagem do Pólo-Base para reconhecer sinais e sintomas de diarreia e de desidratação, ou ainda situações que indiquem perigo para o recém-nascido. Propõe também incentivar o aleitamento materno; fazer o controle mensal do peso e crescimento de crianças menores de 5 anos de idade; oferecer suporte de vitaminas e minerais; garantir sais de reidratação oral; realizar tratamento coletivo da parasitose nas crianças menores de 5 anos; cadastrar as crianças desnutridas para o recebimento de leite; e, finalmente, realizar reuniões educativas sobre higienização para as famílias.

Embora os documentos do DSEI orientem o conjunto de atividades voltadas para a saúde da criança, a serem desenvolvidas pelas equipes nas aldeias, não observamos sua realização durante o período de coleta de dados. No acompanhamento das equipes no Pólo-Base investigado, as atividades dos profissionais dirigidas às crianças limitava-se à vacinação, controle mensal do peso, registro dessas informações no cartão da criança; cadastramento dos desnutridos para o recebimento de leite e tratamento das parasitoses intestinais nas crianças menores de 5 anos. Ressalve-se que o diagnóstico de parasitoses

intestinais é feito por suspeita clínica, já que no Pólo-Base não se realiza exame parasitológico de fezes.

A consulta aos dados do Sistema de Informação em Saúde Indígena - SIASI (2006) mostrou uma população de 145 crianças menores de 5 anos na região estudada. Dessas, 19 (13,2%) estavam na faixa etária menor, de 1 ano de vida, e 126 delas (86,8%) pertenciam à faixa etária de 1 a 4 anos de idade. Deste total, 15 crianças (11,9%) com até 2 anos de idade estavam registradas com quadro de desnutrição grave a moderada, sendo acompanhadas pela equipe de saúde, por meio de ações de controle do peso e fornecimento de leite industrializado para suplementação alimentar.

O registro etnográfico do trabalho das equipes junto a essa população também foi feito, sendo descrito a seguir:

O atendimento é iniciado pela técnica de enfermagem, que chama em voz alta as crianças cadastradas no programa de crescimento, para verificar seu peso e altura. As crianças são colocadas, pelo AIS, em uma balança suspensa no teto do barracão comunitário. O enfermeiro faz a avaliação de peso e logo em seguida o AIS retira a criança da balança e a leva para uma fita métrica fixada em uma tábua num canto da parede, para medir a altura da criança. Enquanto isso, a técnica de enfermagem registra todos esses dados no livro de controle e registro de desnutridos.

O enfermeiro compara as medidas atuais de peso com as do mês anterior, mas, no período de observação, não encontramos registro da curva de crescimento nos cartões das crianças, levando-nos a inferir que a principal (ou a única) variável utilizada para incluir a criança no programa de controle à desnutrição é a queda de peso em relação ao mês anterior.

Se os dados estiverem compatíveis com o peso anterior da criança, o cartão é devolvido à mãe, que é informada que tudo está bem com sua criança. Caso o peso esteja abaixo do encontrado no mês anterior, a mãe recebe 4 latas de leite para um período de um mês. Durante o período de observação vimos que o leite é repassado à mãe sem informações complementares que orientem o uso do suplemento alimentar.

Um outro ponto a ser destacado é que as atividades do AIS durante o atendimento à criança limitam-se a colocar a criança na balança, orientar os pais sobre o uso dos medicamentos, quando prescritos, e fazer a tradução do português para o Baniwa e vice-versa.

Outra dimensão observada foi o atendimento das crianças por demanda espontânea, com queixas de doença. Nos casos das 23 crianças atendidas pela equipe de saúde no período, observamos que as consultas iniciavam sempre com perguntas diretas sobre os sinais e sintomas de doença, tal como ilustrado no exemplo subsequente:

(...) uma mãe procura atendimento para seu filho que apresentava diarreia. Quando ela chega ao pólo, o enfermeiro logo pergunta o que a criança tem. A mãe responde que a criança está com diarreia. O enfermeiro prossegue interrogando quando a diarreia começou e qual a aparência das fezes. A mãe fica calada e de cabeça baixa por alguns minutos, depois responde que não sabe. Após esta pequena investigação, o enfermeiro prescreve Metronidazol Suspensão de 250mg e Mebendazol Suspensão; explica à mãe como utilizar os medicamentos e finaliza a consulta.

Em outro atendimento à demanda espontânea, uma mãe procurou o posto de saúde com seu filho menor de dois anos, que apresentava uma ferida na língua (sic).

Quando a mãe chega ao posto, o enfermeiro pergunta: - Cadê o cartão da criança? A mãe responde: - Não trouxe. Então o enfermeiro diz: - Você tem que pegar o cartão para que possamos continuar o atendimento. A mãe levanta da cadeira, demonstrando em seu semblante um ar de tristeza, e sai para pegar o cartão, retorna após uma hora. A partir daí o enfermeiro continua a consulta, verificando peso e altura da criança. Depois, pede o AIS que providencie uma lanterna para olhar a garganta; o AIS permanece na consulta segurando a lanterna, fazendo a tradução.

Depois de concluído o exame físico da criança, o enfermeiro passa ao preenchimento dos formulários. A mãe espera sentada e cabisbaixa. Prosseguindo, o enfermeiro prescreve Ampicilina 250 mg suspensão e Vitamina "C" líquida. Em seguida solicita ao AIS que faça a diluição do medicamento e explique, em língua baniwa, para a mãe, a forma de sua utilização. A consulta finaliza com a distribuição de 4 latas de leite em pó e uma mamadeira; o enfermeiro justifica para a mãe que o leite vai ajudar a melhorar a saúde da criança, ainda que ela estivesse fazendo uso do leite materno e estivesse com peso ideal para idade.

As práticas aplicadas ao atendimento à saúde da criança na área indígena Baniwa está longe de atender ao cuidado integral à saúde da criança, recomendado pela agenda de compromissos estabelecida pelo Ministério da Saúde, pois observamos que tais práticas acontecem de forma fragmentas e limitam-se apenas a algumas atividades cuidadoras, centradas nos saberes tecnológicos.

5.4. Visita Domiciliar na Área Indígena Baniwa

A adoção dos princípios da atenção primária à saúde (APS) após a Conferência de Alma Ata, em 1978, demandou novas estratégias de atenção, dentre as quais se destaca a visita domiciliar, feita pelos profissionais de saúde, aos usuários adscritos a uma unidade de saúde.

De acordo com a estratégia de APS, a visita domiciliar ganha um papel fundamental na construção de novas bases da saúde comunitária, sendo vista como um diferencial estratégico na humanização dos serviços de saúde ao colocar os profissionais de saúde em contato direto com a realidade alvo de sua intervenção e favorecer a criação de laços entre as equipes de saúde e a comunidade. Mais do que uma simples atividade de rotina, a visita domiciliar é vista, neste enfoque, como uma estratégia de assistência que leva as atividades de atenção primária aos domicílios de sua área de abrangência.

Para autores como Amaro (2007), a visita domiciliar é vista também como uma prática de caráter investigativo ou de cuidados, prestados ao indivíduo em seu próprio meio social, cultural ou familiar. A definição de Kawamoto; Santos e Matos (1995) é ainda mais abrangente, concebendo a visita domiciliar como “um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento, tanto educativo como assistencial” (1995, p. 35).

O aspecto didático da visita domiciliar também é destacado por Takahashi & Oliveira, para quem a atividade caracteriza-se como uma técnica que, por ser realizada no âmbito domiciliar, proporciona uma maior eficácia dos programas de atenção à saúde e se constitui numa atividade de grande valia, com o intuito de facilitar a compreensão e intervenção no “processo de saúde-doença de indivíduos ou no planejamento de ações visando à promoção da saúde da coletividade” (TAKAHASHI & OLIVEIRA, 2001, p. 35).

Além de ser ela própria uma forma de obter informações para o planejamento, a visita domiciliar é também objeto deste. Takashi & Oliveira (*op. cit.*) destacam a importância de

planejar as visitas domiciliares e apontam como critérios para a priorização desta a presença de recém-nascidos no domicílio, de crianças com patologias graves ou faltosas ao agendamento das vacinas, portadores e comunicantes de doenças transmissíveis, gestantes de alto risco ou com VDRL positivo e/ou faltosas ao pré-natal.

Com a implantação do Programa Saúde da Família, em 1994, a visita domiciliar foi incorporada como uma das atividades centrais desse programa, tendo como principal objetivo o monitoramento da situação de saúde das famílias atendidas. O referido programa orienta que a visita, quer seja programada quer voltada para o atendimento de demanda espontânea, obedeça a critérios epidemiológicos e de identificação de situações de risco (BRASIL, 1997).

Outra orientação importante apresentada no documento *Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial* para a operacionalização da visita domiciliar é que o ACS realize, no mínimo, uma visita mensal por família, de sua área de abrangência. Quando necessário,

estas podem ser repetidas de acordo com as situações determinantes de cada realidade. Cabe aos demais profissionais da ESF planejar suas visitas domiciliares procurando atender as demandas identificadas pelos ACS (BRASIL, 1997).

Em estudo realizado por Ferraz & Aerts (2005) com o objetivo de estudar o cotidiano de trabalho do ACS no Programa Saúde da Família - PSF de Porto Alegre, a visita domiciliar aparece como a principal atividade desenvolvida ali, pelo agente comunitário de saúde. O estudo revela ainda que, apesar da importância da visita no programa, vários entraves no trabalho cotidiano do ACS contribuem para que a atividade não seja realizada a contento. Grande parte do tempo do ACS é destinada a atividades administrativas, descaracterizando sua função de acompanhamento das famílias. Além disso, os autores verificaram desencontros recorrentes entre o horário planejado para as visitas e os hábitos das famílias da micro-áreas de abrangência do ACS (FERRAZ & AERTS, 2005).

Embora autores como Amaro (2007), Kawamoto; Santos e Matos (1995), Takahashi e Oliveira (1995) enfatizem a visita domiciliar como uma estratégia na estruturação de serviços de saúde humanizada, há críticos a ela, como Merhy e Franco (2003), para quem a visita domiciliar significa uma excessiva intromissão do Estado na vida das pessoas, limitando seu grau de privacidade e liberdade.

No campo da saúde indígena, a visita domiciliar também tem sido recomendada como uma das principais atividades a serem desenvolvidas pelo agente indígena de saúde no DSEI Rio Negro. Durante as entrevistas realizadas em campo, os profissionais de enfermagem foram unânimes em apontar a visita domiciliar como principal atribuição dos agentes indígenas de saúde. Sua finalidade seria a procura de pessoas doentes, tal como podemos observar nos depoimentos abaixo descritos.

(...) Eu acho que principalmente as visitas domiciliares, eles fazem direitinho; ir de casa em casa verificar se tem alguém doente (enfermeira, 31 anos).

(...) O papel do agente de saúde é muito importante em relação ao conhecimento da comunidade que sabe que ele está fazendo as visitas domiciliares. (enfermeira, 25 anos)

Observa-se que, para os profissionais entrevistados, a visita domiciliar limita-se à “procura de doentes”, contrariando a proposta do SUS de que ela seja uma atividade capaz de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença junto a indivíduos e grupos sociais visando à promoção de saúde da coletividade.

Este discurso é reafirmado pelos próprios AIS. Quando indagados sobre o trabalho que desenvolvem na comunidade, estes responderam considerar a visita domiciliar com uma de suas principais atividades, como aparece nos depoimentos abaixo transcritos:

(...) Eu atendo na comunidade fazendo visita domiciliar. Entro de casa em casa e quando tem um paciente na casa dele, eu vou atender (AIS, maculino, 25 anos).

(...) Olha, meu trabalho aqui na comunidade como agente de saúde são várias coisas. Quando estou sozinho, faço visita domiciliar, de casa em casa, dividindo a comunidade (...) para fazer a visita domiciliar. Aqui não posso fazer uma visita

simples, devido à comunidade ser muito grande, então tenho que dividir as famílias para poder fazer as visitas. Isso leva três a quatro dias, dependendo... O que faço? Por exemplo, eu pergunto se tem paciente; se tiver, demora mais um pouco; meia hora, uma hora, dependendo do caso do paciente. Então praticamente em três dias eu faço o trabalho aqui. (AIS, masculino, 29 anos)

Durante o acompanhamento em campo das atividades dos AIS Baniwa, constatamos que os AIS aproveitam as refeições coletivas¹¹ para realizar a tarefa de identificação de doentes, cumprindo, por meio dessa estratégia, a obrigação, de efetuar visitas domiciliares.

Essa concepção restrita da visita domiciliar impossibilita o profissional que atua no DSEI de cumprir as premissas que orientam a inserção dela no conjunto de cuidados primários de saúde que orientam o PSF. Limitada à busca de doentes, ela não viabiliza ações de promoção e de educação em saúde. Para os profissionais não-indígenas ela poderia operar como forma de reconhecimento do contexto da vida da população indígena da área de abrangência do Pólo-Base, favorecendo a identificação das relações familiares dos grupos indígenas e o reconhecimento das linhas de poder político nas comunidades com quem interagem, mas tal potencialidade permanece não aproveitada no modelo de ação adotado pelas equipes. Além disso, a visita domiciliar também poderia contribuir para instituir práticas de atenção diferenciada, na medida em que favorecesse uma interação mais efetiva entre população indígena e profissionais de saúde, o que igualmente não ocorre.

A simplificação de estratégias como essa, reduzindo o trabalho do AIS à mera busca de doentes, também implica inviabilizar que o AIS atue como mediador entre as práticas da biomedicina e as práticas de saúde indígena. Ainda que essa atribuição povoe o discurso de todos os profissionais não-indígenas entrevistados na pesquisa, a prática sanitária apreendida no trabalho de campo reduz o AIS a um “buscador de doentes” a serem encaminhados para os profissionais não-indígenas, eliminando a possibilidade do AIS atuar como um protagonista no subsistema de saúde indígena.

¹¹ O povo Baniwa, possui o hábito de fazer refeições coletivas em suas comunidades.

Há, ainda, o problema da ressignificação, feita pelos AIS, das visitas domiciliares transformando-as numa interação com as famílias que são feitas num espaço diferente da casa, ou seja, num espaço coletivo como o salão comunitário, o que sugere que os profissionais não-indígenas de saúde do DSEI mostram pouca sensibilidade para entender as diferenças culturais da população com que trabalham. A singularidade do modo comunal de viver dos Baniwa torna desnecessária uma busca privada de interação, por parte do AIS, com as famílias atendidas, que partilham cotidiana e publicamente suas vivências e necessidades, tornando a visita feita no domicílio algo desnecessário para apreender necessidades sanitárias da população atendida. Aqui o AIS se mostra criativo e bem sucedido em readequar as normas técnicas às singularidades da cultura local, mas tem que fazê-lo às escondidas dos profissionais não-indígenas, que exigem o cumprimento literal da norma técnica, cobrando, do AIS, a visita regular de casa em casa.

5.5 . A Supervisão do Agente Indígena de Saúde Baniwa

Segundo Reis & Hortale (2004), o termo supervisão se origina das palavras latinas “super”, que significa “sobre”, e “vídeo”, que equivale a “eu vejo”. Para as autoras, o emprego literal desse conceito pode ser interpretado como *inspeção*. No entanto, os aprimoramentos de sua evolução resultaram em novos enfoques. “Num enfoque conservador supervisão significa visão sobre o objeto do trabalho realizado por outro. No enfoque moderno associa controle e educação, propõem uma relação entre parceiros, identifica práticas e instrumentos de atuação conjunta sobre o objeto de trabalho”. (2004, p. 494).

Para Cunha (1991), a supervisão é “um processo educativo e contínuo que consiste fundamentalmente em motivar e orientar os supervisionados na execução de atividades com base em normas, a fim de manter elevada a qualidade dos serviços prestados” (p.118). Da mesma forma, Santos *et al* (2001) a conceituam como “um processo interpessoal que procura

motivar a equipe no desenvolvimento de suas atividades direcionando-as para os objetivos da instituição” (p. 127).

Apesar do termo supervisão do trabalho, no âmbito da saúde, ter sido discutido por diversos anos no âmbito do SUS, Nunes (1986) enfatiza que não existe modelo universal de supervisão, nem mesmo um modelo único aplicável aos serviços de saúde no Brasil. A autora comenta também, que a supervisão é um bom instrumento de detecção de problemas; ela deve ter, ainda, a capacidade de “retornar, imediatamente, a informação coletada por quem supervisiona, para o serviço supervisionado com a finalidade de proporcionar elementos de reflexão para quem é supervisionado, que deverá tomar conhecimento de como o seu trabalho está contribuindo ou não na prestação de serviços” (p. 473).

O Ministério da Saúde (1982) pondera ser a supervisão um procedimento necessário em todo processo de trabalho realizado coletivamente, no qual estejam presentes profissionais com distintas formações e qualidade de atendimento. Assim sendo, a supervisão pode - e deve - servir de reforço e estímulo a diversas atividades, tais como o planejamento, a organização interna dos serviços e a capacitação de pessoal (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1982).

No atual contexto da política de atenção básica de saúde, o Ministério da Saúde, publicou, em 1997, a Portaria n. 1.886, que aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família (BRASIL, 1997). Em seu Anexo I, a Portaria recomenda que os profissionais enfermeiros instrutores/supervisores desenvolvam ações específicas de supervisão dos ACS, além daquelas que rotineiramente desenvolvem ao exercer a coordenação de Unidade Básica de Saúde - UBS.

Na saúde indígena, a FUNASA publicou, em 1999, o documento denominado *Formação de Agentes Indígenas de Saúde – Propostas de Diretrizes*. Nessa norma técnica, recomendava-se que a supervisão fosse realizada pela equipe multiprofissional, e todos os seus membros deveriam ser capacitados para o acompanhamento dos AIS. O mesmo

documento recomendava ainda, que a supervisão tivesse uma frequência capaz de proporcionar um conhecimento adequado da realidade sanitária e das relações com as sociedades envolvidas com a unidade de saúde, na busca de redimensionar e aprimorar as práticas de saúde (MS/FUNASA/COSAI, 1999).

De acordo com a FUNASA a finalidade da supervisão seria “promover o conhecimento continuado de formação do AIS, avaliando de forma participativa a qualidade dos procedimentos realizados e o impacto deles sobre a qualidade de vida das comunidades, a integração com as instituições e o sistema de saúde oficial” (MS/FUNASA/COSAI, 1999). Tal supervisão também poderia ser realizada indiretamente por meio de um sistema de radiofonia ou outro meio de comunicação (MS/FUNASA/COSAI, 1999).

Em estudo sobre a supervisão aos ACS em unidade de APS no SUS, em Ponta Grossa – Paraná, SILVA (2002) desvelou os limites e desafios da supervisão do ACS por enfermeiros. No estudo, a autora verificou que a supervisão não era realizada de forma sistemática, que era mesclada com outras rotinas das atividades da equipe, e que os profissionais demonstravam pouca habilidade para desempenhar a função de supervisor. Eles demonstravam dificuldade em compreender a supervisão como processo educativo capaz de permitir mudanças nas relações de trabalho e nas relações com a comunidade e, conseqüentemente, em viabilizar a reflexão acerca do modelo assistencial e de uma maior participação comunitária.

Um outro ponto destacado no estudo de SILVA (2002) é que os profissionais que exerciam o papel de supervisor não haviam sido habilitados, durante seus cursos de graduação, para entender as múltiplas dimensões da supervisão e para executá-la.

No cenário rionegrino, a falta de supervisão foi uma das principais críticas formuladas sobre o processo de capacitação dos AIS, no período prévio à implantação do DSEI. Assim sendo, a importância do processo de supervisão nos levou a buscar entender como está

organizada a estratégia de supervisão dos AIS, no momento atual, sete anos após a distritalização.

Para este fim, incluímos nos roteiros de entrevistas, questões específicas sobre o processo de supervisão dos AIS pela Enfermagem, buscando apreender de que forma ela é desenvolvida na rotina do DSEI.

Para as enfermeiras(os) entrevistadas(os), os principais objetivos da supervisão devem ser investigar se os AIS estão fazendo utilização correta dos medicamentos que aprenderam a manejar e se estão cumprindo suas obrigações de realizar visitas domiciliares semanais, tais como previamente programado. O depoimento de uma enfermeira ilustra essa posição:

(...) Essa supervisão é feita no final de cada mês, quando eles [os AIS] apresentam um relatório [trata-se de um formulário padronizado], descrevendo quais as doenças que aconteceram naquele mês, como foram tratadas e qual o medicamento usado. Então este formulário é repassado para o enfermeiro avaliar se eles estão utilizando os medicamentos corretamente para tal patologia, (...) caso os [AIS] que estejam com dúvidas (...) o enfermeiro, vai conversar para tentar sanar as dúvidas. É feita essa supervisão do trabalho com relação o uso de medicamentos (...). A outra parte da supervisão é sobre a atuação do agente, ou seja, se ele está realmente realizando o trabalho [programado] fazendo as visitas domiciliares semanalmente. (enfermeira, 25 anos)

No depoimento abaixo, feito por outra profissional, podemos verificar que embora ela afirme buscar uma maior proximidade com os AIS, para facilitar o trabalho, a supervisão continua a ser feita conforme a ida do enfermeiro às comunidades, para outras finalidades sanitárias.

(...) A supervisão fica muito assim... No dia em que a equipe chega à comunidade, fica acompanhando ele [o AIS] no dia da visita porque são muitas comunidades, então não tem como fazer supervisão deles todos os dias. Acompanhamos mais o AIS do Pólo-Base, geralmente todos os dias, inclusive nos finais de semana, agora nas outras comunidades os AIS ficam geralmente sós, sem supervisão (enfermeira, 30 anos)

Para apreender o entendimento dos AIS Baniwa sobre o processo de supervisão a eles ofertado, perguntamos a eles como definiriam *supervisão*. As respostas obtidas mostraram

que, para eles, a supervisão está relacionada a “discutir e executar juntos as ações de saúde”, tal como exemplificado no depoimento a seguir:

(...) para mim a supervisão é que eles [a equipe de saúde] têm que estar olhando assim, avaliando o trabalho do AIS, [vendo] como ele trabalha como ele atende o paciente. Então eu tenho meu pensamento assim (...) (AIS, masculino, 31 anos).

A descrição que os AIS fazem da supervisão que é feita de seu trabalho a representa como o processo é fragmentado e pouco transparente. Os AIS entrevistados ressaltam que às vezes, a equipe de saúde chega à comunidade, mas eles não sabem se estão sendo supervisionados ou não, porque a equipe só faz o atendimento dos doentes. A esse respeito três deles assim se posicionaram:

(...) a supervisão não é muito assim aparecida. Eles supervisionam meio assim, um pouco escondido. Vamos dar um exemplo, se eu trabalho com eles aqui pesando criança, ou trabalho conforme eles mandam ai depois no final do mês quando eles voltam para cidade, acho que anotam o que o AIS fez (...) (AIS, masculino, 34 anos).

(...) Todas as vezes que eles chegam aqui, ninguém nem ouve eles perguntarem se está tudo bem aqui, se tem paciente grave. Olha amanhã eles vão estar aqui e eles não perguntam nada (AIS, masculino, 33 anos).

(...) Às vezes eles chegam mesmo na comunidade só que não sei se eles estão fazendo supervisão de mim. É para chegar comigo lá e perguntar a mim [sobre o trabalho], mas não; eles chegam aqui, só fazem atendimento, deixam alguns medicamentos e só. (AIS, masculino, 31 anos).

Durante todo o trabalho de campo, não observamos a realização de atividades de supervisão, pelos profissionais do DSEI. Tal como os depoimentos acima evidenciam, se há supervisão, ela não é explicitada para o AIS, tampouco foi perceptível ao pesquisador. Durante o período de coleta de dados, não foi possível registrar nenhum trabalho de supervisão, explicitamente caracterizado como tal, pelas equipes de saúde que acompanhamos no Pólo-Base e nas comunidades.

Porém, identificamos a existência de um instrumento denominado *Descrição das Atividades de Acompanhamento dos AIS e Avaliação dos Mesmos para o Processo de Formação*, que faz parte do conjunto de formulários padronizados que compõem o relatório da equipe. Nele consta que a avaliação de desempenho do AIS deve ser feita pela equipe de saúde e pelos membros da comunidade.

O instrumento apresenta sete itens para a avaliação do desempenho do AIS que investigam se este: “Participou do planejamento das visitas; realizou visitas junto com a equipe; ofereceu registros de cadastramentos do censo populacional, nascimento e óbitos; preencheu adequadamente o livro de registro de atendimento, com dados de história, exames físicos e conduta; realizou atendimento com cordialidade; demonstrou conhecimento sobre doenças e condutas; demonstrou cooperação com a equipe”. Para cada item de desempenho, atribui-se uma pontuação que expressa a situação encontrada. O número 1 equivale a *não houve possibilidade de desenvolver a tarefa*; o número 2 equivale a: *realizou em parte*; o número 3 equivale a: *sim* (realizou as tarefas programadas); o número 4 a: *não realizou*; e o número 5 a: *não avaliado*.

Os AIS entrevistados afirmaram desconhecer o instrumento, mas enfermeiros e técnicos afirmam que o mesmo é preenchido por eles a cada viagem de atendimento em área, compondo os instrumentos obrigatoriamente preenchidos para concluir o relatório de atividades, referentes à permanência de 30 dias em área indígena. Nestas circunstâncias, se a supervisão é feita, isso ocorre de modo pouco transparente e sem um diálogo franco e educativo com os AIS.

5.6 Atenção Diferenciada

Como anteriormente relatado, não encontramos uma definição clara nos documentos oficiais da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (BRASIL/MS/FUNASA, 2000) do que caracterizaria a atenção diferenciada. A idéia surge de forma vaga, em recomendações de que as ações de saúde desenvolvidas no modelo de atenção à saúde indígena sejam socioculturalmente adaptadas, levando em consideração particularidades culturais, epidemiológicas e logísticas para o atendimento das comunidades indígenas (BRASIL, 2000).

Nesta parte do estudo, buscamos entender as concepções dos profissionais da equipe multidisciplinar sobre o que seria atenção diferenciada e se (e como) essas idéias encontram aplicação nas práticas sanitárias ofertadas no DSEI Rio Negro.

Na perseguição a esse objetivo, indagamos junto aos profissionais sobre a definição de atenção diferenciada. Os depoimentos coletados mostram que os profissionais entrevistados entendem a atenção diferenciada de duas formas. A primeira, entende a atenção diferenciada como a extensão da oferta das ações de saúde às comunidades indígenas, em contraste com o tipo de atenção ofertada no sistema municipal de saúde, pautada pela demanda espontânea de indígenas que acorram à sede do município. A segunda, entende atenção diferenciada como uma forma de respeito à cultura da população indígena no modo de prestar os serviços de saúde. Porém, os entrevistados não conseguiram descrever exatamente como isso seria feito.

(...) É a atenção que nós fazemos aqui no Rio Negro. [Aqui] a saúde vai até as comunidades, até as famílias, isso é a diferença, independente do grau de necessidade. Isso a torna especial, porque a saúde chega até eles [populações indígenas]. Ao chegar lá é feita atenção primária e, dependendo da necessidade o paciente é removido [para sede do DSEI]. Isso é diferenciado. (enfermeira, 28 anos)

(...) Na minha concepção atenção diferenciada na população indígena, é o profissional poder fazer as atividades respeitando a cultura, os costumes dessa população. Saber valorizar toda a tradição da cultura indígena, principalmente aqui em São Gabriel onde essa cultura, em menor ou em maior grau, aparece preservada [É] fazer atenção na comunidade, à imunização, o atendimento e acompanhamento

do paciente na própria casa, quando for é necessário, no próprio centro comunitário, ou então no próprio local de vivência desta comunidade. (odontólogo, 31 anos)

A outra pergunta formulada era se o entrevistado considerava que a equipe desenvolvia atividades culturalmente diferenciadas na rotina desenvolvida na área de abrangência do Pólo-Base. Os entrevistados afirmaram categoricamente que as ações de saúde por eles realizadas eram diferenciadas, na medida em que se deslocavam até o local onde vive a população para fazer o atendimento de saúde. Também classificavam como diferenciada a forma de abordagem dessa população, buscando levá-la a aceitar os procedimentos sanitários implementados pela equipe de saúde.

(...) É diferenciada na maneira de estar abordando o paciente, (...) porque sabemos que a população indígena tem sua cultura e, às vezes, temos que agir de maneira diferenciada (...). Por exemplo, se fosse trabalhar uma palestra ou coletar um exame de PCCU [Exame de prevenção do câncer do colo uterino] em uma mulher branca eu teria mais facilidade (...), porque ela teria mais conhecimento, e não teria tabus que às vezes elas [as indígenas] têm. Pode ser que a indígena venha para uma consulta e tenha a necessidade de fazer o PCCU; então eu passo todo o conhecimento, tento passar segurança, confiança; mas ela não aceita. Aí tenho que fazer o trabalho porque sei que é necessário. Com o tempo vou conversar, indo até a casa dela, para convencê-la. (enfermeira, 25 anos)

(...) claro, é uma atividade diferenciada porque fazemos visitas. O profissional vai até eles, muitas vezes na roça. Quando tem grávidas que às vezes recusam o atendimento, ficamos lá [na comunidade], insistindo. Por isso digo que é um atendimento diferenciado. (...) Tentamos convencer que ela [a gestante indígena] precisa fazer o pré-natal e a coleta do PCCU. Então por isso eu digo que é um atendimento diferenciado. (enfermeira, 30 anos)

Os depoimentos demonstram que o entendimento dos profissionais que participaram da pesquisa sobre o que seja atenção diferenciada é equivocado. Aparentemente, não percebem que ir até as comunidades para fazer o atendimento não é sinônimo de fazer promoção à saúde, nem de respeito à tradição e aos costumes.

Para este outro entrevistado, as atividades desenvolvidas no território distrital não contemplam ações diferenciadas, embora exista, por parte de alguns profissionais de saúde, a sensibilidade do respeito à cultura. Mas, quando avaliado o modelo de assistência adotado

pelo DSEI Rio Negro, podemos nos certificar de que o assunto não se configura como uma das prioridades de gestão do subsistema de saúde indígena.

(...) De modo geral, não desenvolvemos atividade diferenciada. Mesmo tendo em alguns profissionais uma sensibilidade maior de não levar à risca, todas as atitudes, todos os procedimentos [preconizados nas ações programáticas], de tentar respeitar alguns aspectos culturais e de entender o porquê de um paciente se negar a fazer tratamento. (...) Isso não define que o modelo de atenção seja diferenciado. Se fossemos analisar o modelo de atenção à saúde no Alto Rio Negro o que existe é certa flexibilidade, por parte de alguns profissionais de saúde, com os traços culturais da população (...). O fato de o paciente negar-se a se submeter ao tratamento, não significa que isso seja uma atenção diferenciada (...). Atenção diferenciada especificamente não existe. Embora se tenha tentado trabalhar alguma coisa nesse sentido, como sugerir que o paciente faça um tratamento alternativo, ou que vá primeiro, digamos assim, a um rezador ou a um pajé, para depois, se não tiver solução, procurar um agente de saúde, isso não significa ter uma atenção diferenciada, por mais que seja uma forma de respeito à cultura. (enfermeiro, 33 anos)

O entendimento dos profissionais que participaram da pesquisa, sobre o que é atenção diferenciada é bastante distinto do que é preconizado pela Política Nacional de Saúde Indígena. Para os entrevistados, a atenção diferenciada se confunde com a extensão de cobertura provida pela implantação do DSEI. Por outro lado, ainda que alguns profissionais afirmem que a atenção diferenciada deve contemplar o respeito à diversidade cultural, não observamos, no período de coleta de dados, quaisquer adaptações das ações programáticas ofertadas pela EMSI que pudessem ser atribuídas às singularidades culturais da clientela. Assim avaliado, o modelo de assistência adotado pelo DSEI Rio Negro não prioriza a diferenciação da atenção como uma de suas linhas essenciais de ação.

Durante o trabalho de campo, foi possível observar o desencontro entre as prioridades dos pacientes indígenas, na busca pela medicina tradicional, e a valorização da biomedicina pelos profissionais não-indígenas. Estes demonstravam pouca sensibilidade para lidar com as representações indígenas sobre o processo saúde e doença, particularmente elas implicavam o não-seguimento de todas as condutas preconizadas pelos profissionais das EMSI. Tais desencontros podem ser demonstrados nos registros etnográficos de dois casos observados pelo pesquisador.

(...) Um senhor de 70 anos está retornando da Casa do Índio com alta por cura, e aguarda no pólo, à espera de ser conduzido à sua comunidade de origem. Embora esteja de alta, o paciente se queixa de estar muito doente, e pede para retornar à cidade para iniciar tratamento. Os profissionais se negam a encaminhar o paciente novamente para São Gabriel, já que seus exames estavam todos normais.

Entretanto, o paciente, no momento, se queixa de dor em todo o corpo, perda de peso, falta de apetite e cansaço mesmo em pequenos esforços. Logo, os profissionais imaginam tratar-se de Tuberculose Pulmonar, porém ficam confusos devido os resultados negativos dos exames. A conduta adotada foi manter o paciente em observação, fazer antibioticoterapia, hidratação endovenosa e reforçar a alimentação. Dois dias se passaram, e o quadro clínico permanecia sem alterações.

Essa situação levou os profissionais a imaginar que o paciente estava tentando se passar por doente, porque queria voltar para São Gabriel. Enquanto isso, um dos profissionais procura o enfermeiro e relata o seguinte: - “Olha enfermeiro o paciente me procurou e disse que o caso dele só quem pode curar é o pajé, e que esse pajé mora próximo ao município de Santa Isabel do Rio Negro. Por isso ele veio procurar a equipe para encaminhá-lo de volta para São Gabriel. Acontece que não tenho autorização para atender a esse tipo de demanda, pois, o combustível que existe é destinado para remoção de pacientes graves, o que não é o caso dele, por isso fica difícil!”.

Após relatar o problema para o enfermeiro, o técnico de enfermagem retorna para junto do paciente para administrar a medicação prescrita. Mais uma vez o paciente diz: - “O meu problema não é possível de ser curado com soro, eu preciso ir até o Pajé. O que eu quero de vocês é apenas ajuda para chegar até lá”. Apesar de toda insistência, o paciente não obtém sucesso em sua demanda. No dia seguinte, logo cedo, ele pediu a retirada do soro, porque ia procurar um benzedor que existia na comunidade de Camocim, para pede ajuda. Em conversa com os técnicos, o paciente pede um pouco de “rancho” (alimentação) para levar como pagamento para o benzedor, pois estava ausente de sua comunidade há vários dias e não tinha como pagar pela consulta. Novamente a ajuda pedida é negada, pelo alegado motivo de que a alimentação disponível no pólo seria destinada apenas aos doentes ali acompanhados. Então, com ajuda de sua esposa o paciente sai à procura do benzedor. Até o momento da nossa partida da comunidade o paciente não tinha retornado ao Pólo-Base.

Este episódio revela a dificuldade dos profissionais em compreender as demandas e necessidades dos pacientes indígenas em relação à medicina tradicional, dificultando assim a consolidação de um modelo de assistência diferenciada à saúde das populações indígenas.

Em outro caso de doença observado, descreveremos a assistência médica a um paciente com história de “feitiço”. Tal descrição nos ajuda a entender a dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com situações complexas, que ultrapassem as explicações mais restritas da biomedicina. O episódio ilustra também a restrita capacidade de negociação do sistema médico do DSEI em relativizar as origens e formas indígenas de lidar com os problemas de saúde.

(...) O senhor tem 60 anos e é evangélico. Chega ao Pólo-Base, perguntando pelo médico. A técnica de enfermagem pergunta o que ele, está sentindo e ele informa que está com dor de ouvido.

O médico, que está sentado, arrumando seus livros, pergunta ao paciente: - Quando começou esta dor? O paciente se senta e, colocando a mão sobre seu ouvido direito e responde: - Começou há 7 dias atrás, só que hoje está mais forte! O médico se levanta e se aproxima do paciente, continuando o interrogatório, buscando uma caracterização diagnóstica e passa depois para o exame físico.

Ao final do exame o médico conclui que o ouvido do paciente está sadio e constata que o ele tem dor osteomuscular. Apesar disso, opta por prescrever Amoxicilina 500mg via oral, 3 vezes ao dia.

No dia seguinte, logo de manhã cedo, o filho do paciente retorna ao pólo e diz que seu pai permanece com muita dor. O médico reexamina ouvido e registra os dados encontrados: hiperemia leve do conduto auditivo externo na região proximal ao tímpano. Faz então a seguinte prescrição: Diazepam 01 ampola intramuscular, Soro Glicosado 5% 1.000 ml, Amoxicilina 1g + Clavulonato de Potássio VO de 3/3 horas e Tramal 02 gotas de 4/4 horas. Em seguida, volta a conferir os sinais vitais temperatura: 37° C, frequência cardíaca: 62 batimentos por minuto, frequência respiratória: 40 respirações por minuto e pressão arterial: 110 X 90 mmHg.

Por volta das 14 horas, o agente de saúde chega ao posto e diz: Olha, médico, meu sogro, que é da comunidade de São João, chegou agora à tarde na minha casa e disse que está com a doença do Sr. Zé Ualama (um tipo de doença tradicional), então tem que mandar para o pajé. O médico faz um gesto de surpresa e pergunta ao agente de saúde: - Ele está fazendo uso de medicamento caseiro? O AIS responde que sim! E completa: - Olha, médico, quando o paciente estava no 3° dia de tratamento a esposa dele não viu melhora com os remédios que você passava, então ela resolveu usar as plantas que ela conhecia para ajudar o marido dela. Ela usou uma planta chamada kapoliro. Ele é colocado na pele e fica um pouco dormente.

Após mais uns dias, o filho do paciente retorna ao posto de saúde e diz: - Doutor, o meu pai está pior! O médico vai até a casa do paciente e constata que o mesmo evolui para uma paralisia do nervo facial. Então, no final da tarde, o médico decide fazer a remoção do paciente para consulta com neurologista em São Gabriel.

O paciente imediatamente diz que não quer ir para S. Gabriel. Então, o filho do paciente diz: - Sabe, doutor, o meu velho pai disse para mim, que a doença dele é feitiço. Um dia desses ele estava pescando e encontrou, no rio, duas pessoas que ele não conhecia. Ele não conseguiu ver a cara delas, só viu que tinham corpo de bicho. Então [quando adoeceu] ele disse para mim: - Olha meu filho isso é feitiço! É por isso ele quer ir primeiro no pajé, se não resolver o problema, aí ele volta para cá, e depois vai para São Gabriel. O medico respondeu: - Se ele não quiser ir para São Gabriel o problema não é mais meu! Vocês têm que assinar um termo, se responsabilizando pela saúde do pai de vocês. Só não quero que aconteça alguma coisa grave e depois digam que a culpa é minha. Agora vocês podem levar ele para onde quiserem. No dia seguinte o Sr. Z, acompanhado da esposa e de uma filha sai rumo à casa do pajé, afirmando que só voltará para casa após conversar com o pajé. Até nossa saída de campo não conseguimos saber outras notícias desse paciente.

Os dois relatos mostram a hegemonia do modelo biomédico, nas práticas sanitárias produzidas pelos profissionais de saúde no DSEI, deixando pouco espaço para alternativas tradicionais de cura. Para Garnelo e Langdon, tal situação está diretamente relacionada ao processo de formação destes profissionais, que “geralmente não tem uma formação que lhes

permita refletir sobre as características e potencialidades de outros modelos de atenção à saúde, e de prover abordagens integrais, menos biológicas e individualistas” (2005, p. 149).

Por fim, recorremos às afirmações de Garnelo e Langdon (2005), para quem o uso da antropologia nos serviços de saúde indígena pode auxiliar no preenchimento das lacunas deixadas pela a abordagem biomédica tradicional.

Enquanto que muitos profissionais adotam uma postura assistencialista ou salvacionista com as minorias marginalizadas, os antropólogos percebem situações de intermedicalidade, marcadas por negociações de poderes frente à presença de várias alternativas de cuidados em saúde e uma desigualdade inerente nas relações entre os índios e os profissionais de saúde (p. 151).

Tal raciocínio poderia ser bem utilizado para conduzir a relação travada entre profissionais e pacientes, no âmbito do território do DSEI Rio Negro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista os objetivos dessa pesquisa, buscou-se caracterizar as práticas sanitárias da equipe multidisciplinar de saúde, aí incluído o agente indígena de saúde, do DSEI Rio Negro, analisando sua congruência com os princípios da atenção diferenciada à saúde das populações indígenas rionegrinas.

O perfil sócio-demográfico dos agentes indígenas de saúde Baniwa se caracterizou pela absoluta predominância do sexo masculino, com a média de idade de 37 anos, e uma discreta predominância de adultos jovens exercendo essa atividade. De acordo com o levantamento a maioria deles possui uma longa experiência de trabalho em saúde, tendo iniciado sua atuação vários anos antes da implantação do DSEI, apesar de sua baixa escolaridade, cuja média foi de 4 (quatro) anos de estudo. Os limites na escolaridade foram apontados pelos profissionais não-indígenas como um dos principais obstáculos ao processo de ensino-aprendizado das habilidades e competências requeridas a um AIS. Apesar disso, a distritalização não logrou implantar iniciativas sistemáticas de ensino profissional, capaz de integrar a escolaridade regular ao ensino em serviço. As iniciativas de capacitação que existiam antes da distritalização foram igualmente descontinuadas.

A análise dos conteúdos dos treinamentos ministrados no DSEI, no período pré e pós-distritalização, evidenciou uma alta concentração de carga horária e temas voltados para o diagnóstico e tratamento de doenças, em prejuízo das discussões sobre promoção à saúde, participação e controle social. Eles tampouco propiciaram o exercício da atenção diferenciada e do respeito às especificidades culturais e práticas tradicionais de cuidados de saúde das culturas locais. A proposta de formação enunciada pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) não avançou além do módulo introdutório e desconsiderou a experiência e capacitação prévia dos AIS, ainda que muitos deles já tivessem cursado mais de 77% do total da carga horária requerida pelo processo formador instituído pela FUNASA. No período pós-

distritalização, persistiram problemas como a falta de um projeto político-pedagógico que orientasse o processo formador, a hegemonia de temas tecnicistas na grade curricular dos cursos oferecidos e a dificuldade em contemplar, nas programações, a especificidade da questão indígena.

No âmbito das práticas sanitárias dos membros não-indígenas da EMSI, observou-se que a organização do trabalho ali instituída leva os enfermeiros e os técnicos de enfermagem a privilegiar o aspecto burocrático-administrativo das rotinas e o atendimento à demanda espontânea dos usuários doentes. Nesse último caso, também foi observada a tendência a desenvolver tarefas para as quais não estão habilitados, tais como a atenção curativa a doenças diversas, oriunda de demanda espontânea. Tal situação está ligada à carência de profissionais médicos, mas o problema é naturalizado no cotidiano das equipes e justificado por se tratar de área indígena, deixando subentendido que ali o exercício profissional pode comportar ações interditas em outros contextos institucionais. O que é uma distorção, passa a ser visto como corriqueiro e natural para a área indígena.

Há certo nível de conflito de ordem laborativa entre enfermeiros e técnicos de enfermagem, o que se deve basicamente à superposição de tarefas, uma vez que, na ausência do enfermeiro em área indígena, os técnicos de enfermagem devem desenvolver as atividades que seriam próprias do profissional de nível superior. O perfil de atuação da EMSI é marcado pelo modelo assistencial curativo, com atendimento fragmentário à demanda espontânea. Ainda que os profissionais efetuem assistência a agravos de tipo infeccioso e crônico-degenerativo e atendam a grupos populacionais específicos (grupo materno-infantil), o componente curativo monopoliza os esforços dos membros da equipe, com prejuízo dos componentes de vigilância à saúde, tal como previsto nas normas dos programas nacionais de saúde. Dentre as atividades essenciais desenvolvidas no DSEI, a logística de deslocamento consome grande parte do tempo e energia da EMSI, com implicações negativas na supervisão

e acompanhamento dos agentes de saúde e na implementação do princípio da atenção diferenciada previsto na Política Nacional de Saúde Indígena.

Na relação da equipe com os AIS os profissionais não-indígenas afirmam reconhecer a importância do AIS como membro da equipe, porém a principal atividade legitimada no trabalho rotineiro é o papel de tradutor e facilitador do trabalho dos profissionais não-indígenas junto às comunidades atendidas, havendo escassa ou nula atuação do AIS como sujeito político e promotor da saúde. Os AIS não são chamados a participar dos momentos de planejamento das atividades e nem recebem capacitação para o desenvolvimento de atividades educativas e de promoção à saúde em geral.

Outras atividades recorrentes observadas durante o trabalho de campo foram o atendimento espontâneo-curativo feito pelos AIS aos pacientes que buscam ajuda para o alívio de suas enfermidades, o que costuma ocorrer apenas na ausência dos profissionais não-índios; a realização de visitas domiciliares, que visam identificar pessoas doentes para serem encaminhadas para atendimento; e atividades de apoio logístico e de serviços gerais (limpeza do pólo transporte de cargas, atendimento à radiofonia, ligar e desligar o gerador de luz etc.).

De acordo com o ponto de vista dos AIS, na ausência dos outros membros da equipe, seu trabalho limita-se a comunicar os moradores da comunidade sobre a visita programada dos brancos. Trata-se, como disse um deles, de “avisar ao pessoal para não ir para a roça nem para a pescaria, para que fiquem aguardando a equipe de saúde”. Nessa mesma linha de raciocínio, os AIS entendem como principais diferenças entre sua prática e a dos profissionais não-indígenas a reduzida presença desses últimos nas comunidades ao longo do ano, e a maior escolaridade dos não-índios.

Para os AIS, particularmente os mais antigos, suas condições de trabalho pouco melhoraram após a implantação do DSEI. Ressalvadas as maiores facilidades de remoção de pacientes e o maior afluxo de insumos, os agentes percebem a distritalização sanitária como

um aumento do controle sobre seu trabalho e uma intensificação das cobranças, sem melhoria das condições laborativas, nem de sua capacitação para desempenhar as antigas e as novas tarefas.

Um dos principais pontos de conflito entre os profissionais indígenas e não-indígenas é a recusa (explícita ou sub-reptícia) dos AIS em realizar diariamente a visita domiciliar. O evento é interpretado pelos não-indígenas como falta de compromisso dos AIS com as normas emanadas do DSEI. Já os AIS entendem que o objetivo dessa atividade é a procura de pessoas doentes, para encaminhá-las ao tratamento. Nessas circunstâncias, optam por fazer essa busca no momento das refeições comunitárias, ocasiões em que encontram toda a comunidade reunida. Tal forma de encaminhamento é rejeitada pelos profissionais não-índios, que consideram a tarefa não realizada.

A concepção e a prática correntes sobre a visita domiciliar no pólo-base estudado contrariam a proposta do SUS, sistematizada por meio das normas do PACS e do PSF. Para tais programas de saúde, a visita domiciliar deve ser uma atividade capaz de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença junto a indivíduos e grupos sociais, visando à promoção de saúde da coletividade, o que não observamos durante o trabalho de campo. A singularidade do modo comunal de viver dos Baniwa torna desnecessária uma busca privada de doentes, dada a partilha cotidiana e pública de vivências e necessidades dos comunitários. Isso torna a visita feita no domicílio algo desnecessário, caso sua finalidade seja apenas a busca de doentes, facilmente identificáveis por sua ausência na refeição coletiva.

A análise do atendimento ao grupo materno-infantil evidenciou a dificuldade de comunicação entre o enfermeiro e a sua clientela (que pouco fala português) e uma padronização (num modelo com características urbanas) das consultas de enfermagem ofertadas no pré-natal, as quais são inadequadas às especificidades epidemiológicas e culturais das mulheres indígenas. Tais elementos constituem-se em obstáculos importantes à

boa qualidade do pré-natal. São problemas que suscitam uma reflexão mais geral sobre o papel e formas de atuação do enfermeiro (a) no campo da saúde indígena; esse profissional não dispõe de um modelo capaz de orientar sobre as particularidades de suas práticas, deixando margem a um alto grau de improvisação individual dos membros da equipe, com resultados nem sempre positivos. Inferência similar pode ser feita para as outras categorias profissionais.

A interpretação dos profissionais sobre o que seja atenção diferenciada é contraditória e difere significativamente do que é preconizado pela Política Nacional de Saúde Indígena. Boa parte dos entrevistados assimila a atenção diferenciada à extensão de cobertura provida pelo DSEI. Poucos deles referem atenção diferenciada ao respeito à diversidade cultural, permanecendo tal interpretação no plano da abstração, não se concretizando em reformulação das rotinas de serviços para adequá-los às necessidades e singularidades dos grupos étnicos atendidos. Assim avaliado, o modelo de assistência adotado pelo DSEI Rio Negro não coloca a diferenciação da atenção como uma de suas linhas essenciais de ação.

Contudo, é importante assinalar que as conclusões dessa pesquisa não pressupõem culpabilidade ou má-fé dos membros das EMSI. O cenário descrito é produto de um modelo de gestão e de um processo de trabalho que ultrapassam a governabilidade individual dos sujeitos, que favorecem o uso do senso comum, perpetuam a desqualificação da mão de obra do DSEI e que deixam os profissionais e população vulneráveis, frente às incertezas e descaminhos da política de saúde indígena.

REFERÊNCIAS

AMARO, Sarita. Visita domiciliar: uma técnica de revelação da realidade. Disponível em [http:// ww.pucrs.br/eventos/sbpc/uergs/oficina/001.doc](http://ww.pucrs.br/eventos/sbpc/uergs/oficina/001.doc) – Acesso em: 20 de julho de 2007.

ARGENTINO, S. Rio Negro (1996-2000). In: BITTENCOURT, M. *et al.* **Acre, Rio Negro e Xingu: a formação indígena para o trabalho em saúde**. São Paulo: Associação Saúde Sem Limites, 2005. 129. p.60-88.

ATHIAS, R. M. ; MACHADO, Marina. A Saúde Indígena no Processo de Implantação dos Distritos Sanitários: Temas Críticos e Propostas para um Diálogo Interdisciplinar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 425-432, 2001.

CARVALHO, B. G; MARTIN, G. B; JR, C. L: A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M; SORES, A.D; JR, C. L. (orgs.) **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Editora UEL, 2001. 268. p. 27-59.

CASTRO, Cláudia. Fronteira das culturas: educação profissional na saúde indígena; História, impasses e perspectivas da formação do agente de saúde indígena. **REVISTA RET-SUS**, Ano I, n. 8, p.4-7, maio. 2005.

CLIFFORD J. A experiência etnográfica. Antropologia e Literatura no século XX. Rio de Janeiro: UFRJ; 2002.

COHEN-EMERIQUE, MARGALIT. L'approche interculturelle auprès des migrants. In: LEGAULT, GISÉLE (coord.). **L'intervention interculturelle**. Quebec: Ed. Gaetan Morin, 2000.

COIMBRA, JR. C.E.A; GARNELO, L. Questões de saúde reprodutiva da mulher indígena no Brasil. In: MONTEIRO, S; SANSONE, L (orgs.). **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. 344. p.153-173.

CUNHA, Kathia, C. Supervisão em enfermagem. In: KURCGANT, P (coord.). **Administração em enfermagem**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária LTDA.1991, 237 p.117-132.

DIAS-SCOPEL, R.P. O agente indígena de saúde Xokleng: um mediador entre a comunidade indígena e os serviços de atenção diferenciada à saúde – uma abordagem da antropologia da saúde. 2005. 174f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

ERTHAL, R.M.C. A Formação do Agente de Saúde Indígena Tikuna no Alto Solimões: Uma Avaliação Crítica. In: COIMBRA, JR. C.E.A.; SANTOS, R (orgs). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2003, 260 p. 197-216.

FERRAZ, Lucimare ; AERTS, D. . O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n.2, p. 347-355, abr/jun 2005.

FIGUEROA, A.L; MAINBURG, E.M.T. Formação de indígenas como agentes comunitários de saúde no alto rio negro. In: **Tratado de Cooperacao Amazônico**. Quito / Equador. 1994. p. 243-259.

GARNELO, L. Poder, Hierarquia e Reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. v. 1. 260 p.

GARNELO, L. Projeto rede autônoma de saúde indígena: uma experiência de educação e comunicação em saúde indígena. In: VASCONCELOS, E.M (org.). **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde**. São Paulo: editora Hucitec, 2001, 281. p. 237-259.

GARNELO, L. Representações Sociais em saúde indígena: o mercado simbólico do Alto Rio Negro. **Educação em Questão**, Natal, v.12\13, p. 80-99, 2003.

GARNELO, L. Medicina tradicional Baniwa: uma experiência de intervenção social em busca de uma teoria. In: LANGDON, E.J GARNELO, L (Orgs). Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004 248. p. 171-194.

GARNELO, L; SILVA, R. Capacitação de Agentes Indígena de Saúde – Aspectos metodológicos, In: X CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Brasília, 1996. 17p.

GARNELO, L; WRIGHT, R. Doença, cura e serviços de saúde: Representações, práticas e demandas Baniwa. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.17, n.2, p. 273-284, 2001.

GARNELO, L; LANGDON, J. A antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde. In: MINAYO, MC; COIMBRA Jr. CEA, (orgs). **Críticas e Atuantes: Ciências Sociais e humanas em Saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 708 p. 133-156.

GARNELO, L; MACEDO, G; BRANDÃO, L.C. Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil: Organização Pan-Americana de Saúde, Brasília, 2003. 120p.

GEERTZ, C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos: Editora S.A., 1989.

GREENE, S, “ The shamau’s needle: development, shamanic agency, and intermedicality. In: Aguaruna lands, Peru”, *Amdrican Ethnologist*, 25 (4), p. 634 – 658, 1998.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de janeiro, 15 (Suplemento), p. 57-70, 2005.

JODELET D. **As representações sociais**. Rio de janeiro: Editora UERJ: 2001

KAWAMOTO, E.E.; SANTOS, M.C.H.; MATOS, T.M. Enfermagem Comunitária: visita domiciliária. São Paulo: EPU, 1995.

KROEGER, A.; LUNA, R (org): Atención Primaria de salud: principios y métodos, 2ª ed, Organización Pan-americana de Saúde-Pax México, Librería Carlos Césarman, 1992.

LANGDON, E. J Políticas públicas de saúde indígena: implicações para minorias e saúde reprodutiva. In: MONTEIRO, S; SANSONE, L (orgs.). **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. 344. p. 211-226.

LANGDON, E. J. Uma avaliação da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: LANGDON, E.J GARNELO,L (Orgs). **Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004 248. p. 33-51

LANGDON, E. J. Cultura e Processos de Saúde e Doença. In: SEMINÁRIO SOBRE CULTURA, SAÚDE E DOENÇA. Londrina. Anais 2003, p. 91-107.

LANGDON, E. JEAN; *et al.* A participação dos agentes indigenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil (Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.22, n.10, p. 1547- 1554, 2006.

LEVY, F.M; MATOS,P.E.S; TOMITA, N.E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.20, n.1, p. 197-203, jan/fev. 2004.

MENDES.E.V. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Hucitec/Abrasco, 1999.

MENDONÇA, S.B.M. O agente indígena de saúde no Parque Indígena do Xingu. 1996. 149f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) Pontifícia universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

MENDONÇA, S.B.M. O agente indígena de saúde no parque indígena do Xingu: Reflexões, In: BARUZZI, R. G; TEIXEIRA, C (Orgs). **Parque indígena do Xingu: Saúde, cultura e história**. São Paulo: Editora Terra Virgem, 2005, p. 227-244.

MENÉNDEZ. E; modelo de atención de los padecimientos: de exlusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.1, p.185-208, 2003.

MERHY, E. E., Saúde: a cartografia do trabalho vivo, 2ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2005, v.2, p. 189.

MERHY, E.E.; FRANCO.TB 2001. Programa de saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial.. In: Merhy, E.E; et al (Orgs). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 1ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2003, v. 1, p. 55-124.

MINAYO M.C.S. Conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In GUARESCHI P, JOVCHELOVIT S. (Orgs). **Textos em Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2ª.ed. 1995. p. 89-111.

MINAYO M.C.S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª edição HUCITEC: São Paulo, 2004.

MINAYO, M. C., D'ELIA, J. C. e SVITONE, E. Programa Agente de Saúde do Ceará. Estudo de Caso. Brasília : UNICEF, 1990, 60p.

MINAYO.M.C.S. Ciência , técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, MCS (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21ª ed, Petrópolis: Vozes, 2002. 80. p. 9-30.

NASCIMENTO, M.S; NASCIMENTO, M. A. A: Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde *versus* as ações programáticas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10 n.2, p. 333-345, 2005.

NORONHA, J. C. ; LEVCOVITZ, E. AIS - SUDS - SUS: Os Caminhos do Direito à Saúde. In: Reinaldo Guimarães; Ricardo Tavares. (Org.). **Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994, v. , p. 73-111.

NUNES, Mônica, O; et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.18, n.6, p.1639-1646. Dez, 2002.

NUNES, Tânia C. M. A supervisão: uma proposta pedagógica para o setor saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v.2, n.4, p.466-476, Out/Dez, 1986.

OLIVEIRA, L.S.S. O agente indígena de saúde do parque do indígena do Xingu: perspectivas de formação e trabalho. In: BARUZZI, R. G; TEIXEIRA, C (orgs). **Parque indígena do Xingu: Saúde, cultura e história**. São Paulo: Editora Terra Virgem, 2005, p. 247-257.

OLIVEIRA, Roselene, M. Situação epidemiológica da tuberculose e as condições de vida no município de São Gabriel da Cachoeira- AM. 2004. 95f. Dissertação (Mestrado Interinstitucional em Saúde Pública na Amazônia Ocidental) Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Manaus.

PEDROSA, J.I.S; TELES.J.B. Consenso e diferença em equipes do programa saúde da família. **Revista Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.35, n.3, p.303 – 311, jun, 2001.

PIRES, M.R.G. M. Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Ciência. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 10, n. 4, p.1025-1035, out/dez. 2005.

PIRES. D; GELBCKE, F.L; MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer dos trabalhadores de nível médio. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.2, n. 2, p. 311– 325, 2004.

POLIT. D. F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

REIS, C.C.L; HORTALE, V. L. Programa Saúde da Família: supervisão ou “convisao”? Estudo de caso em um município de médio porte. **Caderno de Saúde Publica**. Rio de Janeiro, v.20. n.2 p.492-501, mar/abr. 2004.

SANTOS, A.L. et al. **Formação de agentes indígenas de saúde: proposta de diretrizes**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde: Mimeo. 1996.

SANTOS, Iraci. et al. Enfermagem fundamental: realidade, questões e soluções. São Paulo: Atheneu, 2001. 302p.

SANTOS, L. P. G. S. A atuação do agente comunitário de saúde em São Bernardo do Campo: possibilidades e limites para a promoção da saúde. 2005, 128f Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. São Paulo.

SHIMIZU HRI, H; *et al.* A prática do auxiliar de enfermagem no programa saúde da família. **Ver. Latino-am Enfermagem**. v.12, n.5, p.713-720, 2004.

SILVA, Arlete B.F. A supervisão do Agente Comunitário de Saúde: limites e desafios para a Enfermeira. 2002. 123f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Estadual de Ponta Grossa, Paraná.

SILVA, J,A; DALMASO,A,S,W: O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.6, n. 10, p.75-83, fev. 2002.

SILVA, M. C. R.; SILVA, V. R. Gênero, Saúde e Meio Ambiente: o trabalho do agente comunitário de saúde na Amazônia Ocidental. VII CONGRESSO LATINOAMERICANO DE SOCIOLOGIA RURAL. Quito, 20 a 24 de novembro 2006.

TAKAHASHI, R.F. & OLIVEIRA, M.A.C. **A visita domiciliária no contexto da saúde da família**. In BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

TOMAZ, J.B.C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface – Comunic. Saúde, Educ.** v.6, n.10, p. 75-94, fev 2002.

VASCONSELLOS, M.P.C. Reflexões sobre a saúde da família. In: MENDES, E.V. (org). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo, Editora HUCITEC, 1998. p. 155-172.

WEIGEL, Valéria A. C.M. Os Baniwa e a escola: sentidos e repercussões. **Revista Brasileira de Educação**. Rio de Janeiro, n. 22, p. 05-13, Jan./Abr. 2003.

REFERÊNCIA CONSULTADA

BRASIL, Fundação Nacional de Saúde. **Manual de atenção à saúde da criança indígena brasileira. In: Renato Mirou Yamamoto (org);** promovido pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Brasília, 2004. 239 p.

_____, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Programa **Saúde Indígena: Etnodesenvolvimento das sociedades indígenas.** Brasília: Ministério da Saúde, 52p. 2001.

_____, Ministério da Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. **Supervisão em serviços básicos de saúde.** Brasília, 1982. 19p.

_____, Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Operações. Coordenação de Saúde do Índio: **Formação de Agentes Indígenas de Saúde,** Brasília, 1999.

_____, Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Portaria nº 853,** de 30 de setembro de 1999. Criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. **Diário Oficial da União.** Brasília, 1 de outubro de 1999. Seção 1: p.189.

_____, Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde.** Brasília: Editora MS. 2004. 64p.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria n. 95** de 26 de janeiro de 2001. Dispõe sobre a **NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde.** Brasília.2001.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.167** de 14 de setembro de 1999. Dispõem sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e dá outras. **Diário oficial da União,** 15 de setembro de 1999, Seção I, p.33, 1999. Legislação Federal.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília, 1997. 36p.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília, 2004. 82p.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. **Plano nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004 – 2007**. 1ª ed: Brasília, 2004. 48p.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde; departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromisso para a saúde integral da saúde da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília; 2005. 80p.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde: **As cartas de promoção da saúde**. Brasília: 2002. 56 p.

_____, Ministério da Saúde. Secretária Executiva. **Programa Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, 1991. 40p.

_____, .Constituição (1988). Artigo 231, sob o título VIII – Da Ordem Social, Capítulo VIII - Dos índios. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, Senado Federal 1988.

_____, Decreto n. 3.156 de 27 de agosto de 1999. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, Edição Extra, 28 de agosto de 1999, n. 165-A, pp. 37-38, Seção 1, 1999a. Legislação Federal.

_____, Lei n. 9.836 de 23 de setembro de 1999. Dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. **Diário Oficial da União**. Brasília, 20 de setembro de 1999. Seção I.

_____, Ministério da Saúde. Lei 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília: 11 de julho de 2002.

CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DOM WALTER – DIOCESE. Relatório Técnico do Convênio 776/99 – Diocese/Funasa de 1999. São Gabriel da Cachoeira, outubro de 2000. 35p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. . Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõem sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília. **Diário oficial da União**, 26 de junho de 1986, Seção I, fls. 9.273 a 9.275.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n.º 271**, de 12 de julho de 2002. Regulamenta ações do Enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames. Rio de Janeiro, 2002.

COORDENAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES INDÍGENAS DA AMAZÔNIA BRASILEIRA. **Relatório do 1º e 2º curso de agentes indígena de saúde no rio Içana**. Manaus, 1993. 8p.

FEDERAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES INDÍGENA DO RIO NEGRO. **Plano Distrital do DSEI Rio Negro para 2002**. São Gabriel da Cachoeira, 2002.

_____, **Relatório do curso de capacitação dos Agentes Indígena de Saúde, Módulo Introdutório**. São Gabriel da Cachoeira, maio de 2003. 45p.

_____, **Plano Distrital de Saúde para 2005 a 2007**. São Gabriel da Cachoeira, 2005.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Departamento de Saúde Indígena. **Normas e rotinas para a organização da rede de atenção à saúde indígena (proposta para discussão)** Brasília, 2000. 16p.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Escritório Regional do Amazonas. **Capacitação de Agentes indígenas de saúde do alto rio Negro: proposta de reformulação curricular**. São Gabriel da Cachoeira, ago/set, 1998. 14p.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília, 2000.

I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS. Relatório Final. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde: Brasília, 1986.

II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE PARA OS POVOS INDÍGENAS. Relatório Final. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde: Brasília, 1993.

III CONFERÊNCIA NACIONAL DE PROTEÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENA. Relatório Final. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde: Brasília, 2003.

OMS/UNICEF. Atenção Primária de Saúde. **INFORME DA CONFÊRENCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENÇÃO PRIMARIA DE SAÚDE. ALMA ATA, URSS, 6-12 setembro, 1978, Ginebra, 1978**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS. Núcleo de Estudos em Saúde Pública. Projeto Rede Autônoma de Saúde Indígena. **Projeto de Medicina Tradicional Baniwa - Relatório de Atividades: Maio de 1998 a Abril de 1999.** Manaus, 1999 [mimeo.].

_____, Núcleo de Estudos em Saúde Pública. Projeto Rede Autônoma de Saúde Indígena. **Relatório do Curso de Formação de Agentes Indígenas de Saúde:** São Gabriel da Cachoeira, 1994. 70p. [mimeo.].

_____, Núcleo de Estudos em Saúde Pública. Projeto Rede Autônoma de Saúde Indígena. **Relatório do Curso de Formação de Agentes Indígenas de Saúde (2ª etapa):** São Gabriel da Cachoeira, 1991. 13p.

_____, Núcleo de Estudos em Saúde Pública. Projeto Rede Autônoma de Saúde Indígena. **Área indígena do alto rio Negro: Programação de ações em saúde 1992/1993.** Manaus, agosto de 1992, 29p. [mimeo].

APÊNDICES

APÊNDICE – A

QUESTIONÁRIO

Levantamento Sócio – Demográfico

1 - Nome: -----**2- Etnia** -----

3 - Data de Nascimento -----**4 - Idade**-----

5 - Sexo: 1 - () Masculino 2 - () Feminino_

6 - Situação Conjugal

Você é casado (a) ? 1 - () Sim 2 - () Não

7 Onde você nasceu (assinale apenas uma alternativa)

1- () Na mesma comunidade onde trabalha

7.1 - () **Especifique o endereço:** -----

2 – () Em outra comunidade fora do local de trabalho

7.2 - () **Especifique o endereço** -----

8 - Até que série você fez na escola, até o ano passado?

1 - () Nunca foi à escola

2 - () Foi à escola mas não chegou a terminar a 1ª série

3 - () 1º grau menor (1ª a 4ª série)

4 - () 1º grau maior (5ª a 8ª série)

5 - () Supletivo de 1º grau

6 - () 2º grau completo

7 - () 2º grau incompleto

9 - Qual é o seu Grau de parentesco com a liderança (capitão) de sua comunidade?

1 - () Esposo (a), Companheiro (a)

2 - () Filho (a), Enteado (a)

3 - () Pai, Mãe, Sogro (a)

4 - () Sobrinho (a)

5 - () Neto (a), Bisneto (a)

6 - () Irmão, Irmã

7 - () Cunhado (a)

8 - () Outro Parente

10 - Comunidade:..... **11 - Rio:** **12 - Pólo – Base:**.....

13. Vinculo Institucional :.....

14- Data de admissão:

15 - Quanto tempo você atua com agente de saúde ? anos

16 - Você exerce outra atividade na comunidade quais ? Especifique três mais importante.

17 - O que você fazia antes de ser Agente de Saúde? Especifique

18 - Quanto tempo você trabalha como Agente de Saúde nesta comunidade ?

1 - () Menos de 1 ano 2 - () Mais de 1 ano 3 - () Mais de 2 anos 4 - () 2 anos a mais

19 - Quanto tempo você trabalha na área de abrangência do Pólo - base:

1 - () Menos de 1 ano 2 - () Mais de 1 ano 3 - () Mais de 2 anos 4 - () 2 anos a mais

20 – Quantas comunidades (sítios) fazem parte de sua setorização ou área de abrangência ?

1 – () apenas 1 comunidade 2 – () de 1 a 3 comunidades 3 – () de 4 a 6 comunidades 4 – () Mais de 6 comunidades.

21 - Você já trabalhou em outro Polo- base 1 - () Sim 2 - () Não

21.1 Qual:

22 - Qual o principal meio de transporte que você utiliza para trabalhar

1 - () A pé 2 - () Canoa 3 - () Rabeta 4 - () Voadeira

23 - Quantos minutos você leva para chegar à família mais distante em sua área de abrangência Min

24 - Quantas famílias você atende:

1 - () 20 - 49 famílias 2 - () 50 – 79 famílias 3- () 80 - 99 famílias

4 - () 100 – 129 famílias 5 - () 130 – 149 Famílias 8 - () 150 ou mais famílias

25 - INFORME SOBRE OS CURSOS QUE VOCÊ JÁ FEZ

	ANO	NOME DO CURSO	CARGA HORARIA	TEMAS ABORDADOS	INSTITUIÇÃO FORMADORA
25.1					
25.2					
25.3					
25.4					
26.5					
27.6					
28.7					

APÊNDICE - B

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM OUTROS MEMBROS DA EQUIPE

CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO

- 1 Nome Fictício do Entrevistado: -----
- 2 – Data do Nascimento: -----3 - Idade: ----- anos
- 4 – Raça/etnia: -----
- 5 - Escolaridade: -----
- 6 – Estado civil: -----
- 7 - Profissão ou ocupação: -----
- 8 – Local de origem: -----
- 8 – Tempo de atuação em área indígena: -----
- 9 – Comunidade: -----10- Rio: -----11 - Pólo – Base:-----
- 12 - Data da Entrevista: -----

- 1 - Fale sobre o trabalho dos AIS que atuam na equipe desse pólo-base.
- 1.2 - Como você vê a participação deles na equipe do pólo-base? Aponte os pontos positivos e negativos.
- 1.3 - Você vê diferença entre o trabalho do AIS e o dos outros membros da equipe? Se sim, qual é a diferença?
- 1.4 - Você vê diferença no trabalho do AIS quando a equipe está em área e quando não está? Se sim, qual é a diferença?
- 2 - Como você define atenção diferenciada?
- 3 - Você considera que a equipe desenvolve atividades culturalmente diferenciadas na rotina desenvolvida na área de abrangência do pólo-base? Se sim, descreva o que você considera como ação diferenciada realizada. Se não, por que elas não ocorrem?

APÊNDICE – C

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO EM CAMPO

Sobre as Práticas Sanitárias do AIS

Descrever através de atividades de observação:

- As características do relacionamento dos AIS com os outros membros da EMSI, buscando apreender como interagem, como expressam valores e estilos de vida, como organizam o cuidado ofertado aos pacientes e a atribuição de cada membro da equipe na oferta desse cuidado;
- Observar a existência (ou inexistência) de relações de assimetria de status e de poder entre os membros da equipe e de subalternização do AIS pelo restante da equipe; quando possível, apreender a existência de sentimentos e atitudes de raiva, disputa e maledicência na relação com a equipe;
- Analisar os cuidados desenvolvidos pelos AIS na comunidade, na presença e na ausência do restante da equipe, apreciando as dimensões da auto-atenção, a incorporação (e/ou recusa) de tecnologias da medicina ocidental e o respeito (ou negação) pelas práticas tradicionais de cura desenvolvidas pela comunidade;
- Etnografar rotinas de trabalho dos AIS na comunidade, com ênfase nas dimensões do relacionamento com o paciente (cuidado) e no uso de tecnologias científicas de cura (instrumentos de trabalho), horário e rotina de atendimento, iniciativa para resolver problemas e responsabilização pelo paciente;
- Descrever o perfil de atuação cotidiana dos AIS, apreendendo potenciais mudanças geradas pela presença da equipe na comunidade e as congruências/incongruências com as normas técnicas da política de saúde indígena.

APÊNDICE - D

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM O AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE

CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO

2 Nome Fictício do Entrevistado: -----2 - Etnia:- -----
3 – Comunidade: -----4 - Rio: -----5 - Pólo – Base:- -----
6 – Data do Nascimento: -----7 - Idade: ----- anos
6 - Escolaridade: -----
7 – Estado Civil: -----
8 - Profissão ou ocupação: -----
9 - Data da Entrevista: -----
10 - Língua portuguesa: Fala; Entende; Lê; Escreve.

1 - Fale como foi que você foi escolhido para ser AIS.

2 - Quais são os critérios que a comunidade utiliza para escolher um agente de saúde?

3 - Fale sobre o seu trabalho como AIS.

3.1 - Como você vê sua participação na equipe do pólo-base? Aponte os pontos positivos e negativos.

3.2 - Você vê diferença entre seu trabalho e o dos outros membros da equipe?

3.3 - Você vê diferença no seu trabalho quando a equipe está em área e quando não está? Se sim, qual é a diferença?

4 - Eu gostaria que você me falasse sobre qual trabalho Os outros profissionais da equipe esperam que você faça como AIS.

5 - Você já recebeu alguma informação sobre esse assunto? Se sim, fale sobre o que foi explicado.

7 - Você já recebeu treinamento para trabalhar como AIS? Fale sobre os treinamentos em que você participou; quais os assuntos abordados e os pontos positivos ou negativos.

9 - Você vê diferença no seu trabalho depois que fez o curso de plantas medicinais? Se sim, qual é a diferença? Se não, por quê?

10 - Houve alguma mudança no seu trabalho na comunidade após o(s) treinamento(s). Se sim, explique que tipo de mudança aconteceu.

11 - Você percebeu alguma mudança no seu trabalho após a implantação do DSEI? Se sim, quais? (Pergunta dirigida apenas aos AIS que iniciaram antes de 1999)

12 - E nos treinamentos? Houve mudança? (Pergunta dirigida apenas aos AIS que iniciaram antes de 1999)

13 - Você poderia falar o que é supervisão?

14 - Você participa no planejamento das ações da equipe de saúde? Se sim, sua opinião é aceita?

15 - Você participa nas reivindicações da equipe por melhoria de pagamento e nas condições de trabalho?

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.