

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: CIÊNCIAS HUMANAS E
POLÍTICAS EM SAÚDE**

HELGA BRUXEL CARVALHO FOLLMANN

**INDÍGENAS COMO TRABALHADORES DA ENFERMAGEM:
o papel de técnicos e auxiliares no modelo de atenção à saúde indígena**

**FLORIANÓPOLIS
2011**

HELGA BRUXEL CARVALHO FOLLMANN

**INDÍGENAS COMO TRABALHADORES DA ENFERMAGEM:
o papel de técnicos e auxiliares no modelo de atenção à saúde indígena**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Eliana Elisabeth Diehl

**FLORIANÓPOLIS
2011**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

F668i Follmann, Helga Bruxel Carvalho

Indígenas como trabalhadores da enfermagem [dissertação] : o papel de técnicos e auxiliares no modelo de atenção à saúde indígena / Helga Bruxel Carvalho Follmann ; orientadora, Eliana Elisabeth Diehl. - Florianópolis, SC, 2011.

139 p.: il., tabs., mapas, quadros

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências e apêndices

1. Saúde coletiva. 2. Índios - Saúde. 3. Auxiliares de enfermagem - Santa Catarina. 4. Índios da América do Sul - Santa Catarina. 5. Índios Kaingang. 6. Serviços de saúde - Santa Catarina. 7. Terra Indígena Xapecó (SC). I. Diehl, Eliana Elisabeth. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. III. Título.

CDU 614

Dedico este trabalho primeiramente ao meu marido Eric por ser meu parceiro, meu companheiro, meu amigo que me apóia em todas as minhas empreitadas e desafios que surgem. Este trabalho e esta etapa só foram possíveis devido a sua ajuda e seu apoio.

As minhas filhas Morgana e Sofia, que me ajudaram a concluí-lo, compreendendo minhas ausências e me apoiando.

Ao povo Kaingáng que me recebeu com muito carinho.

Agradecimento

Aos meus pais, Francisco e Sara pela ajuda com os cuidados às minhas filhas no meu momento de vivência na aldeia, e simplesmente por tudo... A minha irmã Silvia e ao meu irmão Rafael pelo incentivo.

Aos meus familiares, irmãos, cunhados, tios, sogro e sogra que ajudaram também nesta jornada ora incentivando, ora apoiando.

A minha orientadora, Eliana Diehl, pela paciência e orientação.

Aos kaingáng pela recepção calorosa, pelo carinho e auxílio. A Matilde e sua amada família que me recebeu de braços abertos e me ver vivenciar momentos lindos e inesquecíveis. Ao cacique que autorizou minha pesquisa, e que permitiu minha estadia na aldeia.

Aos técnicos e auxiliares de enfermagem que me ajudaram muito nesta pesquisa me deixaram acompanhá-los em seu trabalho e as equipes de saúde das aldeias Sede, Pinhalzinho, Paiol de Barro e Fazenda São José que me permitiram acompanhá-los em seus trabalhos. As professoras por me receberem e responderem os meus questionamentos.

A FUNASA e à FUNAI que autorizaram minha entrada em área para realizar esta pesquisa.

Aos professores da Pós Graduação em Saúde Coletiva. A CAPES pela bolsa de estudos. Ao Instituto Nacional de Pesquisa Brasil Plural pelo financiamento na pesquisa de campo.

Agradeço aos meus guias, a mamãe Oxum e a todos os Orixás.

Obrigada a todos!

“É possível discordar da pessoa e continuar amando-a. Não é necessário fazer guerra com quem não concordamos. Kardec fazia assim: repudiava a opinião dos contraditores, mas nunca resvalava para o desrespeito ao ser humano”

Espírito Zezinho

“A dificuldade em se conviver em sociedade está na concepção do homem de que o ‘seu’ modo de pensar é o certo ... Na verdade não existem ‘certos’ ou ‘errados’, apenas pontos de vistas diferentes para cada situação, e aprender a respeitar e entender essas ‘outras verdades’ pode ser verdadeiramente o início de tudo. Não devemos ‘impor o *nosso* certo’ aos outros, mas tentar adequá-lo, à realidade vivida, buscando o bem estar de todos.”

Helga Follmann

RESUMO

TÍTULO: Indígenas como trabalhadores da enfermagem: o papel de técnicos e auxiliares no modelo de atenção à saúde indígena

A atenção à saúde indígena vem passando por modificações ao longo das últimas décadas. A partir de agosto de 1999, o modelo foi reconfigurado em um Subsistema de Atenção à Saúde integrante do Sistema Único de Saúde, baseado na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Esse Subsistema incorporou o princípio da atenção diferenciada, o qual preconiza, entre outras coisas, a inserção das populações indígenas no contexto do cuidado por meio de agentes indígenas de saúde (AIS), que têm o papel de ser o elo entre comunidade e equipes de saúde e entre os saberes locais indígenas e a biomedicina. Como reflexo da inserção de AIS na Equipe Multidisciplinar de Atenção Básica à Saúde Indígena, observa-se em algumas Terras Indígenas a busca dos indígenas por uma maior qualificação profissional na saúde. Esta pesquisa visou a investigar o papel do auxiliar/técnico indígena de enfermagem no modelo de atenção à saúde indígena, identificando o perfil, a formação e as atividades desses profissionais. A pesquisa foi realizada na Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, nos meses de janeiro e fevereiro de 2011, utilizando o método etnográfico, especialmente a observação participante e a realização de entrevistas semiestruturadas. Na Terra Indígena Xapecó existem atualmente 16 indígenas com formação em enfermagem no nível médio, a maioria Kaingáng, dos quais dez trabalham em função compatível à formação. Dos 13 técnicos indígenas de enfermagem, dez iniciaram e concluíram um curso gratuito promovido pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), chamado “Projeto Pioneiro”. Os três indígenas auxiliares de enfermagem concluíram gratuitamente cursos pelo Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae) no Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Senac) (dois indígenas) e pelo Curso Supletivo de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem, Braga, RS (um indígena). As atividades realizadas por auxiliares e técnicos indígenas de enfermagem não diferem na prática: são as mesmas atividades exigidas do profissional não indígena da mesma categoria. Porém, eles assumem ainda a função de facilitador, tradutor e interlocutor entre a equipe de saúde e a comunidade. A equipe o percebe como interlocutor das

recomendações médicas, curativas, bem como dos anseios e medos dos pacientes que não querem realizar algum procedimento médico. O técnico e auxiliar indígena intervém de modo a fazer com que o paciente e/ou seu cuidador aceite e cumpra a recomendação biomédica. A comunidade, por sua vez, geralmente busca o atendimento dos profissionais indígenas, porque “sendo índios, entendem índio”. Os dados indicam a dificuldade de articulação entre os conhecimentos locais de saúde e o modelo biomédico, visto que os técnicos e auxiliares indígenas exercem suas atividades técnicas com base na sua formação biomédica, restando pouco ou nenhum espaço no contexto dos postos de saúde para outras práticas, como o uso de plantas e remédios caseiros. Como os cursos de formação mantêm uma base curricular biomédica, com pouca carga horária destinada aos conhecimentos locais e estudos regionais, é um desafio reestruturar os currículos e os serviços de saúde a fim de contemplar os saberes e práticas Kaingáng em saúde.

Palavras-chave: saúde indígena; auxiliares de enfermagem; índios sul-americanos; índios Kaingáng; serviços de saúde.

ABSTRACT

The indigenous health care has undergone changes over the past decades. From August 1999, the model was reconfigured into a health care subsystem part of the National Health Care System, based on the National Policy for Health Care of Indigenous Peoples. This Subsystem incorporates the principle of special care, which advocates, among others, the inclusion of indigenous peoples in the context of care through indigenous health agents (AIS), who have the role of being the link between community and health teams and among local indigenous knowledge and biomedicine. As a reflex to the inclusion of AIS in the Indigenous Health Primary Care Multidisciplinary Team, it is observed, in some Indigenous Lands, the search for a higher professional qualification in health by the indigenous. This research aimed investigating the role of the indigenous nursing assistant/technician in the model of the indigenous health care, identifying the profile, formation and activities of these professionals. The research was held at the Xapecó Indigenous Land, in Santa Catarina, in January and February 2011, using the ethnographic method, especially the participant observation and the conduction of semi-structures interviews. On the Xapecó Indigenous Land there are currently 16 indigenous trained in nursing at high school level, most Kaingáng, and ten of them work in positions consistent to training. Among the 13 indigenous nursing technicians, ten started and completed a free course sponsored by the Federal University of Santa Catarina/UFSC, called "Pioneer Project". The three indigenous nursing assistants completed free courses by the Project of Professionalization of Workers in the Nursing Area/PROFAE at the National Service of Commercial Training /SENAC (two indigenous) and by the Nursing Assistant Professional Qualification Equivalency Course , in Braga, RS (one indigenous). The activities carried out by the indigenous nursing assistants and technicians do not differ in practice, being the same activities required of the non indigenous professional from the same category. However, they still assume the role of facilitator, translator and interlocutor between the health team and community. The team perceives him as interlocutor of medical advice, healing, as well as the anxieties and fears of patients who do not want to perform some medical procedure. The indigenous technician and assistant intervene in order to make the patient and /or his/her caretaker agrees and meets the biomedical recommendation. The community, in turn, often seeks for

indigenous professional assistance, because “being Indians, understand Indians”. The data indicates the difficulty between health local knowledge and the biomedical model, since the indigenous technicians and assistants carry out their technical activities based on their biomedical training, leaving little or no space in the context of health clinics to other practices, such as the use of herbal plants and homemade remedies. As the training courses maintain a biomedical curricular basis, with little workload allocated to local knowledge and regional studies, it is a challenge to restructure curricula and health services in order to apply the Kaingáng knowledge and practices in health.

Keywords: Indigenous Health; Nursing Assistants; South American Indians; Kaingáng Indians; Health Services.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil da EMSI, Terra Indígena Xapecó, SC, dez. 2010/fev. 2011	61
Tabela 2 – Perfil dos técnicos/auxiliares indígenas de enfermagem, Terra Indígena Xapecó, SC, dez. 2010/fev. 2011	63
Tabela 3 – Cursos profissionalizantes realizados pelos indígenas, Terra Indígena Xapecó, SC	66
Tabela 4 – Capacitações realizadas por três profissionais de nível médio, Terra Indígena Xapecó, SC	74

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Aldeias da Terra Indígena Xapecó e respectivas populações	29
Quadro 2 – Profissionais de saúde na Terra Indígena Xapecó, maio – julho de 2004	61

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Terras Indígenas Kaingáng em Santa Catarina	27
Figura 2 – Localização da Terra Indígena Xapecó, nas cidades de Ipuçu e Entre Rios, Santa Catarina	28
Figura 3 – Croqui da T. I. Xapecó, Santa Catarina	28
Figura 4 – Imagem de parte da aldeia Sede: salas de aula da Escola Indígena de Educação Básica Cacique Vanhkre, T.I. Xapecó	29

Figura 5 – Imagem de parte da aldeia Sede: Ginásio de esportes em forma de tatu/Escola Indígena de Educação Básica Cacique Vanhkre, T.I. Xapecó	30
Figura 6 – Vista aérea da Aldeia Paiol de Barro, T.I. Xapecó	30
Figura 7 – Distritos Sanitários Especiais Indígenas	34
Figura 8 – Arco de Magueréz	70

LISTA DE SIGLAS

AIS – Agente Indígena de Saúde
 AISAN – Agente Indígena de Saneamento
 DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena
 EMSI – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
 EVS – Equipes Volantes de Saúde
 FUNAI – Fundação Nacional do Índio
 FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
 IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
 PNASPI – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
 PROFAE – Programa de Profissionalização dos Trabalhadores de Enfermagem
 RET-SUS – Redes de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde
 SENAC – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
 SIASI – Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
 SPI – Serviço de Proteção ao Índio
 TI – Terra Indígena

SUMÁRIO

Introdução	19
1 Revisando a literatura	22
1.1 Os Kaingáng	22
1.1.1 Contextualizando	22
1.1.2 Quem são os Kaingáng?	23
1.1.3 Alguns dados etnográficos	24
1.1.4 Localização geográfica dos Kaingáng	26
1.1.5 Terra Indígena Xapecó	27
1.2 Contextualizando a saúde indígena	32
1.2.1 A inserção de membros das comunidades assistidas na atenção primária à saúde: Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes Indígenas de Saúde (AIS)	37
1.2.1.1 Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	37
1.2.1.2 Agentes Indígenas de Saúde (AIS)	41
1.2.2 A organização da saúde na Terra Indígena Xapecó	43
1.3 Enfermagem e a saúde indígena	45
1.3.1 O cuidado de enfermagem	45
1.3.2 Técnicos e auxiliares de enfermagem e o cuidar	49

2 Trajetória e metodologia	52
2.1 Trajetória	52
2.2 Metodologia	55
2.2.1 Pesquisa secundária	55
2.2.2 Pesquisa etnográfica	56
2.2.3 Local do estudo e sujeitos da pesquisa	57
2.2.4 Registro e análise de dados	58
2.2.5 Aspectos éticos	59
3 A inserção de indígenas como trabalhadores de enfermagem ..	60
3.1 Perfil dos profissionais de saúde: auxiliares e técnicos de enfermagem	60
3.2 Formação dos auxiliares e técnicos de enfermagem da T.I. Xapecó	65
3.2.1 Curso supletivo de qualificação profissional de auxiliar de enfermagem, 1994	67
3.2.2 Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem (Profae), 2003 e 2004	68
3.2.3 O “Projeto Pioneiro” (UFSC)	71
3.2.4 Capacitações e outros cursos realizados pelos auxiliares e técnicos de enfermagem	74
3.3 Atividades realizadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem	76
3.4 Rotatividade dos profissionais de saúde da T.I. Xapecó ..	85

3.5 O Papel dos auxiliares e técnicos de enfermagem da T.I. Xapecó	87
Considerações finais	94
REFERÊNCIAS	97
APÊNDICES	107
APÊNDICE 1 – Roteiro de entrevista para técnico/auxiliar de enfermagem	108
APÊNDICE 2 – Roteiro de entrevista para coordenadores e/ou professores de curso de técnico/auxiliar de enfermagem	111
APÊNDICE 3 – Roteiro de entrevista para outros membros da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI)	113
APÊNDICE 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Técnicos/auxiliares de enfermagem	115
APÊNDICE 5 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Professores e coordenadores	120
APÊNDICE 6 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Equipe Multidisciplinar de Saúde	123
ANEXOS	125
ANEXO 1 – Parecer Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina	126
ANEXO 2 – Autorização da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep)	127
ANEXO 3 – Autorização Fundação Nacional do Índio	132
ANEXO 4 – Disciplinas – Diploma Técnico de	

Enfermagem	134
ANEXO 5 – Disciplinas Diploma Auxiliar de Enfermagem	136
ANEXO 6 – Fotos formatura pela UFSC	137

Introdução

A prestação de ações e serviços de saúde aos povos indígenas sofreu grandes modificações ao longo das últimas décadas, sendo o marco em 1999, quando o Ministério da Saúde concedeu à Fundação Nacional de Saúde (Funasa) a responsabilidade sobre o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, instituindo-se a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) (BRASIL, 2002), preconizada na Constituição Brasileira de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990). O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), voltado a uma atenção diferenciada aos povos indígenas. É executado através dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), e a sua implantação (34 DSEI no total) ocorreu no final de 1999, promovendo o aumento da contratação de profissionais de saúde para realizar a atenção primária nas aldeias em Terras Indígenas e nos Polos-Base. Os Polos-Base e, quando possível, os postos de saúde de aldeias abrigam uma Equipe Multidisciplinar de Atenção Básica à Saúde Indígena (EMSI), composta pelo Núcleo Básico de Atenção à Saúde Indígena e pelo Núcleo Distrital de Atenção à Saúde Indígena. O primeiro é responsável pela execução das ações básicas de atenção à saúde indígena e é integrado por profissionais de saúde, como enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, médico, odontólogo, auxiliar de consultório dental, técnico de higiene dental, agente indígena de saúde, agente indígena de saneamento, técnico em saneamento, agentes de endemias e microscopistas na Região da Amazônia Legal. O segundo é responsável pela execução das ações de atenção integral à saúde da população indígena, sendo composto por profissionais que atuam na saúde indígena, não contemplados na composição referida no primeiro Núcleo, tais como nutricionistas, farmacêuticos/bioquímicos, antropólogos, assistentes sociais e outros, tendo em vista as necessidades específicas da população indígena (BRASIL, 2007).

Idealmente, as EMSI devem ofertar uma atenção diferenciada de saúde nas Terras Indígenas. A atenção diferenciada, entendida oficialmente como uma diferenciação na qualidade dos serviços, dá-se pelo tempo de permanência em área indígena realizando atenção primária de saúde, ou seja, prevenção de doenças, cuidados básicos no atendimento clínico e emergencial. Essa atenção diferenciada também é proposta como uma articulação entre os saberes e práticas de saúde indígena e o modelo biomédico, respeitando, assim, dimensões sociais,

culturais, políticas e econômicas de cada etnia (LANGDON e DIEHL, 2007).

Entretanto, trabalhos recentes mostram que geralmente os membros da EMSI encontram-se despreparados para lidar com as diferentes culturas com as quais interagem no processo de trabalho nas comunidades indígenas. Langdon et al. (2006); Langdon e Diehl (2007); Mendonça (2005); Garnelo et al. (2003), entre outros, mostram que a atenção diferenciada está longe de tornar-se realidade e apontam que uma das principais dificuldades está na falta de formação e capacitação dos profissionais de saúde para atuar em contextos interétnicos específicos.

No contexto da saúde indígena, observa-se o aumento gradativo de indígenas buscando formação e atuando como técnicos ou auxiliares de enfermagem. As pesquisas em Santa Catarina (LANGDON et al., 2006; LANGDON e DIEHL, 2007) também evidenciam que muitos estavam realizando cursos de auxiliar ou técnico de enfermagem, ou ainda concluindo o ensino médio, como uma maneira de ascender profissionalmente, visto que o Subsistema criou uma demanda importante de empregos nas Terras Indígenas. Porém, ainda não existem estudos que focalizem esses trabalhadores, ao contrário do que se tem observado em relação às pesquisas sobre os Agentes Indígenas de Saúde (ver, por exemplo, MENDONÇA, 2005; LANGDON et al., 2006; DIAS-SCOPEL, 2008; MARINHO e OTT, 2007; NOVO, 2008), que destacam que as definições sobre o papel do AIS e as avaliações de seu trabalho revelam ambiguidades e tensões que emergem de suas relações com seus próprios pares indígenas e com seu ímpares não indígenas.

Na EMSI, o técnico/auxiliar de enfermagem, depois do AIS, é o profissional que tem maior contato com a população. Esse profissional tem atividades mais complexas que o agente, tais como aplicação intravenosa, intramuscular e intradérmica de medicamentos, distribuição de medicamentos, aplicação de vacinas, realização de curativos, etc. Em alguns casos, o técnico/auxiliar indígena assume a coordenação local de postos de saúde, como entre os Xokleng de Santa Catarina.

Conforme Ribeiro e Pedrão (2005), o modelo assistencial realizado pelos técnicos e auxiliares de enfermagem é tecnicista e de reprodução acrítica das práticas existentes. Nesse sentido, investigar como o técnico e auxiliar indígena tem se apropriado do conhecimento biomédico e atuado frente às demandas de saúde da população é relevante, pois poderá fornecer subsídios para efetivar a atenção diferenciada. Cumpre salientar que a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (BRASIL, 2002) destaca sobremaneira o

AIS como o elo fundamental para a articulação entre os saberes indígenas e o saber biomédico, sem enfatizar outros profissionais indígenas que também podem ser atores principais nessa articulação.

Apesar de o Subsistema estar em funcionamento há alguns anos, são raros os estudos sobre a adequação de cursos de formação e capacitação para a atuação em situações interculturais. Tais pesquisas são essenciais para subsidiar as políticas públicas, a formação de recursos humanos para atuação em contextos interculturais, e, por consequência, a melhoria da qualidade dos serviços.

Nesse sentido, este trabalho visou a analisar o papel, no modelo de atenção à saúde indígena, do trabalhador indígena com formação em auxiliar ou técnico de enfermagem, identificando seu perfil, os cursos realizados, as atividades desenvolvidas, bem como a sua percepção, a da comunidade e a da equipe sobre a inserção na EMSI da Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina.

Este trabalho que culmina nesta pesquisa se estende pela jornada percorrida por mim. Trabalhei com todos os aspectos que envolveram esta pesquisa. Inicialmente, sendo enfermeira, atuei como enfermeira do Programa da Saúde da Família, depois como professora e coordenadora de cursos técnicos de enfermagem, trabalhei também na secretaria de estado do Paraná como supervisora de cursos técnicos de enfermagem e na saúde indígena como enfermeira e coordenadora, tendo assim uma ampla visão de todo contexto. Todavia, a necessidade de respostas me fez buscar o mestrado em saúde pública, a fim de tentar responder algumas questões. Inicialmente, faz-se uma revisão da literatura, apontando aspectos considerados importantes para a compreensão e discussão do tema, incluindo história, localização geográfica e informações socioculturais sobre os Kaingáng, com base em trabalhos já escritos sobre esse grupo, e a organização atual do modelo de atenção à saúde. Após, descreve-se brevemente a trajetória da pesquisadora na saúde indígena e o processo de realização da pesquisa, que se caracteriza como um estudo do tipo qualitativo, descritivo. Os resultados da pesquisa propriamente ditos são apresentados no capítulo “A inserção de indígenas como trabalhadores de enfermagem”, no qual se identificam os indígenas que têm formação em auxiliar ou técnico de enfermagem, descrevendo e analisando seu perfil, sua formação e suas atividades, procurando compreender seu papel na EMSI e na organização da atenção à saúde na Terra Indígena Xapecó, em diálogo com os aspectos revisados anteriormente. Nas considerações finais, procura-se retomar os principais resultados da pesquisa e fazer uma reflexão sobre sua contribuição à saúde indígena.

1. Revisando a literatura

1.1 Os Kaingáng

1.1.1 Contextualizando

O processo de colonização do Brasil é marcado por muitas lutas, conflitos e sangue. Os povos indígenas que aqui habitavam antes da chegada do colonizador português viviam em conflitos entre as diversas etnias existentes ou mesmo entre grupos de mesma etnia. Após o contato de índios com não índios, os conflitos perpetuaram, muitas vezes estimulados pelos não índios com a intenção de subjugar alguma etnia ou grupos de índios de determinada região, algumas vezes com o intuito de diminuir a força da etnia local, a fim de realizar a posse das terras (TOMMASINO, 2000).

Estima-se que quando os colonizadores aqui chegaram a população indígena era de aproximadamente três milhões de pessoas. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estimou pelo Censo 2000 (os dados do Censo 2010 para as populações indígenas ainda não está disponível) que essa população estava reduzida a pouco mais de 400.000 índios que ainda viviam em aldeias, em todo o Brasil (BRASIL, 2000). Os índios chamados “aldeados”, ou seja, aqueles que ainda vivem nas aldeias, recebem ações e serviços diferenciados de saúde, conforme se discute a seguir.

O Brasil possui aproximadamente 215 etnias diferentes, que falam 180 línguas distribuídas em 30 famílias linguísticas. Acredita-se que exista cerca de 55 grupos de índios isolados, dos quais ainda não se têm informações (BRASIL, 2005, p. 15).

Segundo a FUNAI¹, a visão sobre os indígenas ora é preconceituosa, ora idealizada. A ideia de que os indígenas ocupam as terras sem usufruí-las, de que seria um “desperdício deixar tanta terra a quem não produz nada” e de que os indígenas atrapalham o progresso do país, infelizmente faz parte de uma visão antiga, porém não ultrapassada, que continua presente nos dias atuais. É no meio rural que se percebe um forte preconceito devido ao convívio direto com os indígenas e à luta por terras e recursos ambientais. Muitas vezes, estereótipos como “ladrões”, “preguiçosos”, “traíçoeiros” e “beberrões”

¹ Presente em *O Índio Hoje: Identidade e Diversidade*. Disponível em: <<http://www.funai.gov.br/indios/conteudo.htm#HOJE>>. Acesso em: 09 maio 2011.

são utilizados para desqualificá-los e tentar, dessa forma, justificar todo tipo de ação contra os povos indígenas e a invasão de seus territórios. Por outro lado, a população que vive nas cidades tende a ter uma visão “romantizada” sobre os índios, idealizando-os como os primeiros habitantes da nação, seres que vivem em comunhão com a natureza e sem depredá-la.

1.1.2 Quem são os Kaingáng?

Os Kaingáng representam uma das cinco mais numerosas populações indígenas do Brasil, com 33.876 indivíduos (BRASIL, 2010) que se distribuem por São Paulo, Paraná, Rio Grande do Sul e 6.397 em Santa Catarina.

Relatos de Nimuendajú (1993 [1919]) e de Telêmaco Borba (1902 [1882]) descrevem a questão linguística dos Kaingáng. Na época, também foram denominados por coroados, e frequentemente eram confundidos com os Xokleng. Sua língua, estudada há mais de 100 anos, pertence ao tronco linguístico Macro-Jê, o mais falado no Brasil (para mais detalhes, ver D’Angelis, 1989 e Noelli, 1998, que tratam sobre as línguas Macro-Jê).

Nimuendajú (1993 [1919]), em seu convívio com os Kaingáng (1910-1912), observou o confronto de opiniões sobre as populações indígenas. De um lado, o extermínio dos “selvagens” que impediriam o progresso e a civilização; e de outro, posições como a do humanista Rondon, que lutava pelo respeito a esses povos e suas culturas.

A história de resistência dos Kaingáng ao domínio pelos não índios, os conflitos armados na luta pela posse das suas terras, a intervenção do Serviço de Proteção ao Índio (SPI) e a retirada das terras dos Kaingáng estão bem descritos nos trabalhos de D’Angelis (1989), Mota et al. (2000) e Nacke et al. (2007) sobre uma história marcada por muitos conflitos e interações com a sociedade envolvente. Isso se torna visível ao observar a Terra Indígena (T.I. Xapecó), que em 1902 contava com aproximadamente 50.000 hectares quando da criação do SPI em 1910, e hoje tem cerca de 15.000 hectares (SANTOS, 1979). O SPI teve um papel importante nessa diminuição territorial, pois funcionários desse órgão intervinham como mediadores entre fazendeiros e indígenas, nem sempre auxiliando os indígenas. Essa diminuição ocorreu por apropriação das terras pelos imigrantes, que em “acordo” com os indígenas realizavam o plantio com oferta de emprego nas plantações. Todavia, após algum tempo, as terras eram reivindicadas pelos imigrantes europeus (NACKE et al., 2007). Com o contato

frequente entre índios e não índios, a língua portuguesa foi sendo aprendida. Hoje, nas Terras Indígenas habitadas pelos Kaingáng, fala-se muito o português, que em alguns casos é a língua preponderante.

Os antigos ainda sabem conversar na língua nativa, e as crianças estão sendo reeducadas em sua língua nativa, principalmente por meio da alfabetização bilíngue. A retomada da língua é um elemento importante para legitimação de sua cultura. Contudo, ser Kaingáng é muito mais do que falar a língua. Após tantos anos de contato, é comum ouvir de populações que vivem próximas às populações indígenas que não existem mais índios, e sim “caboclos” querendo se passar por índios para receber benefícios do governo, em uma tentativa de aviltar os indígenas locais. Para os Kaingáng, **ser** Kaingáng está relacionado com a terra, local de moradia, família/antepassados, costumes e, recentemente, com a retomada da língua materna para legitimar sua identidade:

A situação em relação à língua falada varia de uma terra a outra: há comunidades onde todos são falantes do Kaingáng, noutras são falantes do português com exceção dos mais velhos que são bilíngues e em outras, a maioria da população é bilíngue ou falante do português. Mesmo com essas variações percebe-se que os Kaingáng, em geral, passaram a valorizar o uso da língua materna como um elemento importante, politicamente, para afirmar a legitimidade de suas lutas pela terra (TOMMASINO e FERNANDES, 2001).²

1.1.3 Alguns dados etnográficos

Kaingáng, Caingangue ou Kaingangue eram antes chamados coroados por seu corte de cabelo. Etimologicamente, seu nome significa povo do mato (TOMMASINO, 2000). Essa denominação foi dada a eles por Telêmaco Borba, em 1882, para diferenciá-los dos Guarani e Xokleng que viviam próximos (SIMIEMA, 2000)³.

² Disponível em: <<http://pib.socioambiental.org/pt/povo/kaingang/284>>. Acesso em: 12 abr. 2011.

³ O capítulo de Janir Simiema (“Em que abrigos se alojarão eles?”) traz mais informações sobre moradia, relatos de expedições e modo de vida Kaingáng. In: MOTA, L. T.; NOELLI, F. S.; TOMMASINO, K. (Org.). **URI e Wãxi: Estudos Interdisciplinares dos Kaingang**. Londrina: UEL, 2000.

A visão de criação de mundo dos Kaingáng inicia com dois Kaingáng que se refugiaram dentro da terra quando houve o grande dilúvio no mundo todo. Após cessar o dilúvio, os dois Kaingáng saíram de dentro da terra. Um saiu pelo lado seco do buraco e o outro pelo lado molhado. O que saiu pelo lado seco representa o *Kamé*: o sol, o quente, o forte, o luminoso, simbolizado por “riscos/linhas”; já o que saiu do lado molhado da terra, do barro, é o *Kairu*: a lua, o frio, o úmido, o fraco, simbolizado pelo “redondo/círculo” (OLIVEIRA, 1996; ALMEIDA, 2004).

Assim, o mundo estaria dividido entre os *Kamé* e os *Kairu*: plantas, animais, alimentos e os próprios Kaingáng. São duas metades que se completam, e os casamentos costumam acontecer entre as metades exogâmicas⁴. Isso quer dizer que o casamento ocorre entre duas metades opostas complementares e, após o casamento, as filhas moram próximas à sua família, ou seja, as mulheres do grupo familiar, mães e filhas, estão sempre próximas umas das outras, tendo o marido que acompanhar a esposa para as proximidades da família dela. A descendência é patrilinear, ou seja, os filhos herdam metade do que é do pai. Existem vários trabalhos que descrevem mais detalhadamente a divisão cosmológica Kaingáng em *Kamé* e *Kairu*, como Baldus (1937), entre outros mais recentes, como Fernandes (1998) e Almeida (2004). Também outros trabalhos, mais atuais, trazem descrições sobre os Kaingáng em diversos temas: saúde, rituais de cura e xamanismo (GARCIA, 2010; ROCHA, 2005; ROSA, 2005; DIEHL, 2001a; DIEHL, 2001b; FASSHEBER, 2003; OLIVEIRA, 1996), etnobotânica (HAVERROTH, 1997), território e territorialidade (MOTA et al., 2000), política Kaingáng (FERNANDES, 1998), igreja e religião (ALMEIDA, 2004), alimentação e cultura (OLIVEIRA, 2009), entre outros.

O ritual do *Kiki*⁵, também chamado de ritual dos mortos, é o mais expressivo rito dessa etnia. Nesse ritual, os mortos são divididos entre *Kamé* e *Kairu*, e é preciso que entre os mortos estejam pessoas das duas metades. Esse ritual é uma grande celebração entre vivos e mortos, na qual se percebe a organização social e a visão de mundo Kaingáng.

⁴ Mais detalhes ver em “Os Kaingang: passado e presente”. In: Nacke et al. **Os Kaingang no Oeste Catarinense**. Chapecó, SC: Argos, 2007.

⁵ Muitos trabalhos já foram realizados sobre este ritual como os de Veiga (1994); Crépeau (1994); D’Angelis (1995); Fernandes (1998); Almeida (2004), dentre outros.

1.1.4 Localização geográfica dos Kaingáng

Os Kaingáng constituem um dos povos indígenas mais numerosos do Brasil, localizados em Terras Indígenas em São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Todavia, apesar das demarcações de terra, os Kaingáng transitam entre suas terras, de São Paulo ao Rio Grande do Sul, sem se perturbar com as questões de demarcação feitas pelos não índios, pois acreditam que a terra lhes pertence e que são livres para transitar entre elas.

Território Kaingáng também é o espaço onde habitam os espíritos de seus ancestrais e outros seres sobrenaturais. É onde estão enterrados os seus mortos e onde os vivos têm enterrados os seus umbigos. Nos rituais dos mortos (kiki koi), os espíritos dos mortos voltam para comungar com os vivos. A concepção indígena de território ganha assim uma dimensão sócio-político-cosmológica muito mais ampla que a concepção do branco. (...) os Kaingáng produziram seus territórios de acordo com uma concepção própria de tempo e de espaço. O modo de vida Kaingáng implica uma relação específica com a natureza e entre si, de acordo com representações simbólicas historicamente elaboradas que conferem sentido às suas práticas materiais e sociais. Ser e tornar-se humano está relacionado com o viver de acordo com o modelo prático e simbólico Kaingáng (TOMMASINO, 2000, pp. 210-211).

A transição entre as aldeias e as terras indígenas é bastante comum, seja para visita a parentes, busca de parceiros, trabalho e/ou venda de artesanatos, bem como mudança por questões políticas e/ou econômicas.

Em Santa Catarina (Figura 1), os Kaingáng encontram-se nas T.I. Xapecó, Chimbanguê I e II, Pinhal, Condá, Toldo Imbu (em processo de demarcação) e ainda na divisa com o Paraná (T.I. Palmas) (NACKE et al., 2007).



Figura 1 – Terras Indígenas Kaingáng em Santa Catarina. Fonte: Brasil (2011 a).

1.1.5 Terra Indígena Xapecó⁶

A demarcação da T.I. Xapecó teve início em 1934 pelo Governo do Estado de Santa Catarina e pelo SPI após conflitos acirrados por posse de terras entre Kaingangs e não índios. Através do Decreto nº 46, de 11 de julho de 1934, o Governo do Estado determinou que fossem respeitadas as terras indígenas e suas demarcações no município de Chapecó para uso dos índios. Em 1952, por meio do acordo com o SPI e a Diretoria de Terras e Colonização do Estado, foram definidos novos limites para a região, que inicialmente era de 25 mil hectares. A medição e demarcação das terras, em 1987, definiram 15.623 hectares para a T.I. Xapecó, o que foi homologado pelo Decreto nº 297 de 29 de outubro de 1991⁷ (NOTZOLD, 2004, p. 5).

Atualmente a T.I. Xapecó está situada “nos municípios de Ipuçu e de Entre Rios (Figura 2), localizada na mesorregião oeste de Santa Catarina, e corresponde a aproximadamente 40% da extensão total desses municípios” (NACKE et al., 2007, p. 43).

⁶ A designação “Terra Indígena Xapecó” segue definição oficial da Fundação Nacional do Índio (Funai), disponível em: <<http://www.funai.gov.br/mapas/fundiario/sc/sc-chapeco.htm>>. Acesso em: 03 nov. 2010.

⁷ Disponível em: <<http://ccr6.pgr.mpf.gov.br/documentos-e-publicacoes/terras-indigenas/tis/sp.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2011.



Figura 2 – Localização da Terra Indígena Xapecó, nas cidades de Ipuçu e Entre Rios, Santa Catarina. Adaptado de: <<http://www.mapainterativo.ciasc.gov.br/sc.phtml>>. Acesso em: 12 maio 2011.

As aldeias pertencentes à T.I. Xapecó (Figura 3) estão descritas no Quadro 1, sendo que dos 212 habitantes da aldeia Limeira, 102 são índios Guarani.



Figura 3 – Croqui da T. I. Xapecó, Santa Catarina. Fonte: Diehl (2001b, p. 35).

Quadro 1: Aldeias da Terra Indígena Xapecó e respectivas populações.

Aldeia	População (nº)	Localizada no município
Sede	1.538	Ipuaçu
Pinhalzinho	1.183	Ipuaçu
Água Branca	285	Ipuaçu
Fazenda São José	102	Ipuaçu
Serrano	58	Ipuaçu
Serro Doce	104	Ipuaçu
Olaria	295	Ipuaçu
Baixo Samburá	299	Ipuaçu
Serrano	68	Ipuaçu
Paíol de Barro	578	Entre Rios
Limeira	212	Entre Rios

Fonte: Brasil (2010). Disponível em: <http://sis.funasa.gov.br/transparencia_publica/siasiweb/Layout/quantitativo_de_pessoas_2010.asp#>. Acesso em: 15 mar. 2011.

As Figuras 4, 5 e 6 trazem algumas imagens aéreas que ilustram a T.I. Xapecó.



Figura 4 – Imagem de parte da aldeia Sede: salas de aula da Escola Indígena de Educação Básica Cacique Vanhkre, T.I. Xapecó. (Foto cedida por uma técnica indígena de enfermagem).



Figura 5 – Imagem de parte da aldeia Sede: Ginásio de esportes em forma de tatu/Escola Indígena de Educação Básica Cacique Vanhkre, T.I. Xapecó. (Foto cedida por uma técnica indígena de enfermagem).



Figura 6 – Vista aérea da Aldeia Paiol de Barro, T.I. Xapecó. (Foto cedida por uma técnica indígena de enfermagem).

No passado, a subsistência se dava pela caça, coleta (principalmente de frutos, como o pinhão) e pesca, que ainda hoje são praticadas sempre que possível (CASTRO, 2010). Atualmente os indígenas trabalham nas aldeias ou fora delas. Na T.I. Xapecó, por exemplo, existe uma olaria na aldeia de mesmo nome, onde alguns indígenas trabalham. Também há os empregos gerados pelos serviços de saúde, como os de agentes indígenas de saúde e de saneamento, de auxiliares e técnicos de enfermagem, auxiliares de serviços gerais, motoristas, e o trabalho nas escolas como professores, merendeiras, etc. Nas aldeias ainda há o emprego nas colheitas de feijão, soja e milho (esses dois últimos plantados em larga escala pela cooperativa local), além de pequenos comércios familiares. Os empregos fora da aldeia geralmente são nas plantações, frigoríficos e aviários próximos à T.I. Xapecó (TOMMASINO, 2000; DIEHL, 2001a).

É comum o plantio do milho, feijão, abóbora, entre outros, para subsistência.

Num primeiro momento, a criação das reservas indígenas permitiu, em parte, a continuidade do modelo de subsistência tradicional Kaingáng. Muito rapidamente, entretanto, seu modo de vida tradicional foi inviabilizado pela redução significativa das terras e recursos naturais a que tinham acesso, tanto nas áreas oficialmente a eles reservadas quanto nos espaços que conseguiam assegurar nos interstícios das terras adquiridas pelos colonos. A destruição dos rios tornou escassos os peixes. Os Kaingáng continuaram a cultivar o milho e os outros produtos de forma tradicional (NACKE et al., 2007, p. 39).

Sua organização política está centrada no Cacique, que é eleito juntamente com o vice-cacique pela comunidade. Cabe a eles a resolução de conflitos, organização de empreendimentos, busca de soluções a problemas coletivos, como questões relacionadas à atenção à saúde. Juntamente com o Conselho Indígena, composto de ex-caciques e pessoas mais velhas, ocorrem as reuniões para deliberação das ações a serem realizadas, que podem ser de demandas individuais, bem como para resolver assuntos de interesse geral da comunidade (NACKE et al., 2007).

A mudança de residência é bastante comum entre os Kaingáng. Muitas vezes o motivo de desmanchar a residência e refazê-la a apenas

alguns metros de distância pode ser por motivo de óbito na família. Porém, atualmente muitas casas são de tijolos e cimento, não mais de madeira, dificultando a prática desse costume.

O saneamento ainda é precário, principalmente nas aldeias mais afastadas: falta água potável e esgoto na maioria das casas. Mesmo na aldeia Sede, a mais estruturada, muitas casas não possuem água encanada e esgoto. A T.I. Xapecó conta com o agente indígena de saneamento (AISAN), cujas funções são de orientação às famílias no tratamento da água, com distribuição de hipoclorito, e na higiene, entre outras atividades. O fornecimento de energia elétrica está restrito a quem mora nas grandes aldeias ou próximo a elas.

Na T.I. Xapecó existem escolas nas aldeias Sede (Escola Indígena de Educação Básica Cacique Vanhkre), Fazenda São José, Pinhalzinho e Paiol de Barro. A Escola da aldeia Sede é a maior de todas e atualmente também oferece o ensino médio no horário noturno. Existe um sistema de transporte entre as aldeias para levar e buscar os estudantes nas escolas.

Alguns moradores possuem carros e motos próprios, comprados geralmente usados, que utilizam para ir à cidade, à faculdade ou ao trabalho, bem como para fazer compras e passear. Ainda assim, a grande maioria necessita do ônibus como meio de transporte. Os ônibus das empresas frigoríficas, que levam os trabalhadores, são os mais comuns, mas também há ônibus de linha que se pode utilizar até a rodoviária de Xanxerê (cerca de 30 km de distância da T.I.).

Nas questões religiosas, os Kaingáng dividem-se predominantemente em católicos e evangélicos. A tese de doutorado de Ledson Kurtz de Almeida (2004) discute a relação das diversas igrejas entre os Kaingáng, mostrando que, apesar do crescimento das igrejas evangélicas, a religião católica ainda tem um papel importante. O número de igrejas é grande, e mesmo onde há poucas casas, há igrejas evangélicas pentecostais.

1.2 Contextualizando a saúde indígena

Quando se trata do tema saúde indígena, sabe-se que muitas populações foram reduzidas ou exterminadas por doenças, especialmente as infectocontagiosas. O governo brasileiro tardou em assumir a responsabilidade pelo atendimento a essas populações. Os primeiros passos ocorreram por meio do Serviço de Proteção ao Índio (SPI), a partir de 1910 (BRASIL, 2011b), dando prioridade aos índios que entravam em contato com os não índios. Posteriormente, a FUNAI,

que substituiu o SPI em 1967, assumiu a saúde indígena sistematizando o serviço às populações indígenas. Predominou um atendimento assistencialista por meio de atendentes de enfermagem (muitas vezes não indígenas) no interior das áreas indígenas e com a disponibilização de medicamentos nas aldeias. Também foram criadas as Equipes Volantes de Saúde (EVS), compostas por médico, enfermeiro, laboratoristas e dentistas, que iam periodicamente às aldeias prestar assistência aos casos emergenciais. Na década de 1980 a frequência das EVS foi diminuindo até serem totalmente desativadas (NACKE et al., 2007, pp. 123-124).

Após a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1986, quando se discutiu especificamente sobre saúde indígena, é que se passou a dar ênfase à criação de um modelo diferenciado para os povos indígenas, que respeitasse as suas dimensões sociais, políticas e culturais, repercutindo tal debate na Constituição de 1988. Entre 1991 e 1994, a atenção à saúde indígena passou da FUNAI para a Fundação Nacional de Saúde (à época FNS) (BRASIL, 1987), que criou os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) como um Subsistema do SUS, sendo, porém criado somente o DSEI Yanomami (DIEHL, 2001a). Entre 1994 e meados de 1999, por questões políticas, a saúde indígena voltou a ser responsabilidade da FUNAI. Em agosto de 1999, o governo brasileiro tomou a decisão de transferir definitivamente as ações e serviços de saúde para o Ministério da Saúde, mais especificamente para a FUNASA. Foram então implantados em todo Brasil 34 DSEI (Figura 7), o que gerou aumento na contratação de profissionais de saúde para realizar atenção primária nas aldeias em Terras Indígenas e nos Polos-Base.



Figura 7 – Distritos Sanitários Especiais Indígenas. O DSEI 22 corresponde ao DSEI Interior Sul. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1744>.

Os DSEI devem possuir instâncias de controle social, o que implica que o planejamento em saúde deve ser participativo e considerar os conceitos próprios de saúde e doença da população. Esse controle social fica a cargo dos Conselhos Locais de Saúde, cujos representantes são exclusivamente indígenas, e dos Conselhos Distritais de Saúde, cuja representação é composta 50% por indígenas e 50% por prestadores de serviço, como Organizações Não Governamentais (ONGs), prefeituras e trabalhadores de saúde (DIEHL, 2001a).

Assim como o SUS, o Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, articulado ao SUS, é descentralizado, hierarquizado e universal, incluindo ainda o princípio da atenção diferenciada. A atenção primária ou básica ocorre no nível das aldeias, onde as ações de

prevenção de doenças e promoção da saúde são executadas pela EMSI, que também realiza a supervisão do Agente Indígena de Saúde (AIS). Os serviços de atenção secundária e/ou terciária são acionados caso haja um agravante que necessite de atendimento especializado ou intervenção hospitalar, ou seja, o paciente será levado a clínicas e/ou hospitais de referência para a realização da consulta, tratamento ou internação.

A estrutura do DSEI prevê que a maioria dos agravos seja resolvida nessas duas instâncias [aldeias ou Polo-Base]. As demandas não resolvidas nesse nível devem ser encaminhadas para serviços especializados na sede de municípios próximos ou dependendo do caso para hospitais de baixa à alta complexidade e resolutividade. Além disso, as Casas do Índio, estruturas criadas pela Funai, serão readaptadas para funcionarem como Casas de Saúde do Índio, servindo de apoio entre as aldeias e a rede de assistência do SUS (DIEHL, 2001a, p. 43).

Apesar de o Subsistema estar atuante há aproximadamente 11 anos, nota-se pouco avanço no que se refere à atenção diferenciada. Não há um consenso sobre como implementá-la ou mesmo avaliá-la. Conforme Langdon et al. (2006, p. 29), “a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas destaca a formação dos agentes indígenas de saúde como ponto central para promover uma atenção diferenciada, concebendo-o como elo entre os saberes tradicionais e biomédicos”, mas estudos têm demonstrado que a formação e capacitação desses profissionais, bem como do restante da EMSI, é ainda muito falha (GARNELO et al., 2003; LANGDON et al., 2006; LANGDON e DIEHL, 2007).

Segundo o Diagnóstico Situacional do Subsistema de Saúde Indígena (IDS/SSL/CEBRAP, 2009, p. 16):

Observa-se que existem políticas nacionais baseadas nos princípios da universalidade, integralidade e equidade que buscam reduzir as diferenças das condições de saúde. No entanto, há pouca clareza sobre o que seria um modelo de atenção diferenciada à saúde indígena, prevalecendo a concepção dos distritos como

modelo organizacional e práticas centradas nos procedimentos médico-curativos.

A alocação de recursos financeiros para o Subsistema é suplementar, feita por meio de repasses fundo a fundo do nível central para as prefeituras cujos municípios têm indígenas em seus territórios e de convênios entre a FUNASA (que está sendo paulatinamente substituída pela Secretaria Especial de Saúde Indígena) e Universidades (caso da Universidade Federal de São Paulo, por exemplo) ou ONGs indígenas ou não indígenas. A contratação dos membros da EMSI pode ocorrer diretamente pelos municípios ou pelas conveniadas, gerando diferentes vínculos, que muitas vezes repercutem negativamente no processo de trabalho da equipe.

O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) foi criado especialmente para o Subsistema, funcionando por meio da contabilização das atividades exercidas pelas EMSI nas aldeias e Polos-Base, o que idealmente deve gerar dados que possam servir de subsídios para a construção de indicadores de saúde indígena e para a avaliação da qualidade de vida dos indígenas e dos serviços de saúde (DIEHL, 2001a, p. 43). O SIASI “visa à coleta, ao processamento e à análise de informações para o acompanhamento da saúde das comunidades indígenas, abrangendo óbitos, nascimentos, morbidade, imunização, produção de serviços, recursos humanos e infra-estrutura” (SOUSA et al., 2007, p. 854). Porém, como salientam Sousa et al. (2007), “as principais limitações do SIASI referem-se aos instrumentos de coleta, à capacitação dos recursos humanos, à ausência de interface com os demais sistemas nacionais de informação em saúde, à dificuldade de acesso às informações e à não utilização das informações para o planejamento das ações” (p. 860).

Em 19 de outubro de 2010, por meio do Decreto nº 7.336, o Ministério da Saúde e a FUNASA deveriam efetivar a transição da gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para a Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde, porém o prazo foi revogado até o dia 31 de dezembro de 2011 pelo Decreto nº 7.461 /2011 (BRASIL, 2011a).

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas enfatizam sobremaneira o papel dos agentes indígenas de saúde na condição de membros da EMSI que exercem o papel de elo entre a comunidade e a equipe e entre os conhecimentos indígenas e o conhecimento biomédico. Tal inserção está

balizada em documentos e recomendações existentes desde o final da década de 1970, como se verá a seguir.

1.2.1 A inserção de membros das comunidades assistidas na atenção primária à saúde: Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes Indígenas de Saúde (AIS)

A Organização Mundial de Saúde (OMS), na Declaração Alma-Ata (1978), recomenda que o cuidado primário de saúde deve incluir, quando aplicável, em nível local, agentes comunitários, bem como os praticantes tradicionais, conforme necessário, **devidamente treinados social e tecnicamente para trabalhar como equipe de saúde** (grifo nosso) e responder às necessidades expressas de saúde da comunidade (WHO, 1978).⁸

Assim, entre as ações urgentes para proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo são necessárias ações e serviços primários de saúde, tendo como atores importantes os agentes comunitários de saúde que residem nas comunidades onde prestarão a assistência, devidamente treinados e tecnicamente aptos a desenvolverem ações de saúde juntamente com a equipe.

1.2.1.1 Agentes Comunitários de Saúde

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) surgiu com a nomenclatura de Visitador Sanitário e Inspetor de Saneamento, no início do século XX, época de muitas endemias e epidemias, como a febre amarela. Os primeiros ACS foram chamados de “médicos de pés descalços” na China, em 1949⁹.

Os agentes comunitários fazem parte da composição básica da equipe de saúde. Por serem moradores da comunidade onde a equipe vai atuar, são conhecedores dessa comunidade e de suas condições de moradia e saneamento.

⁸ Declaração Alma-Ata. Disponível em: <http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf>. Acesso em: 22 maio 2011.

⁹ Informação publicada em 18/05/2007 e discutida no III Ciclo de Debates: conversando sobre a Estratégia de Saúde da Família, promovido pela Escola Nacional de Saúde Pública. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/materia/index.php?matid=4239&origem=4>>. Acesso em: 12 maio 2011.

Acredita-se que por serem (os agentes) pessoas do povo, não só se assemelham nas características e anseios deste povo, como também preenchem lacunas, justamente por conhecerem as necessidades desta população. Acredito que os agentes são a mola propulsora para a consolidação do Sistema Único de Saúde, a organização das comunidades e a prática regionalizada e hierarquizada de assistência, na estruturação dos distritos sanitários. Ser agente de saúde é ser povo, é ser comunidade, é viver dia a dia a vida daquela comunidade. (...) É ser o elo entre as necessidades de saúde da população e o que pode ser feito para melhorar suas condições de vida. É ser a ponte entre a população e os profissionais e serviços de saúde. O agente comunitário é o mensageiro de saúde de sua comunidade (Dirigente da Fundação Nacional de Saúde, Brasil, 1991 apud SILVA e DALMASO, 2002, p. 5).

No Brasil, os ACS foram parte do processo de criação do Sistema Único de Saúde, estabelecido pela Constituição em 1988, e inicialmente foram inscritos, em 1991, no Programa Nacional de Agentes Comunitários (PNAC). Em 1992, o PNAC passou a se chamar Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e os ACS foram incorporados às equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 (LANGDON et al., 2006).

A ocupação de ACS foi criada com o intuito de formar o elo entre comunidade e profissionais de saúde. Esse profissional tem que pertencer à comunidade onde estará trabalhando, pois é o responsável por trazer informações sobre as condições de saúde dos membros, para que a equipe de saúde seja capaz de dimensionar os problemas e planejar suas ações de cuidado. O reconhecimento e a incorporação desse profissional ocorreram em 2002 por meio da Lei nº 10.507 (BRASIL, 2002b). Suas funções e atividades estão descritas na Lei nº 11.350/2006, que regulariza sua contratação e seu ofício.

Dentre as atribuições dos ACS definidas pelo Ministério da Saúde (MS), duas merecem uma atenção especial quando se discute a formação desses profissionais. A primeira, afirma que os ACS devem “orientar as famílias para a utilização

adequada dos serviços de saúde” e a segunda, salienta que eles devem “informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades” (MS, 1998:18). Curiosamente, nessas duas atribuições pode-se identificar o movimento bi-direcional dos agentes, aqueles que, de um lado, informam à população “modos de fazer” estabelecidos pelo sistema médico oficial e que, de outro lado, munem os profissionais de saúde de elementos chaves para a compreensão dos problemas de saúde das famílias e das necessidades da população (NUNES et al., 2002, p. 1640).

Ainda faltava uma formação que sustentasse o seu trabalho, uma certificação. Todavia, essa ação se complicou pelo perfil do ACS, para quem montar um curso técnico mostrou-se um desafio, como colocado por Morosini e Corbo (2007):

Entretanto, a operacionalização da formação em nível técnico dos ACS não constitui tarefa simples. Esta operacionalização se depara com as complexidades inerentes a própria configuração da atividade dos ACS, no que diz respeito à natureza inovadora da atividade, à fragilidade de sua identidade profissional e à regulamentação incipiente. Além disso, a formação dos ACS transcende o setor da saúde. Reconhecidamente o trabalho do agente comunitário de saúde lida com questões relativas à cidadania, à política, às condições de vida e à organização dos grupos e suas relações, incluindo a família (p. 12).

Para Silva e Dalmaso (2002, p. 77), “historicamente, a ideia que apoia a inserção do agente comunitário de saúde envolve um conceito que, sob as mais diferentes formas, nomenclaturas e racionalidades, aparecem em várias partes do mundo, ou seja, a ideia essencial de elo entre a comunidade e o sistema de saúde” (p. 77). Esses autores ainda apontam que:

(...) como agente comunitário de saúde, embora com graus variados da ênfase colocada, consegue-

se identificar dois componentes ou dimensões principais da sua proposta de atuação: um mais estritamente técnico, relacionado ao atendimento aos indivíduos e famílias, a intervenção para prevenção de agravos ou para o monitoramento de grupos ou problemas específicos, e outro mais político, porém não apenas de solidariedade à população, da inserção da saúde no contexto geral de vida, mas, também, no sentido de organização da comunidade, de transformação dessas condições (SILVA e DALMASO 2002, p. 77).

Silva e Dalmaso (2002) observaram que o agente sofre com sua condição de atender as expectativas da comunidade sobre saúde, bem como de atender as questões técnicas da equipe de saúde. As contradições entre atender a comunidade e o sistema ao qual faz parte são “o dilema permanente do agente: a dimensão social convivendo com a dimensão técnica assistencial. Ao incorporar essas duas facetas em suas formulações, o conflito aparece principalmente na dinâmica da prática cotidiana” (SILVA e DALMASO, 2002, p. 77).

Em outro estudo realizado por Silva (2001) (apud SILVA e DALMASO, 2002) sobre o agente comunitário do Projeto QUALIS/PSF, no município de São Paulo, o autor:

(...) identificou que o agente comunitário não dispõe de instrumentos, de tecnologia, aqui incluídos os saberes para as diferentes dimensões esperadas do seu trabalho. Essa insuficiência faz com que ele acabe trabalhando com o senso comum, com a Religião e, mais raramente, com os saberes e os recursos das famílias e da comunidade. Há saberes de empréstimo para o pólo técnico, não os há para a dimensão considerada como mais política, nem há propostas ou trabalho consistente do ‘agir comunicativo’ (SILVA, 2001 apud SILVA e DALMASO, 2002, p. 78).

Essa reflexão não tem como intento desmerecer o papel importantíssimo desse profissional, mas observar que nem sempre a equipe de saúde o percebe como um “portador de conhecimentos da comunidade”. As atividades desse profissional de “monitoramento” das ações dos indivíduos para informar os profissionais sobre o “não

seguimento das orientações médicas” os deixa “bem vistos” pela equipe, mas nem sempre pela comunidade. Por outro lado, profissionais que estimulam o autocuidado da comunidade, instruindo quanto a procedimentos e/ou busca por curadores que não os da biomedicina¹⁰ também não são “bem aceitos” pelas equipes de saúde, que veem nesse profissional alguém que interfere e pode “prejudicar as ações de saúde”.

Em trabalho recente, Mota e David (2010) mostram a crescente escolarização do ACS somada à mobilização coletiva e à motivação institucional, derivadas de política de formação, um processo de certificação por competência baseado em escolaridade mínima, referendado pelo *Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde* do Ministério da Saúde em 2004. Esse curso é oferecido nas 36 Redes de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS) e está dividido em três etapas: I – formação inicial, que dá acesso a todos ACS que atuam no SUS, independentemente de escolaridade; II – concluintes da etapa I que apresentem certificado de conclusão ou atestado de estar cursando o ensino fundamental; III – concluintes da etapa I e II que apresentem certificado de conclusão do ensino médio ou atestado de realização concomitante com o ensino médio.

Os autores apontam que, apesar de o Ministério da Saúde achar relevante a formação desse profissional que atua mais próximo da comunidade e que necessita dessa formação, os gestores locais não têm incentivado sua formação técnica. No Rio de Janeiro, onde foi realizada a pesquisa, 26% dos ACS continuam estudando ou voltaram a estudar; desses, 46% ingressaram no ensino superior, 17% no ensino médio e 24% no ensino técnico. Dos que entraram para o ensino técnico, 50% cursam técnico de enfermagem (MOTA e DAVID, 2010).

1.2.1.2 Agentes Indígenas de Saúde

A criação do Agente Indígena de Saúde surgiu a partir de diferentes movimentos, desde a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde (WHO, 1978), a 1^a Conferência Nacional

¹⁰ Biomedicina é a ciência que conduz estudos e pesquisas no campo de interface entre biologia e medicina, voltada para a pesquisa das doenças humanas, seus fatores ambientais e ecoepidemiológicos, com intuito de encontrar sua causa, mecanismo, prevenção, diagnóstico e tratamento. Mais informações em: <http://www.cfbiomedicina.org.br/Acesso> em 14 de Outubro de 2011

de Proteção à Saúde do Índio em 1986, chegando ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em 1999: o direito dos povos indígenas de participarem do planejamento e execução dos cuidados da saúde em suas Terras Indígenas. Esse cargo também vem ao encontro de muitos objetivos contidos nesses documentos, entre eles o de fazer parte da equipe de saúde, intermediando os conhecimentos da medicina biomédica e tradicional, tornando-se o elo entre comunidade e equipe de saúde, bem como ser um profissional assalariado (Langdon et al., 2006).

Langdon et al. (2006) acrescentam que, após a Declaração de Alma-Ata, em 1978, o objetivo se foca em promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, que devem ocorrer no nível primário de atenção por meio dos agentes de saúde com garantia ao “respeito, reconhecimento e colaboração entre os representantes das práticas tradicionais e os da biomedicina. [A Declaração] recomenda que a medicina tradicional seja promovida, desenvolvida e integrada onde quer que seja possível com a medicina científica moderna” (p. 2638).

Os AIS surgiram na década de 1980 com o importante objetivo de ser o elo entre a comunidade e os profissionais de saúde, servindo de tradutores, uma vez que em muitas comunidades indígenas não se falava o português. Todavia, como aponta Novo (2010), “às vezes as traduções são precárias, mesmo aquelas realizadas pelo AIS, dificultando a comunicação dos profissionais com os pacientes e reforçando uma atuação puramente técnica por parte da equipe” (p. 96).

Apesar de idealmente serem a fundamental “conexão” entre a comunidade e a equipe, os AIS, que geralmente são muito novos, não se sentem aptos a representarem o sistema terapêutico local, justamente por serem muito novos, ao mesmo tempo em que são pouco valorizados pela equipe por deterem “pouco saber biomédico” (NOVO, 2010, p. 156).

Autores como Langdon et al. (2006), Langdon e Diehl (2007), Mendonça (2005) e Garnelo et al. (2003) apontam o quão os AIS se mostram inseguros com suas atuações principalmente devido à ambiguidade do seu papel: são cobrados pela EMSI de uma maneira e pela comunidade indígena de outra. Langdon et al. (2006), bem como Langdon e Diehl (2007) identificaram que, hierarquicamente na EMSI, os AIS são proibidos de realizarem ações básicas de saúde, como verificar temperatura, aferir pressão arterial e aplicar injetáveis. Entretanto, a comunidade, principalmente na ausência do médico, requer essas práticas, aumentando a angústia desse profissional em não saber exatamente como agir.

Junto à frustração de não saber definir exatamente suas funções, o AIS ainda necessita preencher muitos formulários mensalmente, o que acarreta mais frustrações a esse profissional. Langdon e Diehl (2007) apontam que idealmente o AIS deveria ser supervisionado e realizar capacitações contínuas, mas, como na prática isso não ocorre, os formulários e planilhas são uma forma de “inspecionar” o trabalho dos AIS. Somada à burocratização do serviço está a rotina diária de oito horas de trabalho, que levanta críticas ao fato de que os outros membros da EMSI trabalham menos horas e recebem um salário muito superior ao salário mínimo do AIS (p. 25).

Tanto os AIS como os ACS vêm se incluindo nos sistemas locais e nos serviços de saúde. Entretanto, em face da pressão da comunidade, que solicita respostas por meio da biomedicina e também do próprio modelo de organização da atenção básica, os agentes observam a necessidade de estudar mais e buscar o conhecimento por meio de cursos e diplomas reconhecidos pela medicina ocidental.

Alguns estudos (OLIVEIRA, 2005; MENDONÇA, 2005) mostram que o reconhecimento dos AIS por parte da equipe e do Subsistema de Saúde ainda é falho, e uma das alternativas seria formar o agente como auxiliar de enfermagem. Em Santa Catarina, “os AISs realizando ou com esperanças de realizar cursos de Auxiliar de Enfermagem perceberam nesta maneira uma forma de garantir seu reconhecimento institucional e também a segurança do emprego” (LANGDON e DIEHL, 2007, p. 26).

1.2.2 A organização da saúde na Terra Indígena Xapecó

Na T.I. Xapecó, durante a década de 1970, além das equipes volantes da Funai, o Sindicato Rural atendia em forma de retribuição os indígenas que deixassem os agricultores não índios usufruírem das terras. Em 1978 esse atendimento foi suspenso depois que os Kaingáng expulsaram os agricultores de suas terras. Até 1981, “havia apenas uma enfermaria localizada na aldeia Sede e atendia uma população de 1.714 indivíduos”, e a partir de 1983 foram construídas outras duas enfermarias, uma na aldeia Pinhalzinho e outra na aldeia Limeira, mais tarde ampliadas (NACKE et al., 2007, p. 125). Nessa época, nas enfermarias trabalhavam três atendentes indígenas de enfermagem, dos quais atualmente um é técnico de enfermagem, outro é auxiliar e um não atua mais nos postos de saúde (mais detalhes no capítulo “A inserção de indígenas como trabalhadores de enfermagem”).

A enfermaria era considerada um “mini-hospital”, localizada em uma antiga escola, e contava com “um leito para internações ocasionais de doenças que necessitavam de acompanhamento para medicação, um ambulatório para prestação de primeiros socorros e preparação dos pacientes para as consultas, um consultório médico, um consultório odontológico, uma sala de medicamentos, uma cozinha, dois banheiros (um inoperante, anexo ao leito e o outro no consultório médico) e uma sala tipo despensa”, além de uma pequena sala junto ao consultório médico e uma varanda, mas ainda assim, necessitava de muitas reformas (DIEHL, 2001a, p. 55). A partir de 1998, um dentista e um médico foram contratados via convênio entre a Funai e o município de Ipuacu e passaram a atender duas vezes por semana na enfermaria da aldeia Sede. Também foram contratados atendentes e auxiliares de enfermagem por convênio entre a FUNAI e uma ONG não indígena (DIEHL, 2001a).

Nessa época, as doenças mais frequentes eram as infecções respiratórias, a desidratação, a escabiose e o sarampo, além de haver casos de tuberculose, sífilis e gonorréia e a desnutrição associada à verminose, principal responsável pela mortalidade infantil na T.I. Xapécó (NACKE et al., 1983 apud HAVERROTH, 1997). Os casos mais graves ou urgentes eram encaminhados principalmente ao hospital de Xanxerê, como ocorre até os dias atuais, ou a Curitiba, nos casos mais graves.

Apesar dos esforços, a atenção prestada à saúde ainda não era suficiente. Assim, já na nova configuração de Subsistema, “em janeiro de 2000, o médico e o dentista, que trabalhavam na ‘Enfermaria’ há alguns anos, foram substituídos por outros dois profissionais, que passaram a prestar serviços 40 horas semanais, a maior parte do tempo na aldeia Sede” (DIEHL, 2001a, p. 58). Na aldeia Pinhalzinho também existia um posto de saúde, em condições precárias, próximo à rodovia, que contava com uma auxiliar de enfermagem não indígena e um médico que realizava atendimento às crianças às quartas-feiras à tarde (DIEHL, 2001a).

A partir de 2000, foram sendo instalados e/ou melhorados postos de saúde nas aldeias Sede, Pinhalzinho, Fazenda São José e Paiol de Barro (os três primeiros localizados no território de Ipuacu e o último em Entre Rios), com equipes compostas de no mínimo um técnico e/ou auxiliar de enfermagem e agentes indígenas de saúde. No caso das aldeias maiores, como Sede e Pinhalzinho, a equipe é mais completa: conta com médico generalista, médico ginecologista/obstetra, enfermeiros, dentista, nutricionista, técnicos de enfermagem, auxiliares de consultório dental, agentes indígenas de saúde e de saneamento,

motoristas e auxiliar de serviços gerais. Os profissionais que trabalham nos postos de saúde da parte de Ipuacu são contratados pela Estratégia Saúde da Família (como é o caso dos AIS, médico e enfermeiro), pelo convênio entre ONG Associação Rondon e FUNASA (médico, enfermeiros, dentista, nutricionista, técnicos e auxiliares de enfermagem, auxiliar de consultório dental, agentes indígenas de saneamento) e ainda pela FUNASA como servidores públicos federais (um técnico e um auxiliar de enfermagem). Em Entre Rios, os profissionais são contratados por meio de convênio entre a prefeitura e a ONG Rondon Brasil.

Os membros das equipes de saúde, não indígenas, residem em sua maioria em Xanxerê e se deslocam diariamente aos postos de saúde na T.I. Xapecó. Essa locomoção ocorre na maior parte das vezes com os carros da Funasa. Eles permanecem na aldeia das 8h às 17h¹¹ e almoçam no próprio posto de saúde, que conta com cozinha equipada com geladeira, fogão e mesa.

As EMSI enviam relatórios mensais, chamados consolidados, à coordenação local, localizada em Chapecó, SC. Esses consolidados têm por finalidade alimentar o Sistema de Informações de Saúde Indígena (SIASI).

A TI Xapecó faz parte do DSEI Interior Sul (Figura 7), que ainda abrange os estados de São Paulo, Paraná e Rio Grande do Sul em suas porções a oeste.

A partir da implantação do DSEI Interior Sul, é notória a maior estruturação dos serviços, tanto por meio da presença das EMSI quanto de mais infraestrutura física, com a construção dos postos de saúde. As demandas continuam sendo doenças infecto-parasitárias, com o acréscimo de crônico-degenerativas, como diabetes, doenças cardiovasculares (incluindo hipertensão) e câncer.

1.3 Enfermagem e a saúde indígena

1.3.1 O cuidado de enfermagem

Enfermagem é cuidar. Essa é a essência de todo enfermeiro – o cuidar. Conforme Waldow et al. (1995), é a partir dos anos 80' que se iniciam as reflexões sobre o cuidar e como o cuidar se realiza. Surgem as indagações de como realizar o cuidado, quem deve fazê-lo e como. É

¹¹ Esses são os horários oficiais não necessariamente cumpridos à risca.

neste momento que questões como qual o valor do cuidado e do cuidar começam a surgir. E também é neste período que começa a indagação de a quem pertencem à prática do cuidar e onde ela deve se iniciar/partir: pacientes, escolas ou da própria enfermagem.

O cuidado de pacientes vem de longa data e perpassa por muitas mudanças no decorrer da história e das noções do cuidar e do cuidado, que vêm se modificando, entretanto, apesar de modificarem-se os conceitos de cuidado e do cuidar, esta perpetua como sendo a premissa da enfermagem – o cuidar. Entre os teóricos da enfermagem que discutem e estudam as formas de cuidar, cita-se Madeleine M. Leininger, que nos anos 1950, trabalhando entre crianças de diversas etnias, observou que elas tinham necessidades diferentes de cuidado e desenvolveu, a partir daí, sua teoria transcultural do cuidado:

What the people need most to grow, remain well, avoid illness and survive or to face death is human caring; Care is the essence of nursing and the distinct, dominant, central, and unifying, focus of nursing; Caring is the “heart and soul” of nursing and what people seek most from professional nurses and in health care services; Nurses are therefore challenged to gain knowledge to care for well and sick people; Cultural Care theory and use of research findings from many different cultures constitutes the new challenge for nurses in providing meaningful and congruent care to people of the world¹² (LEININGER, 1991, p. 5).

Leininger percebeu que, além dos cuidados universais do nascer, crescer e morrer, existiam diferentes formas de comportamento e de cuidado locais, e parecia que esses padrões estavam relacionados a questões culturais. Ela buscou subsídios para compreender essa diferenciação do cuidar e do cuidado na antropologia e concluiu ser extremamente importante esse conhecimento para a enfermagem. Por três décadas ela estudou e publicou um extenso e intenso trabalho (WALDOW et al., 1995).

Esse é um trabalho desafiador, visto que a enfermagem é baseada no modelo de medicina positivista, centrada na cura e na doença. A

¹² Trechos selecionados das publicações de Leininger entre 1950 e 1991.

eficiente enfermagem que conhece termos técnicos reconhece sinais e sintomas e sabe “ler” exames e diagnósticos no seu cuidar ainda é muito valorizada. Leininger observa essa ênfase no cuidar técnico e se preocupa com o “humanizar” desse cuidado, pois não encontrou, entre as teorias já escritas, enraizadas na lógica positivista, uma que se adequasse a suas necessidades de entendimento do cuidar em suas várias dimensões. (WALDOW et al., 1995)

Com base na antropologia, Leininger desenvolve um modelo próprio de investigação de enfermagem, chamado etnoenfermagem, no qual o prefixo *etno* refere-se a pessoas da comunidade, ideias e práticas culturais com relação aos cuidados de enfermagem. Esse método foi desenvolvido para auxiliar as enfermeiras a compreender, através de observação, o significado dessas experiências cotidianas com relação ao cuidado em qualquer contexto. Com o passar do tempo, Leininger foi aprimorando seu método e voltando-se mais ao lado *emic*, ou seja, de percepções internas ao grupo, do que *ethic*, isto é, “parte de fora” do grupo estudado. Inicialmente, esse tipo de pesquisa não foi considerado científico, já que nessa época somente os dados estatísticos eram valorizados (WALDOW et al., 1995, p. 12).

Segundo Leininger, nosso mundo muda muito rapidamente, e o crescimento multicultural é uma realidade transformadora à qual a enfermagem deve estar atenta para melhor compreender e atender os indivíduos em seus momentos mais vulneráveis, respeitando-se as diferenças de entendimento sobre saúde, doença, cuidado, bem-estar e morte. A teoria do Cuidado Cultural incentiva enfermeiros a estudar e compreender as diferentes formas de perceber esses fatores para melhor atender seu cliente/paciente, pois sem esse entendimento não haverá compreensão de ambos os lados do cuidado a ser prestado, gerando uma grande frustração, confusão e raiva, sendo que nesse momento a teoria ganha relevância no auxílio à compreensão das diferenças (LEININGER, 1991).

Em sua teoria há três modalidades para guiar enfermeiros em seus julgamentos, decisões e ações: 1) cuidados de preservação cultural e/ou manutenção; 2) acomodação a cuidados culturais e/ou negociação; 3) a repadronização ou reestruturação do cuidado cultural (LEININGER, 1991, p. 40).

Entretanto, “acomodação” é o contrário de “negociação”, pois enquanto acomodação sugere algo passivo, a negociação envolve uma conversa para se chegar a um ponto comum (BOEHS, 2002).

A enfermagem precisa da antropologia para compreender que existem diferenças, e que essas diferenças não tornam as coisas

necessariamente piores ou melhores: elas são apenas diferentes, mas será preciso encontrar um ponto congruente entre o cuidador e o ser cuidado, visando ao bem-estar do paciente. Como coloca Boehs (2002), é uma grande teoria, mas é preciso repensar como colocá-la em prática: “Há dúvidas, como levar em conta os fatores culturais utilizando princípios da antropologia de não intervenção, mas ao mesmo tempo, ser profissional de enfermagem que se constitui numa profissão que tem como princípio intervir” (p. 91).

Na teoria de Leininger não se encontra “a fórmula” de como atender o paciente respeitando sua diversidade e simultaneamente realizar o cuidado técnico, mas a preocupação com a necessidade de “dialogar, despender mais tempo com o cliente, dar suporte, fazer-se presente nas necessidades, confiar, respeitar, oportunizar e levar em consideração, compreender, ouvir. Na literatura da enfermagem transcultural, Leininger e seus seguidores esperam alcançar a congruência do cuidado entre o modelo explicativo da cliente/família e do profissional” (BOEHS, 2002, p. 94).

Enfermagem é uma profissão que se dedica a cuidar do outro. Cuidar do outro implica conhecê-lo e respeitá-lo. Não significa que, ao conhecê-lo, as ações tornar-se-ão mais fáceis; elas ao menos tornar-se-ão respeitadas ao cuidador e ao ser cuidado, criando vínculo de respeito mútuo. Boehs (2002) enfatiza que:

O grande desafio das enfermeiras e dos enfermeiros que se aventuram pelos caminhos da antropologia para cuidar do ser humano de uma forma mais abrangente é, certamente, realizar o olhar antropológico. Isto é, dentro da cultura da enfermagem, tirar por momentos a armadura do modelo profissional e ver o cliente no seu mundo, entender suas ações, mas ao mesmo tempo não deixar de ser o enfermeiro ou a enfermeira. Como ser um e outro ao mesmo tempo? A teoria de Leininger é uma proposta para vencer este desafio. Porém, por ser uma teoria abrangente, tem conceitos abstratos, havendo assim um amplo campo para dar mais respostas ao desafio de como utilizar esta visão antropológica na enfermagem. No Brasil, a teoria de Leininger tem aproximado mais e mais as enfermeiras da antropologia. Sem dúvida, utilizar uma teoria com base na antropologia e na enfermagem é uma contribuição

para aproximar o mundo do cliente do mundo do profissional da saúde e fomentar o conhecimento na enfermagem. Para que isso ocorra, devemos estar atentos para que não façamos uma aplicação da teoria de forma repetitiva, sem avaliações críticas, incorrendo no risco de gastar energias em vão. A teoria de Leininger, bem como outras abordagens com base na antropologia, tem limitações, e, como mostra a análise deste trabalho, tem ambiguidades, termos que precisam ser clarificados dentro do contexto onde serão aplicados (p. 95).

1.3.2 Técnicos e auxiliares de enfermagem e o cuidar

A qualificação de enfermagem e suas atividades diferem no mundo todo, visto que a prática de enfermagem é influenciada pela realidade política, econômica e cultural que a cerca. Esses cuidados são individuais, familiares, comunitários e incluem a promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamentos a pacientes com doenças crônicas, agudas, pacientes em reabilitação ou ainda acompanhamento de doentes terminais (ROCHA e ALMEIDA, 2000, p. 97).

Os profissionais da enfermagem de nível médio, auxiliar e técnico, possuem formações diferenciadas, mas conforme se verá no capítulo “Atividades realizadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem”, no exercício de suas funções, todavia, na prática da atenção básica os ambos exercem praticamente as mesmas atividades.

Segundo Shimizu et al. (2004), destaca-se no trabalho dos técnicos e auxiliares de enfermagem o atendimento à demanda espontânea. Também são eles que realizam a triagem e verificam a necessidade de encaminhamento quando não há médico presente na atenção à saúde. As condições de trabalho das equipes de saúde da família ainda são precárias, e muitas vezes, na falta de recursos humanos, os profissionais de nível médio trabalham sem supervisão direta, sendo necessário assumirem responsabilidades além das suas atribuições profissionais. Ainda segundo esses autores, grande parte do trabalho das equipes de saúde da família depende do trabalho dos auxiliares de enfermagem, o que torna necessária e urgente uma capacitação para esses profissionais.

Crossetti et al. (2000), em sua pesquisa sobre o cuidar na perspectiva de alunos de curso profissionalizante, identificaram que o cuidado é percebido de duas formas: o cuidar expressivo e o cuidar

profissional. Os elementos do cuidar expressivo são: o afeto, doar-se, presença, proteger, preocupação, disponibilidade, compreender, respeitar, confortar, responsabilidade, solidariedade, dar segurança, intencionalidade, compartilhar/trocar. Já os elementos do cuidar profissional manifestos pelos sujeitos do estudo são: assistir/cuidar, competência técnica, conhecimento profissional e gostar do que faz (p. 67). Os autores observaram que o profissional de nível médio valoriza muito mais o cuidar expressivo que o cuidar profissional. Isso reflete uma qualidade na formação desses profissionais, e conseqüentemente uma valorização do cuidar aos futuros pacientes/clientes desses profissionais.

Apesar de o modelo de saúde ter avançado, enfatizando o cuidado sobre a família e a comunidade, alguns profissionais de enfermagem ainda se preocupam com o cuidar biologicista, tecnológico, centrado na doença e nos procedimentos. Isso ocorre porque a enfermagem é procurada inicialmente como profissão para “ajudar as pessoas”. Contudo, percebe-se sua “fragilidade” ao não ser considerada “científica”, por isso, busca-se nos procedimentos técnicos a legitimação dessa profissão, como colocam Wendhausen e Rivera (2005):

Quando retomamos os motivos de nossa opção profissional pela enfermagem, vamos constatar que muitos deles tais como: “querer fazer algo pelas pessoas”, “gostar de gente”, “gostar de cuidar das pessoas”, “querer ajudar”, etc., estão relacionados com os aspectos humanos do cuidar, muitas vezes considerados menos valorosos por muitos profissionais. Portanto, neste resgate de nossa humanidade é preciso re-significá-los, valorizando-os enquanto mobilização interna do que há de humano em nós (p. 112).

São perceptíveis que, os motivos que levaram o profissional ao curso de enfermagem são contraditórios às suas ações devido à necessidade de “cientificar” seus procedimentos. Como será visto no capítulo “A inserção de indígenas como trabalhadores de enfermagem”, a motivação para ingressar na enfermagem é o ajudar, o cuidar do outro. Todavia, os cursos são voltados para a produção técnica do saber, como já citado anteriormente, e o modelo assistencial realizado por esses profissionais é tecnicista e de reprodução acrítica das práticas existentes (RIBEIRO e PEDRÃO, 2005).

A Estratégia da Saúde da Família (ESF), criada em 1994 pelo Ministério da Saúde, como o Programa Saúde da Família (PSF), foi uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial a partir da organização da atenção básica, apostando no “estabelecimento de vínculos e [na] criação de laços de compromisso e de coresponsabilidade entre profissionais de saúde e a população” (BRASIL, 1997, p. 7). Entre esses profissionais encontram-se os técnicos e auxiliares de enfermagem.

Schimith et al. (2004) colocam que o PSF tem o intento de aproximar a equipe de saúde do usuário, criando um vínculo a fim de prestar uma assistência acolhedora:

O programa não se refere ao vínculo com a possibilidade de autonomização do usuário, nem com sua participação na organização do serviço. O vínculo deve ser extensivo a toda a equipe de saúde, pois somente dessa maneira é possível atender de fato as demandas e necessidades dos sujeitos reais do trabalho em saúde. É necessário que o projeto de acolhimento e produção de vínculo seja um projeto de toda a equipe, a fim de que se concretize no trabalho vivo em ato. Para que isso ocorra a enfermeira deve tornar seu trabalho mais voltado para a clínica, valorizando o acolhimento e o vínculo com o usuário do serviço e tornando-se um profissional com maior resolutividade (p. 1491).

2 Trajetória e metodologia

2.1 Trajetória

Para iniciar este trabalho, é preciso localizá-lo em minha trajetória até o momento presente. Sou enfermeira formada pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) em 1999. Atuei com enfermeira do Programa Saúde da Família, atual Estratégia Saúde da Família, mas também fui enfermeira administrativa de hospital de pequeno porte no interior do Paraná. Trabalhei na educação de nível técnico como professora e posteriormente como coordenadora pedagógica pelo Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae) de 2001 a 2005. Nesse período, cursei a especialização em Pedagogia do Ensino Técnico da Fundação Oswaldo Cruz promovida pelo PROFAE. Em seguida (2002), atuei na Secretaria de Estado da Saúde do Paraná avaliando cursos técnicos da área da saúde, quando então enviei meu currículo ao Norte do país, para trabalhar com saúde indígena.

Iniciei na saúde indígena em 2006, primeiramente no Pará, como coordenadora técnica, e depois no Amazonas, como enfermeira assistencial, totalizando dois anos de trabalho. No período trabalhado com saúde indígena, foi possível conhecer e atuar com as etnias Munduruku, Kaiapó, Mura, Apurinã, Saterê-Mawé, Baré, Tukano, Tikuna, entre outras. Quando atuei como enfermeira nessas diferentes comunidades e etnias, foi possível vivenciar as diferenças culturais¹³ existentes entre os diversos povoados indígenas. Esse período muito me afligiu, pois destoava da missão do órgão empregador com as atividades desenvolvidas. Além desse fato, nas diversas reuniões e encontros entre funcionários que atuavam com saúde indígena, eram comuns comentários a respeito do modo de vida dos indígenas e sua culpabilização por seus adoecimentos e eventuais óbitos.

Muitas questões me inquietavam nesse período: por um lado, ouvia-se que “os profissionais de saúde devem ser agentes transformadores, para ajudá-los a compreender o que é higiene e como prevenir doenças”, e por outro recebia-se a informação de que “não devemos mudar seus hábitos e costumes e a cultura deve ser respeitada”. Como atuar diante de falas conflitantes?

¹³ Cultura aqui colocada como conjunto de ações sociais através da percepção que eu obtinha antes de realizar a disciplina de antropologia a perceber que a cultura não é algo estanque, mas com “significados simbólicos” conforme Geertz (1978).

Dessa forma, ao retornar ao Sul, tive a oportunidade de assistir, em um seminário sobre saúde indígena na UFPR, a Dra. Esther Jean Langdon, que tratou de pesquisas que vêm sendo desenvolvidas sobre saúde indígena. Sua eloquência ao falar foi o fator decisivo para procurá-la em Florianópolis em busca de sua orientação no mestrado. Mas a antropologia estava (e está?) muito distante de meu entendimento. Assim, associando saúde pública e antropologia, é que nasceu este trabalho, sob a orientação da professora Eliana Diehl.

A busca pelo entendimento da antropologia inicia nesse período, mas não é fácil. Devido à minha formação biomédica, torna-se complexo despir os conceitos pré-formados para enveredar pelo caminho da antropologia, que pressupõe compreender a perspectiva do outro, incluindo seus saberes, experiências e práticas.

A antropologia mostrou-me que a concepção de cultura – ainda percebida dessa maneira por muitos colegas da saúde – não se mostra como eu a concebia anteriormente, ou seja, como ações e percepções fixas que não se alteram. Muito pelo contrário, Geertz (1978) mostra que a cultura é uma rede de símbolos, e que “o homem é um animal emaranhado a teias de significados que ele mesmo teceu” (GEERTZ, 1978, p. 15). Assim, a “cultura” não é algo estático, mas são comportamentos, pensamentos, significados que se modificam constantemente e em interação com o outro, emergindo do contexto, ou seja, não é definida *a priori*.

Então, após definir que iríamos desenvolver uma pesquisa sobre saúde indígena na abordagem da saúde coletiva com aproximação da antropologia, precisávamos delimitar o campo de trabalho. Considerando que vários estudos sobre agentes indígenas de saúde vêm sendo conduzidos no país e que se observa a formação de indígenas em profissões da saúde, decidiu-se pelo tema dos técnicos e auxiliares indígenas de enfermagem, selecionando-se a etnia Kaingáng da Terra Indígena Xapecó.

Primeiramente, houve um contato com o cacique da T.I. Xapecó, em janeiro de 2010, solicitando a autorização para a realização da pesquisa, a qual foi concedida em fevereiro do mesmo ano. Com esse documento, deu-se início à tramitação legal do projeto (parecer ético e autorização para ingresso em Terra Indígena). Esta pesquisa foi submetida a edital do Instituto Nacional de Pesquisa Brasil Plural e obteve financiamento aprovado para o trabalho de campo, que totalizou 60 dias na T.I. Xapecó entre os meses de dezembro de 2010 e janeiro e fevereiro de 2011. Em agosto de 2010, juntamente com minha

orientadora, fui conhecer a Terra Indígena e estabelecer os primeiros contatos, incluindo a verificação da possibilidade de moradia.

Permaneci alguns poucos dias, em novembro de 2010, na cidade de Ipuçu e aldeia Sede, que serviram para solicitar autorização do cacique eleito após aprovação do projeto e, por assim dizer, “quebrar o gelo” da minha entrada em área.

Fui efetivamente para a pesquisa de campo nos primeiros dias de janeiro, mas a moradora da casa onde eu iria permanecer encontrava-se viajando para cuidar de sua saúde, o que me levou a ficar por duas noites na cidade de Xanxerê, a 32 km da aldeia Sede. Esse foi um complicador nos dois primeiros dias. Contudo, após minha apresentação, a família da minha anfitriã convidou-me a ficar com eles, facilitando a imersão na aldeia.

Permaneci com essa família até o retorno de minha anfitriã, que me hospedou quase o período integral de minha estadia. Inicialmente, o intento era permanecer por um período aproximado de uma semana em cada aldeia a ser pesquisada, em moradias diferentes, para obter diferentes pontos de vista. Porém, alguns problemas impossibilitaram essa mobilidade: entre eles, a chuva e a falta de carro. O primeiro problema dificulta a chegada em algumas partes da Terra Indígena, e o segundo torna trabalhoso percorrer distâncias que chegam a quase 50 km no interior das aldeias.

No mês de janeiro permaneci no posto de saúde da aldeia principal, a aldeia Sede, durante todo seu expediente. Apresentei-me à equipe de saúde e solicitava diariamente a autorização para “seguir-los” em suas atividades diárias. Acompanhava os auxiliares e técnicos em seus atendimentos rotineiros, anotando em meu diário de campo o que era dito e feito. Quando havia possibilidade, questionava os moradores sobre suas atividades e ações e, sendo possível, ainda os entrevistava. Nas noites e finais de semana socializava com a família onde permaneci, visitando seus amigos, participando de reuniões festivas, jantares na casa de outros e idas à igreja evangélica que minha anfitriã frequentava.

No último domingo de janeiro, após termos festejado o aniversário do mais novo membro da família que me hospedava, iniciou-se na aldeia Sede uma disputa de grupos pelo “cacicado”, tornando o contexto pouco propício para a pesquisa de campo. Assim, afastei-me da T.I. Xapecó, retornando uma semana depois, quando os “ânimos” estavam mais calmos. Retornei com meu próprio carro, o que dava mais mobilidade para ir às aldeias que ainda restavam para pesquisar. Assim, durante quase duas semanas, em dias alternados, eu e minha anfitriã íamos à aldeia Pinhalzinho – eu para pesquisar e ela para

visitar familiares. Eu permanecia durante o expediente no posto de saúde dessa aldeia e retornávamos à tarde para a casa de minha anfitriã na aldeia Sede. Houve duas visitas à aldeia Fazenda São José, mas, por motivo das chuvas, o médico não havia realizado as visitas quinzenais desde o início do ano, por isso as atividades estavam reduzidas.

Na aldeia Paiol de Barro permaneci dois dias e uma noite. Fui convidada pela técnica indígena de enfermagem a pernoitar em sua residência. Assim, pude observá-la em seu trabalho de preparar a multimistura (um preparado de diversos cereais, entre outros alimentos, ensinado pela Pastoral da Saúde e Pastoral da Criança, ambas da igreja católica), o sabão de ervas e os xaropes, bem como em seu atendimento e orientação à comunidade. Nessa aldeia ainda assisti uma reunião com os agentes indígenas de saúde em seu primeiro dia de trabalho após aprovação no processo seletivo municipal.

O período em campo teve muitas interferências, como a demissão e recontração dos agentes indígenas de saúde, as férias de vários profissionais, duas disputas internas pelo posto de cacique e diversas interferências no atendimento à saúde devido à transição da Fundação Nacional de Saúde para a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai).

Assim, no período de pouco mais de dois meses, incluindo a primeira visita em agosto de 2010, foi possível acompanhar e visualizar o trabalho dos profissionais indígenas de nível médio em suas comunidades, utilizando o método etnográfico.

2.2 Metodologia

O presente estudo, de caráter qualitativo descritivo, buscou identificar e acompanhar os auxiliares e técnicos de enfermagem da T.I. Xapecó, Santa Catarina.

Os dados foram coletados por meio de duas estratégias principais: pesquisa secundária (documental/bibliográfica) referente aos cursos para formação de técnicos/auxiliares de enfermagem e pesquisa de campo baseada em métodos qualitativos antropológicos, ou seja, pesquisa etnográfica.

2.2.1 Pesquisa secundária

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados SciELO, LILACS, Banco de Teses da Capes, utilizando-se como palavras-chaves “técnico ou auxiliar de enfermagem”, “profissionais indígenas de saúde”, “agentes indígenas de saúde” e “Profdae”. Além

disso, livros e outras publicações, como em sítios eletrônicos, também foram consultados.

A pesquisa em documentos previu toda e qualquer documentação relacionada aos cursos de formação de nível médio em saúde realizada pelos indígenas, como apostilas, projetos político-pedagógico, certificados, entre outros, bem como a legislação que envolve essa formação. O acesso aos documentos sobre o curso de capacitação profissional de nível médio de indígenas oferecido pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) nos foi negado pela coordenação, assim como não houve acesso aos documentos dos outros cursos devido à impossibilidade de contato com as respectivas coordenações (não houve resposta por parte destas). Assim, a análise documental foi baseada em documentos coletados junto aos profissionais indígenas da T.I. Xapecó. Complementou a pesquisa documental a realização de entrevista com um professor do curso da UFSC.

2.2.2 Pesquisa etnográfica

O método etnográfico apresenta-se como uma forma específica de construção de uma narrativa sobre o grupo social pesquisado. Para esse fim, foi realizada uma pesquisa em campo durante dois meses com o objetivo de observar as práticas de enfermagem exercidas pelos profissionais de nível médio, bem como de entrevistar os profissionais auxiliares e técnicos de enfermagem.

A etnografia, segundo Geertz (1978), “é estabelecer relações, selecionar informantes, transcrever textos, levantar genealogias, mapear campos, manter um diário, e assim por diante” (p. 15).

A etnografia não é apenas uma atividade observadora, mas também interpretativa, não se tratando apenas de coletar dados, mas de “decodificá-los”:

Há três características da descrição etnográfica: ela é interpretativa; o que ela interpreta é o fluxo do discurso social e a interpretação envolvida consiste em salvar o ‘dito’ num tal discurso da sua possibilidade de extinguir-se e fixá-lo de formas pesquisáveis (GEERTZ, 1978, p. 31).

Dessa forma, utilizaram-se as técnicas de entrevistas (semiestruturadas e abertas) e de observação participante. Para a realização das entrevistas (ver roteiros nos Apêndices 1, 2 e 3), o

entrevistado era orientado sobre a pesquisa conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices 4, 5 e 6), que era assinado quando havia concordância em participar. Os membros das Equipes Multidisciplinares de Atenção Básica à Saúde Indígena (EMSI) foram entrevistados acerca do papel dos técnicos e auxiliares indígenas de enfermagem, enfatizando a autopercepção e a percepção desse papel.

Foram observadas e acompanhadas as atividades dos técnicos e auxiliares de enfermagem (indígenas e não indígenas) e do restante das EMSI nos postos de saúde das aldeias Sede, Pinhalzinho, Fazenda São José e Paiol de Barro.

Os sujeitos desta pesquisa foram, portanto, o professor do curso para formação de técnicos/auxiliares de enfermagem (UFSC), os profissionais da EMSI, especialmente os técnicos/auxiliares de enfermagem (indígenas e não indígenas) e eventualmente alguns usuários dos serviços de atenção à saúde.

Para o registro dos dados, foi utilizado o diário de campo e a gravação de voz, além de registro fotográfico. A análise dos dados qualitativos se concentrou na identificação dos significados simbólicos emergentes no interior das entrevistas e na observação participante, isto é, nos aspectos comuns aos atores envolvidos em suas falas sobre um mesmo assunto, temas e questões, permitindo a sistematização dos pontos convergentes. Os pontos de divergência foram analisados a partir do contexto da fala e de quem fala, atentando-se ao local e à situação em que a conversa/entrevista foi realizada, bem como à localização do interlocutor em determinada rede de relações sociais. Em suma, o esforço analítico propôs avaliar qualitativamente a atenção realizada nas ações e serviços de saúde sob os pontos de vista dos atores envolvidos. Os dados sobre o perfil das EMSI e o perfil sociodemográfico dos técnicos e auxiliares indígenas de enfermagem foram analisados segundo sua frequência.

2.2.3 Local do estudo e sujeitos da pesquisa

Selecionou-se a Terra Indígena Xapacó, tendo como referência as aldeias Sede, Pinhalzinho e Fazenda São José (localizadas geograficamente no município de Ipuacu) e a aldeia Paiol de Barro (localizada no município de Entre Rios), principalmente porque nos últimos 17 anos o grupo de pesquisa coordenado pelas professoras Esther Jean Langdon e Eliana E. Diehl vem desenvolvendo pesquisa entre os Kaingáng, com vínculos estabelecidos que facilitam o acesso às informações e a coleta dos dados. A T.I. Xapacó é habitada

principalmente pelos Kaingáng (cerca de 4.000 hab.), grupo Jê, que se encontra de São Paulo ao Rio Grande do Sul e é o segundo maior grupo do país. Os Kaingáng são falantes do português e têm uma longa história de contato com não índios. Maiores detalhes já foram descritos na revisão da literatura.

A pesquisa em campo foi realizada totalizando 60 dias (dezembro de 2010 a fevereiro de 2011) nas aldeias Sede, Pinhalzinho e Fazenda São José (localizadas geograficamente no município de Ipuacu) e na aldeia Paiol de Barro (localizada no município de Entre Rios), onde existem postos de saúde. O acompanhamento do trabalho dos profissionais ocorreu nos postos de saúde da aldeia Sede, aldeia principal, na aldeia Pinhalzinho, na aldeia Paiol de Barro e duas visitas a aldeia Fazenda São José.

Os sujeitos foram um professor do curso para formação de técnicos/auxiliares de enfermagem (UFSC), um coordenador do Curso de 1994, os profissionais das EMSI, especialmente os técnicos/auxiliares de enfermagem (indígenas e não indígenas) e eventualmente alguns usuários dos serviços de atenção à saúde, totalizando 16 pessoas. O coordenador de um dos cursos negou-se a participar da pesquisa e não foi possível contatar os demais professores e coordenadores.

Os membros das EMSI foram entrevistados acerca da percepção do papel dos técnicos e auxiliares indígenas de enfermagem. Foram observadas e acompanhadas as atividades dos técnicos e auxiliares de enfermagem e do restante das EMSI nos postos de saúde. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE. Além disso, foram observadas e acompanhadas as atividades dos técnicos e auxiliares de enfermagem (indígenas e não indígenas) e do restante das EMSI nos postos de saúde. Em virtude do sigilo e anonimato, todos os nomes foram modificados.

2.2.4 Registro e análise dos dados

Para o registro dos dados, foi utilizado o diário de campo e a gravação de voz (sempre que permitido), além de registro fotográfico. A análise dos dados qualitativos se concentrou na identificação dos significados simbólicos emergentes no interior das entrevistas e na observação participante, isto é, nos aspectos comuns aos atores envolvidos em suas falas sobre um mesmo assunto, temas e questões, permitindo a sistematização dos pontos convergentes. Os pontos de

divergência foram analisados a partir do contexto da fala e de quem fala, atentando-se ao local e à situação em que a conversa/entrevista foi realizada, bem como à localização do interlocutor em determinada rede de relações sociais. Em suma, o esforço analítico propôs avaliar qualitativamente a atenção realizada nas ações e serviços de saúde sob os pontos de vista dos atores envolvidos. Os dados sobre o perfil das EMSI e o perfil sociodemográfico dos técnicos e auxiliares indígenas de enfermagem foram analisados segundo sua frequência.

2.2.5 Aspectos éticos

Esta pesquisa cumpriu com a Resolução 196/CNS/1996, recebendo Parecer nº 626/2010 do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (Anexo 1) e Parecer nº 40/2010 (Registro nº 16034) da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) (Anexo 2). Recebeu a Autorização para Ingresso em Terra Indígena nº 90/AAEP/2010 da Fundação Nacional do Índio (Funai) (Anexo 3).

3 A inserção de indígenas como trabalhadores de enfermagem

3.1 Perfil dos profissionais de saúde: auxiliares e técnicos de enfermagem

No contexto da saúde indígena, observa-se o aumento gradativo do número de indígenas buscando formação e atuando como técnicos ou auxiliares de Enfermagem. Considerando toda a T.I. Xaçecó, as duas EMSI estavam compostas, entre dezembro de 2010 e fevereiro de 2011, por profissionais conforme a Tabela 1. Ressalta-se que, como comumente acontece nesse período do ano, muitos profissionais haviam sido desligados por término do contrato, e aguardavam novo processo seletivo, como é o caso dos AIS e médico na área de Entre Rios.

O Quadro 2 mostra o número de integrantes da EMSI em 2004, conforme Langdon et al. (2006). É possível notar que não havia técnicos de enfermagem nesse período, e sim nove auxiliares de enfermagem. Em 2011 esse número passou para oito técnicos e três auxiliares atuantes (Tabela 1). Também em 2011 se percebe o aumento do número de enfermeiros e de auxiliar de consultório dentário e o acréscimo de uma nutricionista na equipe atual.

Na T.I. Xaçecó havia no total 17 profissionais de enfermagem de nível médio (entre aqueles que estavam trabalhando e desempregados). Três eram auxiliares de enfermagem; os demais, técnicos, todos formados por meio de cursos profissionalizantes gratuitos; um dos técnicos não é indígena (Tabela 2).

Um dos motivos para o desemprego envolve as alianças políticas internas, à semelhança do que foi observado entre os AIS (para detalhes, ver LANGDON et al., 2006), ou seja, técnicos/auxiliares que não têm ligação com as lideranças têm menos chance de estarem empregados. O motivo de os moradores não saírem em busca de trabalho fora da Terra Indígena, segundo relatado por eles mesmos ou pela comunidade, é a distância da família, pois não aceitam a idéia de ficarem longe de seus parentes e amigos.

Tabela 1 – Perfil das EMSI, Terra Indígena Xaçecó, SC, dez. 2010/fev. 2011.

Profissional da EMSI	Fem. (nº)	Masc. (nº)
Agente Indígena de Saúde	15	2
Agente Indígena de Saneamento	0	2
Técnico Indígena de Enfermagem	2	5
Auxiliar Indígena de Enfermagem	2	1
Técnico de Enfermagem não indígena	1	0
Auxiliar de Enfermagem não indígena	0	0
Auxiliar de Consultório Dental	2	0
Enfermeiro	6	0
Dentista	1	1
Nutricionista	1	0
Médico	0	2

Quadro 2 – Profissionais de saúde na Terra Indígena Xaçecó, maio – julho de 2004.

Profissional da EMSI	Nº
Agente Indígena de Saúde	21
Agente Indígena de Saneamento	5
Técnico de Enfermagem	-
Auxiliar de Enfermagem	9
Auxiliar de Consultório Dental	1
Enfermeiro	3
Dentista	2
Nutricionista	-
Médico	2

Fonte: adaptado de Langdon et al. (2006, p. 2041).

Entre os 16 indígenas, a maioria tinha idade entre 31 e 50 anos e são divididos igualmente entre homens e mulheres. Dentre os que informaram, a maior parte eram casados ou moravam junto com o(a) parceiro(a), possuía até três filhos e era Kaingáng, porém não falante da língua (Tabela 2). Três técnicos possuíam ensino superior, sendo que um atuava como técnico de enfermagem, um sempre trabalhou na administração do convênio entre Organização Não Governamental/ONG e FUNASA e outro se encontrava cursando nível superior.

De modo geral, eles anseiam por mais capacitações e formação, o que demonstra a vontade de continuar se atualizando:

Na verdade tive o sonho de ser enfermeira, ainda tenho daí como surgia vaga de auxiliar na época do finado Ourides, daí eu consegui a vaga. A maioria era da sede, mas meu sonho era ser enfermeira. Mas como meu salário, e ter que largar o emprego para estudar, não dá para fazer a faculdade, é bem difícil, mas é um sonho. Eu sempre tive bastante entrosamento com a equipe de saúde, só que a gente tem um problema que muda muito, os técnicos não, mas os enfermeiros que vêm de fora. Porque sempre envolve política, e sempre tivemos problemas com os convênios. Eu teria oportunidade de fazer o concurso [público] e ir pra a cidade [Entre Rios], porque aqui cada contrato é difícil, e meu marido é da política, mas eu não quis fazer porque eu gosto daqui, do trabalho e eles também gostam do meu trabalho (Téc. Ind. Enf. Amanda).

Existem dez profissionais indígenas atuando na função compatível à formação, entretanto há um técnico trabalhando como AIS e outro nos serviços gerais, recebendo a maioria entre R\$ 701,00 e R\$ 1.000,00. Quando questionados sobre a atuação em outras funções, a resposta da profissional que atua no serviço geral foi:

A gente não sabe o que vai ser amanhã, é muita insegurança o trabalho da gente. Por ter mudado de Funasa para a secretaria este ano, há muita insegurança dos funcionários para com o que vai acontecer. Preferi ficar como serviços gerais porque tenho mais estabilidade e o prefeito até me

deu um aumento porque tenho curso técnico (Aux. Serv. Gerais Luana).

Tabela 2 – Perfil dos técnicos/auxiliares indígenas de enfermagem, Terra Indígena Xaçecó, SC, dez. 2010/fev. 2011.

Sexo	Feminino	8
	Masculino	8
Faixa Etária	Entre 21 e 30 anos	2
	Entre 31 e 40 anos	8
	Entre 41 e 50 anos	3
	Acima de 51 anos	3
Escolaridade	Ensino Fundamental completo	1
	Ensino Médio completo	12
	Ensino Superior completo	3
Situação civil	Casado/morando junto	8
	Viúvo	1
	Separado	1
	Não informado	6
Número de filhos	nenhum	1
	um	3
	dois	5
	três ou mais	1
	Não informado	6
Etnia	Kaingáng	6
	Xetá	1
	Kaingáng-Guarani	1
	Não informado	8
Língua indígena	Não entende e não fala	6
	Entende mas não fala	2

	Entende e fala	2
	Não informado	6
Atuação profissional	Trabalhando atualmente em função compatível à formação	10
	Contratados para outras Atividades	2
	Desempregados	4
Renda mensal (R\$)	510,00 – 700,00	1
	701,00 – 1.000,00	8
	1.001,00 – 1.500,00	1
	Não informado	2

A instabilidade do emprego, que normalmente ocorre todo final e início de ano por conta dos termos dos contratos dos profissionais, e as mudanças na organização da saúde indígena, passando a administração da FUNASA para a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), causam insegurança e muita aflição nos profissionais e na comunidade. Segundo o Artigo 6º do Decreto nº 7.336/2010, alterado pelo Decreto nº 7.461/2011: “O Ministério da Saúde e a Fundação Nacional de Saúde deverão efetivar a transição da gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para o Ministério da Saúde até o dia 31 de dezembro de 2011” (BRASIL, 2011c, p. 1).

Até o momento da minha saída de campo (final de fevereiro de 2011), a transição entre a FUNASA e a SESAÍ era motivo de muita preocupação na comunidade indígena, pois consultas especializadas, exames, compras e pagamentos pela administradora do convênio tinham sido suspensos a fim de aguardar o final da transição, que, segundo o Decreto nº 7.336/2010, deveria ocorrer em 180 dias contados a partir de outubro. Porém, a alteração do Decreto mudou o prazo de transição para 31 de dezembro de 2011, mantendo a estrutura organizacional atual. Com isso, os pagamentos salariais, abastecimento de combustível, remédios especiais e consultas especializadas estavam atrasados, sem data para serem regulamentados.

3.2 Formação dos auxiliares e técnicos de enfermagem da T.I. Xapecó

Alguns dos profissionais indígenas de nível médio atuantes na T.I. Xapecó concluíram seus cursos por meio de instituições que tinham o objetivo de profissionalizar trabalhadores que já atuavam na área da saúde.

Dentre os 13 técnicos indígenas de enfermagem, dez iniciaram e concluíram um curso promovido pela Universidade Federal de Santa Catarina, chamado “Projeto Pioneiro”. O “Projeto Pioneiro” foi composto de duas fases: auxiliar de enfermagem, nos anos 2002 e 2003, e técnico de enfermagem, entre 2004 e 2005. Oito alunos que realizaram o auxiliar por esse Projeto finalizaram também o técnico, curso que teve o acréscimo de mais dois indígenas que haviam concluído gratuitamente o auxiliar por outras instituições (Tabela 3).

Os três indígenas auxiliares de enfermagem atuantes durante esta pesquisa concluíram gratuitamente cursos por diferentes instituições, a saber: Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae) no Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Senac), em 2003 (dois indígenas); e Curso Supletivo de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem, em 1994, Braga, RS.

É importante destacar que dois dos profissionais indígenas que exerciam a função de atendentes de enfermagem na época da Funai reciclaram seus conhecimentos nos cursos recentes citados na Tabela 3. Esses dois profissionais haviam cursado, gratuitamente pelo ensino por correspondência do Instituto Rio Branco, a formação de atendente, no período de janeiro a junho de 1988. Atualmente, um deles é auxiliar de enfermagem, e o outro, técnico de enfermagem. Outra profissional realizou o curso de atendente de hospital pelo Ministério da Previdência e Assistência Social de abril a maio de 1978, sendo que hoje é formada em técnico de enfermagem, mas atua em outra função. Esses profissionais vêm atuando há muitos anos na T.I. Xapecó, como diz um deles:

Fiz o primeiro curso de atendente por correspondência há aproximadamente 30 anos atrás, não tinha validade, mas te dava uma noção (...). Na época você fazia o atendente de enfermagem para te ensinar a fazer sutura, partos, você fazia tudo, hoje não, mas na época era. O

atendente era o médico, nesse interior aí (Téc. Ind. Enf. Carlos).

Tabela 3 – Cursos profissionalizantes realizados pelos indígenas, Terra Indígena Xaçecó, SC.

Formação	Auxiliar de enfermagem	Técnico de enfermagem
Curso Supletivo de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem (1994)	4	-
Senac/Profae, Auxiliar de Enfermagem (2003)	3	-
Escola de Formação em Saúde (Profae), Técnico de Enfermagem (2004)	-	4
Curso de Auxiliar de Enfermagem (UFSC) (2002/2003)	8	-
Curso de Técnico de Enfermagem (UFSC) (2004/2005)	-	10

Na T.I. Xaçecó há três técnicos indígenas de enfermagem que já atuaram como agentes indígenas de saúde (AIS) e um técnico que ainda atua como AIS.

Dentre os cursos ofertados, observou-se que um deles (promovido pela UFSC) ofertou uma disciplina voltada a aspectos da região da TI Xaçecó e seus costumes, porém nenhum deles considerou especificamente o contexto sociocultural, político e econômico dos Kaingáng. Segundo Castro (2007), há dúvidas se deve-se organizar cursos voltados apenas aos indígenas, mesmo que isso seja o ideal, como foi o caso do “Projeto Xamã” dos índios Bakairi, Mato Grosso, que reivindicaram uma formação para legitimar sua atuação. Essa autora salienta que como o projeto foi voltado especificamente para os indígenas de uma região do Mato Grosso, eles não realizaram o curso tradicional de auxiliar de enfermagem, com estágio hospitalar, levando os profissionais indígenas das equipes de saúde a questionarem sua formação. Esses auxiliares indígenas de enfermagem se sentiam menos

capazes que os auxiliares de enfermagem que realizaram sua formação com estágio hospitalar.

3.2.1 Curso supletivo de qualificação profissional de auxiliar de enfermagem, 1994

O primeiro curso a ser ofertado especificamente voltado à população indígena, iniciou em 1993, promovido pela Irmandade Imaculadas Coração de Maria da Igreja Católica, em conjunto com a Igreja Luterana e o Conselho Indigenista Missionário (CIMI). O curso teve duração de um mês de aulas teóricas em Braga (RS) e um mês de aulas práticas nas aldeias na residência dos alunos. Conforme a religiosa Sara, foram solicitadas 13 vagas para os Kaingáng, porém algumas condições foram impostas: as vagas deveriam ser distribuídas entre outras etnias, e a irmã Sara deveria acompanhar os estágios dos indígenas participantes. Para essa irmã, havia o entendimento de que a formação de indígenas propiciaria um melhor serviço nas aldeias:

A maioria dos técnicos de enfermagem da terra indígena era brancos que não entendiam da cultura do índio. E o técnico de enfermagem indígena conhecia a comunidade, os chás, a cultura e conhecia melhor as pessoas (...). O técnico de enfermagem indígena acompanha mais os pacientes. Ele conhece a comunidade para trabalhar com os remédios direitinho em casa (Irmã Sara).

Esse curso trazia como questão central o ensino sobre plantas medicinais, visto que algumas das irmãs da Congregação entendiam que:

O curso era com o resgate da medicina tradicional indígena, respeito à sua cultura, o tratamento diferenciado nos hospitais. Isso porque era importante entender a necessidade de acompanhamento aos indígenas, principalmente aos não falantes do português (Irmã Sara).

A ênfase para as plantas medicinais contemplava pelo menos dois objetivos. O primeiro deles, não explícito, diz respeito à forma de atuação da Pastoral da Saúde, isto é, o incentivo ao uso de tais recursos

terapêuticos por quaisquer grupos sociais e comunidades, sejam urbanos ou rurais. O segundo objetivo relacionava-se explicitamente ao “resgate da medicina tradicional” enquanto parte da cultura indígena, como salientado pela irmã Sara:

É preciso conhecer bem a cultura para ter esse respeito, a questão dos chás, das raízes, dos benzimentos. Respeitar isso (...). O cultivo das plantas estava se perdendo também, e também estava se perdendo a cultura de plantar para o consumo deles e para o auto sustento (Irmã Sara).

Ainda segundo a irmã, durante muitos anos houve o impedimento do uso de plantas nas Terras Indígenas do Sul do país, o que demonstrava a importância de tal “resgate”: “A FUNAI não permitiu que se trabalhassem os chás, só permitia remédio pronto para tratar os índios doentes” (Irmã Sara).

Conforme essa irmã, envolvida no projeto à época, foram 480 horas de estágio em hospital e posto de saúde, sendo um mês de aulas teóricas em Braga, RS, e um mês de prática nas aldeias de cada etnia, totalizando 1.300 horas de curso.

Os antigos vinham ajudar nos ensinamentos dos chás, dos remédios (sobre o curso, onde os antigos benzedeiros, rezadores, curandeiros, pajés, eram chamados para dar aulas e explicações das plantas e chás) (Irmã Sara).

Entre os quatro indígenas formados por esse curso, dois deles realizaram o técnico promovido pela UFSC, um formou-se técnico pelo PROFAE e o quarto permanece como auxiliar.

3.2.2 Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem (Profae), 2003 e 2004

O Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem surgiu em 15 de outubro de 1999, pela Portaria nº 1.262/GM¹⁴, com o intuito de formar e certificar os profissionais que

¹⁴ Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=22494>. Acesso em: 20 maio 2011.

atuavam na saúde na área de enfermagem, mas não possuíam formação condizente com as atividades exercidas. O marco foi em 2000, com a primeira turma no estado do Espírito Santo.

Estimava-se que em 1999 existissem 250 mil profissionais denominados à época de nível médio, porém eram atendentes de enfermagem, sem habilitação e conhecimentos necessários às suas práticas. A quantidade de profissionais atuando era expressiva, e muitos haviam iniciado o trabalho nos hospitais e postos de saúde sem escolaridade mínima: eram pessoas de baixa renda, o que dificultava o acesso aos cursos profissionalizantes privados que existiam no país (BRASIL, 2003).

O Projeto iniciou com a parceria entre o Ministério do Trabalho e o Ministério da Saúde, sendo gerenciado por esse último, e suas ações eram descentralizadas nos estados e municípios onde os cursos eram executados por entidades privadas, por meio de licitações, e principalmente nas Escolas Técnicas públicas. Entre seus objetivos, podemos destacar:

O PROF AE também busca o fortalecimento das instituições que trabalham com Recursos Humanos da área de saúde, dando apoio técnico e financeiro para a qualificação e educação profissional. Dentre as ações que visam o fortalecimento institucional, estão o Curso de Formação Pedagógica para a especialização de Enfermeiros; a Modernização e Criação de Escolas Técnicas de Saúde do SUS; a elaboração e implantação de um Sistema de Certificação de Competências Profissionais; e a implementação de um Sistema de Informação sobre o Mercado de Trabalho em Saúde, com foco em Enfermagem (BRASIL, 2003).

Atualmente, os cursos do PROF AE são ofertados exclusivamente pelas Escolas Técnicas do SUS. Há um total de 36 escolas, sendo 33 estaduais, duas municipais e uma federal, voltadas para a formação dos trabalhadores de nível médio do sistema de saúde, pertencendo à Rede de Escolas Técnicas do SUS/RET-SUS. Essa Rede congrega o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) (BRASIL, 2011d).

O Profae propõe uma metodologia inovadora: por meio da técnica de problematização, utiliza o “arco de Maguerez” (Figura 9). Essa metodologia tem por objetivo trazer os problemas cotidianos do trabalho para a sala de aula, onde se compartilham o entendimento dos problemas e suas possíveis soluções.

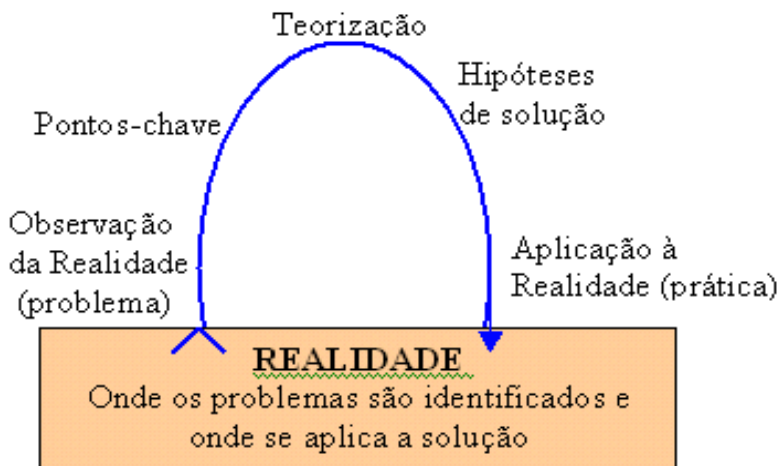


Figura 8 – Arco de Maguerez. Disponível em: <<http://www.abed.org.br/congresso2004/por/htm/112-TC-D1.htmA>>.

O curso é dividido em dois módulos. O primeiro módulo é de Qualificação Técnica – Auxiliar de Enfermagem do Curso Técnico de Enfermagem, com duração de 1.250 horas, das quais 400 horas são de estágio. O segundo módulo é a Habilitação em Técnico de Enfermagem, com duração de 1.800 horas, das quais 600 horas são de estágio supervisionado.

Entre os três auxiliares indígenas formados pelo Profae, dois permanecem com essa formação e são contratados como auxiliares de enfermagem e um realizou o técnico de enfermagem pelo “Projeto Pioneiro”.

Os três técnicos certificados pelo Profae são contratados e atuam conforme formação, apesar de um dos técnicos ter cursado faculdade.

3.2.3 O “Projeto Pioneiro” (UFSC)

Inicialmente, o “Projeto Pioneiro” não teve o intuito de formar especificamente indígenas. Ele foi criado pelo Governo do Estado de Santa Catarina, dentro de um macroprojeto financiado pelo Ministério do Trabalho em convênio com a UFSC, para a formação de auxiliares e técnicos de enfermagem.

A Universidade Federal de Santa Catarina teve seu envolvimento com este projeto por meio da Rede de Pós-Graduação em Enfermagem da Região Sul (REPENSUL) e da Graduação em Enfermagem, além da participação dos Conselhos Regionais de Enfermagem da região Sul. Essa trajetória iniciou com a formação de mestres e doutores para as Universidades Federais do Paraná, de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul. Posteriormente, esse modelo de trabalho foi estendido para a formação dos profissionais de nível médio, quando teve o financiamento pelo Ministério do Trabalho.

O projeto foi considerado pioneiro porque a abordagem pedagógica utilizada era inovadora, baseada em competências e habilidades, e porque os professores que realizariam a prática com os alunos, eram os profissionais atuantes em hospitais e unidades de saúde, ou seja, praticamente uma educação no trabalho, como salientou uma das professoras que trabalhou com os indígenas.

A ideia de capacitar os indígenas como auxiliares e técnicos de enfermagem não surgiu da Universidade, mas do cacique, já falecido, da Terra Indígena Xapecó, Orides Belino C. da Silva. O cacique buscou a UFSC solicitando vagas para os indígenas no curso superior de enfermagem, mas na impossibilidade de atender essa demanda específica, foi proposta a formação de técnicos de enfermagem por meio do “Projeto Pioneiro”.

Foi muito interessante essa solicitação porque, é, o cacique da época, até depois ele foi assassinado, foi uma coisa complicada lá, e tinha uma perspectiva, uma visão adiantada do seu tempo que depois foi consolidada no sistema de ações afirmativas, porque, o que ele veio pedir, na época, na verdade, foram vagas para o curso de enfermagem, vagas para o curso superior. Na época não se atentava a possibilidade de ter vagas, nem para estudantes de escolas públicas, nem para negros, nem indígenas, mas ele já queria naquela época, ele fazia uma demanda para a

universidade, como não tinha essa possibilidade, que naquela época era somente egresso por universidade, por vestibular, ou transferência que também é por vestibular. De qualquer forma, é, a professora Claudete que coordenava e ainda coordena a Repensul, fez essa contra oferta de que se criasse um grupo especial do curso técnico de enfermagem para os indígenas das suas aldeias, da Terra Indígena Xapecó, para a aprovação deles como auxiliares e técnicos. Ele aceitou e foi muito importante assim, porque não foi uma iniciativa da universidade, foi um atendimento à uma demanda específica dos indígenas. Foi muito oportuno como muitas coisas que a professora Claudete faz, é, aquela leitura histórica e social e cultural. Muito importante, porque então foi consolidado este grupo, que foi somente um grupo, um grupo de estudantes nesta modalidade (Professora Claudia da UFSC).

Conforme relatos dos indígenas que participaram do “Projeto Pioneiro” e informações contidas nos respectivos diplomas¹⁵, o curso ofertado pela UFSC aconteceu em dois Módulos. O Módulo I – Auxiliar de Enfermagem – contava com quatro unidades, totalizando 1.110 horas, das quais 400 horas de estágio supervisionado (para lista das disciplinas, ver Anexo 4). O Módulo II – Técnico de Enfermagem – oferecia mais duas unidades, com um total de 1.800 horas, das quais 690 horas de estágio supervisionado (para lista das disciplinas, ver Anexo 5). Salienta-se que os cursos técnicos devem apresentar uma carga horária mínima exigida a cada área, que no caso da saúde é de 1.200 horas.

Os conteúdos do Módulo I estavam relacionados basicamente aos cuidados biomédicos, porém na Unidade 2, que tratava da contextualização do profissional de enfermagem no ambiente social, foi oferecida a disciplina “Estudos Regionais”, quando foram estudados os “costumes e hábitos locais” dos indígenas da T.I. Xapecó. Para essas aulas, foram chamados os mais antigos da T.I., como conhecedores de plantas medicinais, curandeiro, benzedeiro, pajé, raizeiros, bem como a irmã Sara, envolvida nas Pastorais, visando a ensinar sobre as plantas

¹⁵ A coordenação desse Curso não aceitou participar da pesquisa e não disponibilizou o material didático-pedagógico utilizado nos Módulos. Em que pesem os esforços de se obter esse material por outras vias, também a busca foi infrutífera.

medicinais e a relatar a medicina “ancestral” local. Esses convidados do curso levavam os alunos até a mata para ensiná-los a reconhecer as plantas, além de como colhê-las e prepará-las.

No curso de auxiliar teve aula na sede um dia por semana de fitoterápico. A irmã Sara nos orientava com as ervas. Dona Madalena e Catarina foram chamadas para ajudar na pesquisa de plantas da mata. E seu José morreu este ano com 109 anos, em começo de Janeiro [2011], ele também fazia garrafada, benzimento e também ajudou no curso (Téc. Ind. Enf. Amanda).

No Módulo II, o estudo foi direcionado ao ambiente hospitalar, com o objetivo de preparar esses profissionais para a recepção e oferta de uma atenção específica aos pacientes indígenas nesse espaço, tornando-o menos estranho e mais familiar para aquele que sai de sua comunidade para um atendimento na cidade. Esse era o intuito da formação hospitalar ao técnico indígena:

O bom seria aquele profissional que já tem aquela carga de bom conhecimento, já sabe o costume de cada um, a abordagem de cada um, para trabalhar. Minha preocupação é que um técnico recém formado não pode ir para o hospital, porque as equipes vão moldar eles do jeito deles. Precisa ter uns 4/5 anos de conhecimento do povo, conhecer as famílias” (Téc. Ind. Enf. Fernando).

A seleção para os dois módulos não contou com provas: as escolhas foram feitas por afinidade com o tema a ser estudado e por indicação. Houve dois casos em que, devido à proximidade com o cacique da Terra Indígena, a escolha foi somente por indicação da liderança.

Formaram-se oito auxiliares de enfermagem, que prosseguiram cursando o técnico de enfermagem, com o acréscimo de mais dois alunos. Entre os dez formados, quatro estão contratados como técnicos; um nunca atuou como técnico, mas vinha trabalhando na gestão da saúde na T.I. Xapecó – no momento da pesquisa encontrava-se desempregado; outros dois encontram-se desempregados por divergências políticas com as lideranças; dois estão empregados em

outras funções (AIS e serviços gerais); e um está em Curitiba fazendo curso superior.

3.2.4 Capacitações e outros cursos realizados pelos auxiliares e técnicos de enfermagem

Quando questionados sobre a frequência de realização de capacitações e outros cursos, todos os técnicos e auxiliares manifestaram gostar de participar de tais eventos, mas reclamaram que estes não são muito frequentes: o último curso realizado havia sido o de Saúde Bucal, em novembro de 2010 no município de Ipuçu. Todas as capacitações realizadas por eles foram gratuitas. Na Tabela 4 estão listadas as capacitações realizadas por três desses profissionais, os únicos que disponibilizaram todos os diplomas e certificados de comprovação.

Por meio das entrevistas, observou-se que vários realizaram cursos de capacitação sobre plantas medicinais/ervas medicinais/fitoterapia. Porém, na pesquisa de campo notou-se que apenas três deles vêm colocando em prática seus conhecimentos e orientando a comunidade no uso de ervas, conforme se detalha abaixo.

Praticamente todos os cursos de capacitação que são ofertados pela Funasa e por Ipuçu e Entre Rios são frequentados pelos profissionais. Os de nível médio acreditam que é importante realizar cursos e se atualizarem, conforme a Auxiliar de Enfermagem Lucrécia: “Queria mais capacitação, pra não ficar parado”.

Tabela 4 – Capacitações realizadas por três profissionais de nível médio, Terra Indígena Xapecó, SC.

Profissional	Ano	Curso	Carga Horária
Técnica indígena de enfermagem Luana	1978	Atendente de Enfermagem	80 horas (aprox.)
	2002	Saúde e Segurança no Trabalho à Distância	4 horas
	2005	Mesa redonda “Ética Profissional: um dever de todos a serviço da vida”	2 horas (aprox.)
	2007	Funasa: Oficina de Capacitação em Vigilância Alimentar e Nutricional	32 horas
Auxiliar de Enfermagem Lucrécia	1988	Técnico de Auxiliar de Enfermagem (ensino por correspondência)	Seis meses

	1993	Conferência Estadual de saúde para os Povos Indígenas	12 horas
	1995	Treinamento de doenças transmissíveis;	36 horas
	1997	1º Encontro Estadual de Educação em Saúde para os povos indígenas de SC	40 horas
	1998	1ª Oficina de treinamento de multiplicadores do projeto: “prevenção das DST e AIDS junto a população indígena de SC	24 horas
	1998	Primeiro Encontro Sobre Saúde Pública	24 horas
	1998	Curso Básico de Fitoterapia	40 horas
	1998	Curso de Capacitação para co-infecção	24 horas
	1999	Curso de Introdução a Fitoterapia	24 horas
	2001	Ervas Medicinais	60 horas
	2002	Saúde e Segurança no Trabalho à Distância	64 horas
	2002	II Seminário Regional sobre Segurança e Saúde no Trabalho	2 dias
	2007	Segunda Capacitação de Combate de Uso de Drogas e Alcoolismo	20 dias
	2008	Capacitação Sobre Alcoolismo	8 horas
Técnico de Enfermagem Fernando	1999/ 2000	Curso de Capacitação de Agente Indígena de Saneamento	240 horas
	2004	Guia do Líder Pastoral da Criança	40 horas
	2005	Curso de Fitoterapia & Terapias Alternativas	45 horas
	2005	Curso de Capacitação de sala de vacinas	40 horas
	2006	Capacitação Pedagógica de Facilitadores do Curso de Educação Profissional Básica para Agentes Indígenas de Saúde	42 horas
	2006	IV Conferência Distrital de Saúde Indígena	80 horas
	2006	Co-facilitadores do Curso de Capacitação Pedagógica de Facilitadores de Educação Profissional Básica Para Agentes Indígenas de Saúde	40 horas

	2006	Co-Facilitador do Curso de Educação Profissional Básica Para Agentes Indígenas de Saúde – Módulo Parasitoses Intestinais e Doenças de Pele	80 horas
	2006	Co-Facilitador do Curso de Educação Profissional Básica Para Agentes Indígenas de Saúde – Módulo Saúde do Adulto e Atendimento de Urgência	16 horas
	2007	Oficina de Capacitação em Vigilância Alimentar e Nutricional	32 horas
	2007	Capacitação de Conselheiros Locais Indígenas de Saúde	32 horas

3.3 Atividades realizadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem

As atividades desenvolvidas pelos técnicos e auxiliares não se diferem na prática. Entretanto, devemos salientar que o processo de trabalho se dá no nível da atenção primária, diferentemente da atenção secundária ou terciária.

A Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, Lei nº 7.498/86, artigo 23, estabelece que (BRASIL, 1987):

(...) o pessoal que se encontra executando tarefas de enfermagem, em virtude de carência de recursos humanos de nível médio nessa área, sem possuir formação específica regulada em Lei, será autorizado, pelo conselho Federal de Enfermagem, a exercer atividades elementares de enfermagem (p. 06).

O parágrafo único desse artigo diz: “A autorização referida neste artigo, que obedecerá aos critérios baixados pelo Conselho Federal de Enfermagem, somente poderá ser concedida durante o prazo de 10 (dez) anos, a contar da promulgação desta Lei”, ou seja, até o ano de 1996. Esse parágrafo foi alterado pela Lei nº 8.967/1994, mencionando que o atendente de enfermagem admitido antes de entrar em vigor esta Lei tem assegurado o exercício das atividades elementares desses profissionais.

O Ministério da Saúde procurou resolver essa questão por meio do Profae, que teve como objetivo prover a melhoria na qualidade da atenção de enfermagem nos serviços de saúde. O projeto serviu para

qualificar os profissionais já empregados nos estabelecimentos de saúde por meio da complementação do ensino fundamental e da qualificação profissional do auxiliar de enfermagem. A partir de 2002, o projeto incorporou o curso de Complementação da Qualificação Profissional do Auxiliar para Técnico de Enfermagem, por motivo das modificações nas Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação Profissional de Nível Técnico para os profissionais que já haviam concluído o ensino médio (COSTA et al., 2009).

Até pouco antes da implementação do Subsistema na T.I. Xapecó pela FUNASA, a atenção à saúde era prestada pelos auxiliares e atendentes de enfermagem por meio de contratação pela FUNAI e pelas equipes volantes de saúde (EVS), que realizavam visitas periódicas às aldeias para atendimento emergencial e imunização, como visto no capítulo “Trajetória e metodologia”. Dessa forma, as atividades exercidas eram diferentes das executadas hoje, como coloca um indígena que já trabalhou como atendente, como auxiliar e hoje é contratado como técnico de enfermagem:

Na época você fazia o atendente de enfermagem para te ensinar a fazer, sutura, partos, você fazia tudo, hoje não, mas na época era. O atendente era o médico, nesse interior aí. Naquela época chegava uma gestante a gente não levava pro hospital, primeiro porque não tinha hospital perto, depois porque não tinha carro e a estrada era horrível. Hoje a gente tem estrada boa, tem carro, tem hospital, mas naquela época não tinha, então a gente ‘internava’ no posto e atendia. Fazia parto, medicava, colocava soro, cuidava (técnico indígena de enfermagem Carlos).

Nessa época, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) permitia aos atendentes e auxiliares realizarem essas atividades quando não havia recursos humanos devidamente autorizados nos povoados distantes e/ou indígenas, conforme citado anteriormente.

Entretanto, como hoje há profissionais formados e treinados para realizar atividades específicas, conforme o Decreto nº 94.406/86 que regulamenta a Lei nº 7.498/86, e como a organização dos serviços está regulamentada (BRASIL, 1987 e 2007), fica a lembrança daqueles mais antigos, quando lhes era permitida a atuação nas mais diversas atividades:

Daí a gente vem trabalhando deste jeito, mas desde aquela lei, do conselho de enfermagem, que tem aquela discussão lá de 88, que diz que auxiliar é auxiliar, técnico é técnico e enfermeiro é enfermeiro, que impede a gente de fazer os procedimentos que a gente fazia antes, fazia mais coisas, os procedimentos que antes fazia. Tinha mais responsabilidade, hoje tem a enfermeira que tem essa responsabilidade (Téc. Ind. Enf. Carlos).

As atividades de auxiliares, segundo o Cofen, são ações de nível básico e de natureza repetitiva, “envolvendo serviços auxiliares de Enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente: observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas; executar ações de tratamento simples; prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente; participar da equipe de saúde” como previsto no Artigo 13 da Lei nº 7.498/86 (BRASIL, 1986, pp. 4-5).

Em um ambiente hospitalar, isso se traduziria exatamente nas ações descritas acima, que são atividades de execução simples e básicas, como higiene, conforto e observação de sinais e sintomas. Todavia, na atenção básica, as ações diferem das do âmbito hospitalar, e o auxiliar ganha mais responsabilidades nos postos de saúde. São suas atribuições: acompanhar as consultas de enfermagem quando solicitado, principalmente nas consultas aos indivíduos expostos às situações de risco, visando a garantir uma melhor monitoria de suas condições de saúde; realizar junto aos agentes comunitários de saúde a identificação das famílias em risco e contribuir, quando solicitado, com seu trabalho nas visitas domiciliares; executar, segundo sua qualificação profissional, os procedimentos de vigilância sanitária e epidemiológica nas áreas de atenção à criança, à mulher, ao adolescente, ao trabalhador e ao idoso, bem como no controle de tuberculose, hanseníase, doenças crônico-degenerativas e infectocontagiosas; e participar da discussão e organização do processo de trabalho da unidade de saúde (BRASIL, 1997, p. 17).

Já as atividades do técnico de enfermagem, pelo artigo 12 da Lei nº 7.498/86, envolvem orientação e acompanhamento do trabalho de Enfermagem “em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de Enfermagem, cabendo-lhe especialmente: participar da programação da assistência de Enfermagem; executar ações assistenciais de Enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o

disposto no parágrafo único do Artigo 11 desta Lei; participar da orientação e supervisão do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar e participar da equipe de saúde” (BRASIL, 1986, pp. 4-5).

O técnico de enfermagem deve executar funções de maior responsabilidade que o auxiliar, como palestrar, cuidar da sala de vacinas e planejar ações de enfermagem junto com a enfermeira, podendo também realizar o exame de Papanicolau (preventivo do câncer de colo de útero) no Programa Saúde da Mulher, desde que treinado e acompanhado da supervisão direta do enfermeiro (BRASIL, 1986).

Apesar de as ações do técnico e do auxiliar serem definidas conforme a legislação, observou-se que na prática da T.I. Xapecó as atividades dos profissionais indígenas de nível médio excedem as atribuições descritas acima. Entre as atividades realizadas pelos profissionais de nível médio nos postos da T.I. Xapecó observou-se:

- realização de curativos;
- limpeza e organização do material de enfermagem;
- esterilização do material de curativos;
- verificação de temperatura, pressão arterial, peso e altura;
- entrega de medicamentos com prescrição médica;
- entrega de medicamentos sem prescrição médica, atendendo demanda de usuário;
- administração de medicamentos via oral prescritos;
- administração de medicamentos via oral não prescritos, atendendo demanda de usuário;
- administração de medicamentos injetáveis com prescrição médica;
- administração de medicamentos injetáveis sem prescrição médica, atendendo demanda de usuário;
- indicação e administração de medicamentos;
- administração de soroterapia;
- auxílio nas urgências e emergências;
- auxílio na orientação aos AIS;
- realização de inalação e nebulização ao paciente;
- organização de insumos de enfermagem;
- organização e controle de estoque de medicamentos;
- auxílio no agendamento de exames e consultas especializadas;
- realização de visitas;
- auxílio aos pacientes acamados em suas casas;

- orientação e administração de remédios à base de plantas medicinais (chás, xampus, pomadas, sabonetes, xaropes, etc.).

Chama a atenção, novamente, que não há diferença nas atividades realizadas por técnicos ou auxiliares, exceto no que se refere às plantas medicinais. Nos postos onde há enfermeiros, a coordenação e administração local de atividades é delegação desses profissionais, restringindo assim as atividades dos técnicos e auxiliares a funções técnicas e de orientação.

Há um posto de saúde, distante do posto da aldeia Sede, que conta com um técnico indígena de enfermagem e um AIS. Nesse posto, o técnico de enfermagem coordena as atividades locais, entre elas: organização da agenda de consultas médicas, que ocorrem uma vez por semana durante o período da manhã; organização de visitas domiciliares; prestação de atendimentos gerais à comunidade; organização, limpeza e estocagem de insumos e medicamentos.

Em outro posto, onde não havia médico contratado e trabalhando no período da pesquisa, e onde existe indicação para o uso de plantas da horta medicinal, a técnica de enfermagem presta atendimento à comunidade: ora com medicamentos, ora com remédios de plantas preparados no próprio posto. A técnica indígena desse posto atua também na Pastoral da Saúde e Pastoral da Criança e conta com o auxílio da igreja católica e das irmãs de uma congregação religiosa. Mesmo tendo esse auxílio, ela coordena todas as ações ligadas à horta medicinal e à fabricação de remédios contando com a ajuda de voluntárias da comunidade e algumas AIS do posto. Essa técnica de enfermagem instrui as AIS a cuidarem da horta e produzirem os remédios de plantas, assim como dá cursos de formação de liderança da Pastoral da Saúde à comunidade. Salienta-se que a atividade que envolve as plantas medicinais era realizada sistematicamente, no período da pesquisa, apenas nesse posto, embora exista horta medicinal em pelo menos mais duas aldeias da Terra Indígena, as quais não estavam recebendo manutenção. A revitalização das hortas é bem vista pelos profissionais médicos, enfermeiros e dentistas, que acham “ótimo que esteja sendo resgatada a cultura”.

Cumprе salientar que a maioria dos auxiliares e técnicos indígenas de enfermagem possui cursos de capacitação em plantas medicinais, patrocinados majoritariamente pela Pastoral da Saúde, incluindo cuidado e cultivo, entre outros assuntos ligados ao tema, conforme se discute abaixo. Langdon e Diehl (2007) apontam que a Pastoral incentivava o uso das ervas medicinais pelos Kaingáng, o que

vinha ganhando força nas últimas décadas. Mesmo assim, após algum tempo, a utilização de ervas e os cuidados com a horta medicinal foram práticas deixadas em segundo plano na maioria dos postos de saúde:

Em 2004, o Posto de Saúde da Aldeia Sede contava com uma horta medicinal e um pequeno laboratório de processamento de plantas medicinais, sob o comando de uma técnica-atendente com vários anos de experiência. Essa atendente indígena, integrante da EMSI, além de ser considerada “especialista” pelos Kaingang e atender pacientes dentro do Posto, também treinava outros indígenas sobre o processamento de chás, pomadas e infusões. Esse conhecimento era replicado por toda a comunidade por meio dos AIs e agentes de saúde voluntários da Pastoral. Arelado ao uso desses produtos, havia toda uma construção ideológica da sociedade nas quais os mesmos eram instrumentos de “resgate da cultura médica indígena tradicional”. Infelizmente, em 2006 encontramos a “farmácia do mato” praticamente abandonada, o laboratório desabastecido e a especialista em vias de retornar à sua função original, a de atendente de dentista do Posto de Saúde da aldeia Sede” (pp. 26-27).

Observou-se que tanto o paciente/usuário procura o técnico/auxiliar de enfermagem ao chegar ao posto, e também antes de partir, quanto o profissional o recepciona, indo ao seu auxílio e, conforme as demandas, realizando os primeiros procedimentos, como triagem, definindo o que deve ser feito, e/ou a pré-consulta, quando se mede temperatura, pressão arterial, peso e altura. Após a consulta, o paciente recebe, principalmente do técnico/auxiliar, a medicação e/ou os cuidados prescritos pelo médico (curativos, administração de medicamentos, inalação, etc.).

Mesmo quando não há médico no posto, o técnico ou o auxiliar recepciona o paciente e o auxilia nas suas demandas (entrega de material, de medicamento, administração de contraceptivo intramuscular, etc.). Quando há necessidade de uma intervenção mais significativa, por exemplo, em caso de febre muito alta, ou de convulsão, ou de pressão muito alterada, esse profissional chama a enfermeira, que dará o suporte necessário.

Para ilustrar essa situação, citamos um caso observado em campo: chega ao posto uma mãe com criança no colo, e a auxiliar de enfermagem pergunta o que houve. A mãe relata a febre alta da criança. A auxiliar indígena pede para ela sentar-se com a criança no colo enquanto coloca o termômetro; ao constatar que a temperatura passa dos 39°C, a profissional chama a enfermeira, que, após fazer mais perguntas à mãe, pede para a auxiliar indígena realizar compressas frias e administrar dipirona gotas conforme o peso da criança, deixando-a em observação. Após um tempo, como a febre não cedia, a enfermeira chamou um carro para levar a criança ao hospital de referência de Xanxerê, município próximo à Terra Indígena.

Entretanto, quando nem a enfermeira nem o médico estão presentes, e dependendo da gravidade da situação e do horário do ocorrido, os profissionais que se encontram no posto encaminham o paciente, com o carro da FUNASA, ao posto de outra aldeia que naquele momento tenha médico ou ainda para o hospital de referência.

Os profissionais de nível médio devem ainda atuar junto à equipe nas ações dos programas Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Adolescente, Saúde do Adulto, Saúde do Trabalhador, Saúde do Idoso, Saúde Bucal, Saúde Nutricional, Saúde Mental, Urgências, Vigilância Epidemiológica, Vacinação, Doenças Crônico-degenerativas e Doenças Transmissíveis. Entre as atividades que devem ser executadas por esses profissionais nesses programas estão: com o auxílio dos AIS, identificar as famílias/pessoas que devem participar das reuniões de orientação organizadas; auxiliar na pesagem e aferição de dados vitais dos pacientes/comunidade; auxiliar a equipe nas urgências e emergências; auxiliar/realizar palestras junto com os AIS na comunidade; realizar visitas, entre outras.

Reafirma-se que, na prática, auxiliares e técnicos atuam de forma semelhante, em todos os contextos, ou seja, essa não é uma prática ocorrida dentro das terras indígenas, mas em todo o Brasil. Peduzzi e Anselmi (2004) salientam, no relatório sobre o impacto do Profae:

Nos três serviços estudados, a descrição das atividades dos auxiliares e dos técnicos de enfermagem permite observar que se trata do mesmo trabalho, não há distinção nas ações ou intervenções que ambos os profissionais executam. Todas as auxiliares e técnicas de enfermagem entrevistadas referiram de forma clara e objetiva que não identificam nenhuma

diferença efetiva nos trabalhos que realizam, ou seja, não há diferenças no exercício cotidiano do trabalho de ambas as categorias. Na maior parte dos depoimentos dos médicos também não se observa nenhuma diferença entre o trabalho executado pelo auxiliar de enfermagem ou pelo técnico de enfermagem. (...) Nos relatos das enfermeiras também não se observam distinções entre o trabalho desenvolvido pelo auxiliar e pelo técnico de enfermagem. Uma das enfermeiras da maternidade refere que “as auxiliares com muitos anos de experiência são melhores do que os técnicos que estão se formando” e que, na unidade de estudo, não há critérios ou parâmetros que permitam distinguir ambos os trabalhos. Assim, observa-se que além da inexistência de diferenças objetivas entre os trabalhos realizados pelos auxiliares e técnicos, para ambos os profissionais há uma expressiva valorização da experiência prática de trabalho como critério de desempenho profissional (p. 70).

Quando entrevistados, auxiliares e técnicos de enfermagem afirmaram que, na prática, todos executam as mesmas atividades. Se, eventualmente, há uma divisão de trabalho, esta se dá por afinidade, não por categoria profissional.

Há técnicos envolvidos com outras atividades não descritas como de competência da profissão. Como já citado, existe uma técnica que trabalha com a Pastoral e outros dois que são bastante atuantes no controle social. Ambos já foram presidentes do Conselho Local Indígena de Saúde e outro ainda é membro do Conselho Distrital de Saúde Indígena Interior Sul. A visão de um deles sobre o trabalho dos profissionais indígenas é descrita a seguir:

Quem faz o bom trabalho é o profissional, quem faz que a coisa aconteça depende de nós, de cada um de nós, mas não custa por exemplo, eu não fico brabo se me disserem pra trabalhar de outra forma pra ver se muda a coisa. E eu tenho que fazer, nós temos que ser aberto pra mudança, pra ficar melhor. Porque eu cheguei a uma conclusão hoje no dia-a-dia que a coisa tá indo muito ligeiro, mas não é porque a coisa tá indo muito ligeiro que tá sendo atropelado que nós temos que levá desse

jeito. Nós temo que pará e avaliá. Aqui no nosso postinho tem bastante dificuldade, eu tenho que cuidá do postinho, a medicação; fazer o papel de servente, limpá o posto toda sexta-feira; tenho que cuidá do fichário, fazer visita. Faço o controle dos hipertensos (Téc. Ind. Enf. Fernando).

Esse técnico é um profissional que, geralmente, quando há conflitos que necessitam de intervenção de lideranças ou grandes decisões, é requisitado para participar das mediações.

Segundo a comunidade, para tornar-se um bom profissional de saúde, ele deve ter muita paciência para lidar com o índio, como salienta uma usuária dos serviços: “Tem que ter mansidão. Tem que ser humilde e ter paciência com o indinho que entra no posto e fica lá no canto quietinho. Tem que saber falar e chegar nele” (Maria).

Quando se comparam as atividades do técnico indígena de enfermagem e as do AIS, observa-se que elas são bem diferentes. O AIS cumpre basicamente as visitas domiciliares e o preenchimento de inúmeros formulários. Conforme Langdon e Diehl (2007), “as visitas domiciliares e seu registro nos formulários tornavam as atividades ambíguas e sem justificativa clara para os agentes. Diante das proibições de realizar cuidados de atenção primária, expressaram o enfrentamento de expectativas contraditórias por parte da EMSI e da comunidade” (p. 24).

Segundo um técnico que já atuou como AIS por quatro anos:

AIS tem que estar junto da comunidade e técnico é mais prevenção de doenças/palestras e atender gente no posto. Gosto das duas profissões, mas a diferença salarial me fez escolher ser técnico. Gosto das ações do técnico de enfermagem, como curativos, aplicações IM- EV - SC, verificar pressão. O mais legal da profissão é o prazer de trabalhar com o povo, ver eles se abrir e ajudar, no início há medo, receio e depois a confiança. É ótimo e a pior parte é muita gente para consulta especializada e isso demora, e não poder ajudar é muito ruim e o sofrimento da espera é ruim. O povo é carente. (Técnico de Enfermagem Indígena Gabriel)

3.4 Rotatividade dos profissionais de saúde da T.I. Xapecó

Este é um problema que não se restringe às populações indígenas, a rotatividade dos profissionais indígenas e não indígenas ocorre em todo território nacional. Assim como há a rotatividade na T. I. Xapecó, há em vários outros Distritos Sanitários Especiais Indígenas, segundo Garnelo et al. (2003), Langdon e Diehl (2007), Novo (2010), entre outros. Essa interrupção do trabalho traz insatisfação não só para a equipe, mas para a comunidade, pois impossibilita ou quebra um possível vínculo.

Essa rotatividade está relacionada a muitos fatores, entre eles: a não adaptação do profissional não indígena ao trabalho com populações indígenas, a falta de capacitação adequada para atuação em contextos interétnicos, entre outros. Assim como a questão “cultural” e seu entendimento talvez seja a principal dificuldade enfrentada pelos profissionais de saúde no atendimento aos povos indígenas. Conforme Langdon e Diehl (2007):

As noções de cultura e medicina tradicional tendem a ser conceituadas no molde “museológico”, procurando traços culturais, homogeneidade e integridade que não existem. Os profissionais não reconhecem que as fronteiras entre os serviços oficiais de saúde e as práticas das medicinas indígenas são permeáveis (p. 31).

No que se refere aos profissionais indígenas, um dos motivos está ligado a processos políticos internos e externos, conforme Langdon e Diehl (2007):

Entre maio e julho de 2004, por exemplo, verificamos que praticamente 50% das equipes da T. I. Xapecó haviam sido mudadas. Tanto os AISs quanto os demais membros das EMSIs foram constantemente substituídos, ou por questões políticas, ou por não se adequarem ao ritmo, dinâmicas e pressões que marcam o cotidiano do exercício de suas funções. As causas da alta rotatividade dos AISs estavam relacionadas em parte às formas de contratação e de seleção dos AIS, ambas marcadas por processos políticos internos e externos à T.I. (p. 23).

Mais recentemente (entre agosto de 2010 e fevereiro de 2011), foi possível observar que os AIS foram demitidos e recontratados sem haver uma troca. Os agentes indígenas de saúde haviam sido demitidos para uma nova contratação via processo seletivo em janeiro de 2011. No edital de seleção, um dos requisitos apontava a necessidade de certificação do curso de atualização para AIS, realizado pela prefeitura de Entre Rios em consonância com a Escola de Formação em Saúde (EFOS) no ano anterior (formação em 2010), limitando a entrada aos profissionais que já atuavam nessa função, o que facilitou o trabalho das equipes: “É uma dificuldade a troca dos agentes de saúde, tem que começar tudo de novo, a gente treina, capacita e depois troca tudo de novo, e depois troca quando troca o cacique” (Téc. Ind. Enf. Amanda).

Durante o período de campo, o contrato dos profissionais com a conveniada¹⁶ já havia vencido e estava sendo prorrogado pela segunda vez no momento da minha saída de área.

A insegurança sobre a recontração, que incluía o medo de esta não ocorrer, era conversa constante nos encontros dos profissionais durante o dia de trabalho. Outro motivo da insegurança pautava-se na transição da gestão da saúde indígena da Funasa para a Sesai, como já comentado anteriormente. “Eu queria que melhorasse de modo geral, que eu pudesse apresentar: esse aqui é meu trabalho. Queria que melhorasse a condição de trabalho” (Auxiliar de serviços gerais Luana).

A profissional diz que queria uma estabilidade para poder mostrar o trabalho dela com segurança. Essa fala demonstra a angústia vivida em cada rescisão e renovação de contrato e o quanto isso os perturba por não haver estabilidade, diminuindo as chances de eles realizarem outros cursos de capacitação.

No caso dos técnicos e auxiliares indígenas de enfermagem, observa-se que não há uma rotatividade expressiva, sendo que alguns deles atuam na saúde há muitos anos, embora a insatisfação com as constantes rescisões e recontrações esteja presente.

¹⁶ Conveniada são ONGs ou instituições terceirizadas pela FUNASA qual se administra a saúde, seja através das contratações das equipes de saúde, seja através da compra de materiais e remédios, bem como a manutenção de água e esgoto, ou seja, prestando serviços na assistência à saúde nas aldeias. Maiores detalhes acessar: http://www.funasa.gov.br/internet/conv_saudeInd.asp

3.5 O Papel dos auxiliares e técnicos de enfermagem da T.I. Xaçecó

Na EMSI, o técnico/auxiliar de enfermagem, depois do AIS, é o profissional que tem maior contato com a população. Suas atividades são mais complexas que às delegadas aos agentes e, em alguns casos, ele assume a coordenação local do posto de saúde, como é o caso de uma das aldeias da T.I. Xaçecó. Apesar de assumir tarefas mais complexas que o AIS, o técnico realiza menos atividades burocráticas que o agente.

As atividades executadas pelo profissional indígena são as mesmas atividades exigidas do profissional não indígena da mesma categoria. Além disso, ele assume ainda a função de facilitador, tradutor, interlocutor entre a equipe de saúde e a comunidade. Essa função é bem visível a quem os observa trabalhando nos postos de saúde das aldeias.

A equipe o percebe como interlocutor das recomendações médicas, curativas, bem como dos anseios e medos dos pacientes que não querem realizar algum procedimento médico. O técnico e auxiliar indígena intervém de modo a fazer com que o paciente e/ou seu cuidador aceite e cumpra a recomendação biomédica. Algumas vezes, porém, o usuário manifesta seu próprio entendimento da situação, como mostra o relato a seguir:

Uma senhora chega ao posto com queixa de “bola” na barriga. Ela apresenta uma grande saliência no abdome, que aparenta uma roupa dobrada por baixo da blusa que ela veste. A enfermeira pede para a auxiliar indígena de enfermagem colocá-la deitada na maca, na sala de observação. A auxiliar retorna dizendo que a “bola” some quando a mulher deita. A enfermeira vai até a sala, e o médico chega em seguida. Ao erguer a blusa, o médico a apalpa, verificando uma cicatriz; pergunta se ela já realizou cirurgia na barriga, ao que ela assente. Faz então o diagnóstico e, olhando para o acompanhante diz: “Após uma cirurgia abdominal, não foram tomados cuidados necessários, os pontos se romperam e ela está com uma grande hérnia abdominal”. O médico olha para a senhora deitada e diz: “Agora só tem uma coisa para fazer”. A senhora completa: “É, agora só tem uma coisa para fazer, a simpatia da bacia tem que fazer”. O médico sorri e completa: “Agora só outra cirurgia com colocação de tela no abdome”. Então, a senhora seguiu para casa e a enfermeira ficou de agendar exames para uma nova cirurgia.

Na fala do médico, nota-se que as práticas de cuidado da comunidade não são consideradas, o que mostra o despreparo desses

profissionais não indígenas frente a uma nova realidade, como diz Diehl (2001a) em seu trabalho:

Os profissionais de saúde, fortemente impregnados por noções de eficácia e de racionalidade biomédica, sistematicamente ignoram que o comportamento cotidiano dos Kaingáng na busca por atenção à saúde é orientado pelos conhecimentos e normas culturais locais, experiência individual, juntamente com conflitos de poder que intervêm no acesso aos serviços (p. 173).

Em outra situação, o técnico de enfermagem foi realizar um curativo em um rapaz que se acidentou de moto no final de semana. Durante a realização do curativo, Gabriel conversou brincando: “Mas que aconteceu home? Tomou *uns gole* e caiu da moto?” O rapaz, sorrindo, confirma com a cabeça que sim. Observando que os pontos (em lombar esquerdo, altura do rim) estavam infeccionando, Gabriel diz para o rapaz pegar remédio na farmácia, perguntando se ele tinha receita. O rapaz novamente confirma que sim, e o técnico pede para ele tomá-lo para não infeccionar a ferida: “Mas tem que parar com *os gole* enquanto tiver tomando o remédio” conclui sorrindo, e o rapaz devolve o sorriso, sem nada dizer.

Nessa outra situação, o profissional indígena percebeu a causa dos ferimentos (bebedeira que causou o acidente) e, ao indicar o tratamento pedindo para ele “parar com *os gole*”, nos mostra a sutileza com que o profissional indígena orienta o paciente a ficar sem beber no período em que este estiver tomando medicação.

Essas situações nos mostram que, apesar das indicações médicas, a comunidade também tem seu próprio jeito de lidar com as situações vividas, como coloca NOVO (2010) em seu trabalho:

(...) em momentos e espaços onde se efetivam as relações entre diferentes sistemas terapêuticos, dificilmente pode se falar de uma relação que ocorre em um único sentido ou em relações de “dominação cultural” propriamente dita, havendo uma participação ativa de ambas as partes, que atribuem significados híbridos de tratamento (p. 58).

Ferraz (2010), estudando entre os Kaingáng do Oeste de Santa Catarina, percebeu que os conceitos de saúde e doença dos profissionais de saúde são baseados no conhecimento da biomedicina, enquanto os indígenas embasam seus cuidados com a saúde no conhecimento popular. Os profissionais, preocupados com as questões de higiene aprendidas na perspectiva da biomedicina, preocupam-se com o fato de os indígenas não dividirem as mesmas percepções, e por esse motivo o cuidado das famílias “compromete” a saúde de suas crianças.

Nesse caso, pode-se perceber que há choques de concepções, pois o sistema profissional se estrutura com bases em fundamentos higienistas, e a população indígena em suas crenças, valores e relações próprias com a natureza. A preocupação dos profissionais com a higiene das crianças indígenas está relacionada com a vulnerabilidade das mesmas em adoecer, de acordo com as bases da biomedicina (FERRAZ, 2010, p. 83).

Para Ferraz (2010), a presença de indígenas na condição de técnicos de enfermagem é uma possibilidade para mudar essa situação: “No entanto, a presença de três técnicos de enfermagem indígenas demonstra que já está havendo sensibilidade para a necessidade de um cuidado culturalmente congruente” (FERRAZ, 2010, p. 85).

Dessa forma, é possível observar a busca pela formação profissional dos indígenas que, por meio da profissionalização, aprendem a cuidar da comunidade e tentam encontrar o equilíbrio entre o cuidado técnico e o cuidado popular.

É fato que os profissionais precisam de tempo para conhecer e entender as práticas locais de cuidado (não sendo o tempo, para alguns profissionais, o único fator necessário para este entendimento/compreensão). Todavia, a rotatividade dos profissionais é alta, como já discutido acima, e assim os membros não indígenas da EMSI não criam vínculo e nem mantêm contato com a diversidade de conhecimentos existentes, de modo que pudesse aprender a respeitá-los e articulá-los.

Importante destacar aqui a grande dificuldade dos profissionais descobrirem o equilíbrio entre os deveres de sua cultura profissional e o respeito à cultura do outro. Quando os informantes descrevem o cuidado, percebe-se que o dever

profissional acaba prevalecendo, e assim ocorrendo a imposição cultural do cuidado (FERRAZ, 2010, pp. 97-98).

O profissional indígena valoriza o papel de interlocutor, pois se vê como o “cuidador” da comunidade, percebendo a importância das suas explicações ou da sua intervenção junto à comunidade. Além disso, facilita o acesso a alguns recursos, como medicamentos, que podem ser distribuídos sem a apresentação de prescrição, como mostra a situação a seguir.

Uma senhora chega ao posto em uma tarde em que os médicos não estão presentes. Estão trabalhando todos os técnicos e auxiliares indígenas e uma enfermeira não indígena. A senhora entra e procura pelo técnico indígena de enfermagem: “Tô com muita dor no braço, Gabriel. Tem como você me dar uma injeção?” “Gabriel:” “Diclofenaco?” Senhora: “Pode ser”.

Essa descrição ilustra de que forma a comunidade, por sua vez, vê os trabalhadores indígenas de enfermagem como alguém acessível, prestativo, pronto a exercer o cuidado; ele é uma pessoa familiar junto ao restante da equipe de saúde, a quem podem pedir explicação sobre como e quando tomar medicação ou receber apoio quando é necessário fazer uma remoção hospitalar.

Os profissionais não indígenas também apontam esta diferença: que os profissionais indígenas tendem a ser muito mais calmos e ponderados que os não índios:

Trabalhar em área branca é pior que na reserva, na área branca sempre tem o que diz ‘eu sei mais que você, você não sabe de nada’. (...) É bem mais gostoso trabalhar na reserva, a população, o povo sabe respeitar bem mais a gente que a população branca. E na equipe há mais, eles são mais humanos (técnica não indígena de enfermagem Leda).

O profissional indígena de saúde é bem visto pela equipe. A EMSI percebe os profissionais da comunidade como “aliados” na argumentação com a comunidade e reconhece que a sua relação junto à comunidade é bem melhor. Dessa forma, a formação de indígenas na área da saúde é bastante importante, e a equipe reconhece as qualidades de empatia e serenidade no atendimento por esses profissionais.

Os técnicos de enfermagem indígenas são mais retraídos que os não índios (...) eu não sou índia, eles tem maior abertura com a população, e nessa abertura que me insiro (...) o pessoal tem respeito, porque eles moram na comunidade (...) eles confiam bastante, às vezes eles vem e pedem pela Anastácia, ou pelo Chico, porque se sentem mais a vontade (...) a comunidade se sente mais a vontade com os técnicos indígenas, inclusive entre eles (Enfermeira Laura).

Os técnicos indígenas são bem dedicados (...) tem mais paciência, são mais sinceros, mais tranquilos, os técnicos de enfermagem não indígenas, o que eles fazem com mais perfeição, mais técnica, mas os indígenas são mais inteligentes (Enfermeira Laura).

Alguns citam que aprenderam a diminuir o ritmo, antes frenético, de atendimento, com os profissionais indígenas, que são, no geral, considerados muito calmos. “Com o técnico indígena não há dificuldade, pelo contrário, ele é mais tranquilo, não fica preocupado com hierarquia no trabalho (...) são bem calmos, eles inclusive, me ensinaram a me acalmar” (Enfermeira Laila).

No processo de trabalho cotidiano, a supervisão dos profissionais indígenas é um pouco mais acentuada do que os profissionais não indígenas. Isso ocorre devido aos constantes pedidos de ajuda dos técnicos/auxiliares indígenas às enfermeiras ou ao médico. Também ocorre por acreditarem que a formação escolar dos indígenas “foi fraca”, portanto há insegurança nos procedimentos invasivos.

Eles não são muito seguros, são um pouco mais dependentes. Acho que por eles terem um colégio mais ‘fraquinho’ desde criança, daí, isso dificulta um pouco, mas mesmo assim... (...) todas as atividades são em conjunto, vou junto aonde precisam de mim. Eles fazem tudo, às vezes tem dificuldade de fazer alguma coisa, mas daí a gente ajuda, e eles fazem bem direitinho depois que a gente mostra (Enfermeira Laura).

Por outro lado, uma técnica indígena de enfermagem, com curso superior completo, mas atuando como técnica, possui uma visão importante sobre a formação de indígenas na saúde:

Há carência de profissionais indígenas formados. Tem faculdade para formação de indígenas, mas só na área de licenciatura, e não para a área de saúde. Essa faculdade é uma parceria da UNIOESTE com UFSC, com aula presencial a cada 15 dias um final de semana em Chapecó. Sexta à noite e sábado o dia todo. Tem ônibus que leva e traz, tem alguns que estão fazendo. Mas precisa na área da saúde (técnica indígena de enfermagem Anastácia).

(...) as plantas tem seu efeito de curar, mas o índio comendo agora os produtos industrializados, não mais comida só do mato/natural, precisa para se curar com os remédios da farmácia além dos chás, porque mudou a alimentação e agora só os remédios do mato já não ajudam sozinhos, precisa também do hipertensivo e do remédio para a diabetes (...) quem tá no posto e não tem esse conhecimento da comunidade indígena sofre por não conhecer (técnica indígena de enfermagem Anastácia).

Essa técnica ainda salienta que os profissionais, ao darem palestras, não sabem colocar na realidade local os exemplos, e com isso não “convencem” todos a seguir suas orientações sobre prevenção de doenças:

Equipe não entende as lideranças, costumes e curandeiros locais (...) as palestras de hipertensão na comunidade, por exemplo, é falada da questão técnica e depois convida a dona Madalena para falar das plantas medicinais e chás que ajudam a melhorar. As palestras da dona Madalena os faziam entender sobre serem hipertensos devido à alimentação que antes era toda natural e agora tem muita coisa industrializada que não ajudam os chás a fazerem o seu efeito, e também tem a questão das plantas terem muito agrotóxico por isso a necessidade de incluir medicação no tratamento da hipertensão. É preciso convencer os

indígenas. Palestras só com os profissionais não índios não convence por não ter o entendimento da comunidade (técnico indígena de enfermagem Anastácia).

Considerações finais

Os Kaingáng são um povo que reside ao Oeste de Santa Catarina, mas ainda estão localizados desde o Sudoeste de São Paulo até o Noroeste do Rio Grande do Sul, habitando uma região de intenso contato com não índios, onde “estabelece(ra)m relações interétnicas que se revestem de uma complexidade que dificulta a busca de padrões culturais discretos” (DIEHL, 2001a, p. 162).

A questão “cultural” e seu entendimento talvez seja a principal dificuldade enfrentada pelos profissionais de saúde no atendimento aos povos indígenas. Assim, há a necessidade da aproximação entre saúde pública e antropologia, que vem se incrementando nas últimas décadas. Porém, ainda existe uma visão equivocada sobre cultura, que é empregada sistematicamente pelos profissionais e gestores para justificar um “não atendimento” por parte dos grupos atendidos às recomendações biomédicas.

No ocidente, o modelo biomédico assumiu uma posição dominante sobre outros sistemas médicos não somente por sua eficácia, mas também como resultado da expansão da economia capitalista pelo mundo. Porém, a interação entre a biomedicina e as medicinas indígenas gera um processo de reconstrução de conhecimentos e práticas. As fronteiras entre os diferentes conhecimentos médicos são fluídas e geram um espaço de intermedicalidade (FÓLLER, 2004), que não se trata de um espaço homogêneo, e sim de um processo variável, contínuo e dinâmico.

Leininger (1991) desenvolve uma teoria que une antropologia e enfermagem, por meio do respeito às “diversidades culturais”, e acrescenta que nesse mundo globalizado, onde as transformações e contatos com pessoas de diferentes realidades ocorrem o tempo todo, é preciso que a enfermagem esteja atenta para melhor compreender e atender os indivíduos em seus momentos mais vulneráveis, respeitando-se as diferenças de entendimento sobre saúde, doença, cuidado, bem-estar e morte. A enfermagem deve estudar e compreender as diferentes formas de perceber esses fatores para melhor atender as pessoas, além de compreender que sem o entendimento não haverá compreensão de ambos os lados do cuidado a ser prestado, o que pode causar grande frustração, confusão e raiva. Nesse momento, a teoria ganha relevância no auxílio à compreensão das diferenças.

A inserção do agente indígena de saúde teve por finalidade fazer a mediação entre os serviços de saúde e os conhecimentos indígenas, bem como entre os membros da equipe de saúde e as comunidades

atendidas. A “atenção diferenciada” no modelo de atenção à saúde indígena implantado em 1999 pelo Ministério da Saúde dá mais destaque ao AIS. Trabalhos recentes, como os já citados, apontam o descontentamento dos AIS e estimulam a busca por cursos profissionalizantes de auxiliares e técnicos de enfermagem para uma maior inserção na EMSI, ou por questões salariais, ou ainda por definições das atividades a serem exercidas.

Na EMSI, o técnico/auxiliar de enfermagem, depois do AIS, é o profissional que tem maior contato com a população. Ele exerce atividades mais complexas que o agente e, em alguns casos, assume a coordenação local do posto de saúde, como é o caso de uma das aldeias da T.I. Xapecó. Apesar de assumir tarefas mais complexas que o AIS, ele realiza menos funções burocráticas que o agente. As atividades executadas pelo profissional indígena são as mesmas funções exigidas do profissional não indígena da mesma categoria. Além disso, ele assume ainda a função de facilitador/tradutor/interlocutor entre a equipe de saúde e a comunidade. Essa função é bem visível a quem os observa trabalhando no posto de saúde. A equipe o percebe como interlocutor das recomendações médicas/curativas, bem como dos anseios e medos dos pacientes que não querem realizar algum procedimento médico.

O técnico/auxiliar indígena intervém de modo a fazer com que o paciente e/ou seu cuidador aceite e cumpra a recomendação biomédica. O profissional indígena valoriza esse papel de interlocutor, pois se vê como o “cuidador” da comunidade, percebendo a importância das suas explicações ou da sua intervenção junto à comunidade. A comunidade, por sua vez, o vê como alguém acessível, prestativo, pronto a exercer o cuidado; é um familiar junto ao restante da equipe de saúde, para quem podem pedir explicação sobre como e quando tomar medicação, fazer uma compressa ou ainda dar apoio quando é necessário fazer uma remoção hospitalar. Além disso, facilita o acesso a alguns recursos, como medicamentos, que podem ser distribuídos sem a apresentação de prescrição.

Na T.I. Xapecó existiam 16 indígenas com formação em nível médio na enfermagem, dos quais dez estavam efetivamente trabalhando em função compatível à formação, realizando atividades ligadas à prática biomédica. Contudo, são poucos os que realizam práticas ligadas ao uso de plantas medicinais, apesar de todos terem recebido formação nessa área; são poucos os que se mostram confiantes em ministrar os “remédios do mato”. Entretanto, os profissionais da EMSI salientam a importância da utilização das práticas curativas locais.

Em relação aos cursos profissionalizantes nos quais participaram indígenas, observa-se que o modelo biomédico está impregnado nos currículos. Com isso, não há (ou há pouco) espaço para os conhecimentos e práticas locais, ou seja, eles ainda estão muito longe de incluir as especificidades indígenas.

Na perspectiva de continuarem sua formação, há um desejo por parte dos técnicos e auxiliares de uma formação universitária, especialmente de medicina (em segundo e terceiro lugares vêm a enfermagem e a psicologia, respectivamente), que, segundo eles, seria para poder integrar as práticas curativas da sua comunidade. Poucos se sentem dispostos a sair da aldeia e ir para outras cidades para buscar esses cursos. Porém afirmam que, caso fosse oferecido em local mais próximo, realizariam o curso superior. Para a comunidade, também há uma expectativa de que os indígenas estudem, buscando formação mais especializada, conforme Maria e Catarina, membros da comunidade, que expressam bem o papel do técnico/auxiliar indígena de enfermagem:

Tem que ter mansidão para tratar do índio. Tem que ter paciência, mansidão e muito amor (...) Ele [referindo-se a um técnico de enfermagem] era inteligente demais para trabalhar no sol [comparou com o tempo em que esse índio atuou como AIS]. Ainda bem que estudou e tem que estudar mais.

Há um grande caminho a percorrer no que se refere à saúde indígena e a cursos de qualificação profissional voltados para a formação de indígenas. Considerando a diversidade étnica/cultural do país, é necessário mais estudos e pesquisas direcionados às questões de qualificação profissional considerando as diversas etnias existentes.

Este trabalho não tem a pretensão de definir como devem ser realizados ou estruturados os cursos de formação, apenas sugere-se que sejam ouvidos os interessados na realização dos mesmos: as comunidades indígenas. O diálogo intercultural poderá ocorrer de forma negociada. Esse diálogo entre os diferentes interlocutores legitima e abre espaço ao conhecimento das comunidades locais durante o processo de construção da qualificação profissional, respeitando as diversidades. Assim, se poderá mudar o processo de construção dos currículos dos cursos de saúde voltados a populações indígenas.

REFERÊNCIA

ALMEIDA, L. **Análise antropológica das igrejas cristãs entre os Kaingang baseada na etnografia, na cosmologia e dualismo**. Tese (Doutorado em Antropologia Social), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

BALDUS, H. **Ensaios de etnologia brasileira**. São Paulo: Cia. Ed. Nacional, 1937.

BOEHS, A. E. Análise dos conceitos de negociação/acomodação da teoria de M. Leininger. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 1, pp. 90-96, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jun. 2011.

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

BRASIL. **Lei nº 10.507**, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. 2002b. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=235057>>. Acesso em: 3 maio 2011.

BRASIL. **Decreto nº 94.406/1987**. Regulamenta a Lei nº 7.498/1986, que dispõe sobre o exercício profissional da Enfermagem. 1987. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4173>>. Acesso em: 3 maio 2002.

BRASIL. Fundação Nacional do Índio. **Mapas das Terras Indígenas em Santa Catarina**. 2011a. Disponível em: <<http://mapas.funai.gov.br/>>. Acesso em 05 de maio 2011.

BRASIL. Fundação Nacional do Índio (Funai). **História da saúde indígena**. 2011b. Disponível em: <<http://www.funai.gov.br/quem/historia/spi.htm>>. Acesso em: 25 maio 2011.

BRASIL. **Decreto nº 7.530/2011**, que revoga o Decreto nº 7.530/2011, sobre a transição da gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde para o Ministério da Saúde. 2011c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7461.htm>. Acesso em: 3 maio 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Escolas Técnicas de Saúde**. 2011d. Disponível em: <<http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=RETSUS>>. Acesso em: 5 maio 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Saúde Indígena – Transição**. 2011. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/internet/transicao/saudeIndigenaTransicao.asp>>. Acesso em: 3 maio 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. RedeFunasa: **Quantitativo de pessoas**. Dados referentes a 1º de julho de 2010. Disponível em: <http://sis.funasa.gov.br/transparencia_publica/siasiweb/Layout/quantitativo_de_pessoas_2010.asp#>. Acesso em: 15 mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da área de Enfermagem (Profae)**, 2003a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=26827>. Acesso em: 4 maio 2011.

BRASIL. Ministério de Saúde. **HumanizaSUS**. Política nacional de humanização do SUS. 2003b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342>. Acesso em: 2 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem**. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/734-1262>>. Acesso em: 10 maio 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.656/2007**. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção

Básica e Especializada aos Povos Indígenas. Diário Oficial da União, 18 out. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem**, Brasília, v. 2, n. 5, 2002.

BRASIL. 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, DF: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em 10 de maio 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Distritos Sanitários Especiais Indígenas: Diretrizes para Implantar o Programa de DST/AIDS/** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CASTRO, C. M. G. L. **Projeto Xamã: o processo de formação e atuação dos auxiliares de enfermagem indígena Kurâ-Bakairi**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2007.

CASTRO, T. G. de et al. Estado nutricional dos indígenas Kaingáng matriculados em escolas indígenas do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000900010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 7 out. 2010.

COSTA, G. D.; COTTA, R. M. M.; FERREIRA, M. L. S. M.; REIS, J. R.; FRANCESCHINI, S. C. C. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, pp. 113-118, jan./fev. 2009.

CRÉPEAU, R. Mythe et rituel chez les indiens Kaingang du Brésil Méridional. **Religiologiques**, v. 10, pp. 143-157, 1994.

CROSSETTI, M. G. O.; SCOLA, M. L.; BUÓGO, M. O significado de cuidar na perspectiva de alunos de um Curso de Auxiliar de

Enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 21, n. esp., pp. 56-69, 2000.

D'ANGELIS, V. R. Para uma História dos índios do Oeste Catarinense. In: **Cadernos do Centro de Organização da Memória Sócio-Cultural do Oeste de SC (CEOM)**. Chapecó, Santa Catarina, 1989.

DIAS-SCOPEL, R.; LANGDON, E.E.; SCOPEL, D. Expectativas emergentes: a inserção do agente indígena de saúde Xokleng na equipe multidisciplinar de atenção à saúde indígena. **Revista Tellus**, v. 13, pp. 51-73, 2008.

DIEHL, E. E. Agravos na saúde Kaingáng (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina) e a estrutura dos serviços de atenção biomédica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, mar. 2001a. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000200019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 7 out. 2010.

DIEHL, E. E. **Entendimentos, práticas e contextos sociopolíticos de uso de medicamentos entre os Kaingáng (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil)**. 2001. 246 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001b.

FASSHEBER, J.R. **Saúde e Políticas de Saúde entre os Kaingáng de Palmas/PR**. 1998. 183 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

FERNANDES, R. C. **Autoridade política Kaingang: um estudo sobre a construção da legitimidade política entre os Kaingang de Palmas/Paraná**. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998. 226 p.

FERRAZ, L.. **O cuidado prestado à criança pela família e comunidade indígena na percepção dos profissionais de saúde**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

FOLLÉR, M.-L. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Org.). **Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: ContraCapa/ABA, 2004. pp. 129-148.

GARCIA, S. C. P. **Diabetes e hipertensão arterial entre os indígenas Kaingang da Aldeia Sede, TIX: práticas de auto-atenção num contexto de intermedicalidade**. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

GARNELO, L.; MACEDO, G.; BRANDÃO, L. C. **Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil**. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2003.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1978.

HAVERROTH, M.. **Kaingang um estudo etnobotânico: o uso e a classificação das plantas na Área Indígena Xapecó (Oeste de SC)**. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social), Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

IDS/SSL/CEBRAP. Consórcio IDS-SSL-CEBRAP (Institute of Development Studies/Saúde Sem Limites/Centro Brasileiro de Análise e Planejamento). **Diagnóstico Situacional do Subsistema de Saúde Indígena**. Relatório Inicial (revisado). Brasília, 2009.

LANGDON, E. J.; DIEHL, E. E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 2, pp. 19-36, 2007.

LANGDON, E. J.; DIEHL, E. E.; WIIK, F. B.; DIAS-SCOPEL, R. P. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 maio 2010.

LEININGER, M. M. **Culture care Diversity & Universality: A Theory of Nursing**. New York: Nacional League for Nursing Press, 1991.

MARINHO, G. L.; OTT, A. T. **Agentes indígenas de saúde de Rondônia: um estudo etnográfico** (Relatório Preliminar). Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (Pibic), Universidade de Rondônia/Centro de Estudos de Saúde Indígena de Rondônia (Cesir)/CNPq, 2007. 32 p.

MENDONÇA, S. B. M. O Agente Indígena de Saúde do Parque vigilância à saúde indígena do Xingu: reflexões. In: BARUZZI, R.; JUNQUEIRA, C. (Org.). **Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história**. São Paulo: Unifesp/Terra Virgem, 2005. pp. 227-246.

MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D'. (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MOTA, L. T.; NOELLI, F. S.; TOMMASINO, K. (Org.). **URI e Wãxi: estudos interdisciplinares dos Kaingang**. Londrina: UEL, 2000. 377 p.

MOTA, R. R. A; DAVID, H. M. S. L. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 2, pp. 229-248, jul./out. 2010.

NACKE, A.; RENK, A.; PIOVEZANA, L.; BLOEMER, N. M. S. **Os Kaingang no Oeste Catarinense**. Chapecó, SC: Argos, 2007. 158 p.

NIMUENDAJÚ, C. **Etnografia e indigenismo: sobre os Kaingang, os Ofaié-Xavante e os índios do Pará**. Campinas: Unicamp, 1993.

NOELLI, F. et al. **Bibliografia Kaingáng: referências sobre um povo Jê no sul do Brasil**. Londrina: UEL, 1998.

NÖTZOLD, A. L. V. (Org.). **O ciclo de vida Kaingáng**. Florianópolis: Imprensa Universitária da UFSC, 2004.

NOVO, M. P. **Os agentes indígenas de saúde do Alto Xingu**. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de São Carlos, SP, 2008.

NOVO, M. P. **Os agentes indígenas de saúde do Alto Xingu**. Brasília: ABA, 2010.

NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, dez. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000600018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 2 jun. 2011.

OLIVEIRA, L. S. S. O agente indígena de saúde do Parque Indígena do Xingu: perspectivas de formação e trabalho. In: BARUZZI, R. G.; JUNQUEIRA, C. (Org.). **Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história**. São Paulo: Terra Virgem, 2005.

OLIVEIRA, M. C. **Curador Kaingang e a recriação de suas práticas: estudo de caso na aldeia Xapecó**. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1996.

OLIVEIRA, P. H. **Comida forte e comida fraca: alimentação e fabricação dos corpos entre os Kaingang da Terra Indígena Xapecó**. 2009. Dissertação (Mestrado em Antropologia), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

PEDUZZI, M.; ANSELM, M. L. (Coord.). **Relatório final de pesquisa: avaliação do impacto do Profae na qualidade dos serviços de saúde**. Brasil. Ministério da Saúde. São Paulo, 2004.

PORTELA, S. C. **Diabetes e hipertensão arterial entre os indígenas Kaingang da aldeia Sede, TIX: prática de auto-atenção num contexto de intermedicalidade**. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

RIBEIRO, M. I. L. C.; PEDRÃO, L. J. Relacionamento interpessoal no nível médio de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 3, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 nov. 2009.

ROCHA, C. C. **Adoeecer e curar: processos da sociabilidade Kaingang**. 2005. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinariedade. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 8, n. 6, pp. 96-101, dez. 2000.

ROSA, R. R. G. “Os Kujá são diferentes”: um estudo etnológico do complexo xamânico dos Kaingang da Terra Indígena Votouro. 2005. 416f. Tese (Doutorado em Antropologia Social), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SANTOS, S. C. **Indigenismo e expansão capitalista**: faces da agonia Kaingang. Florianópolis: UFSC, 1979.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jun. 2011.

SHIMIZU, H. E.; DYTZ, J. L. G.; LIMA, M. G.; MOURA, A. S. A prática do auxiliar de enfermagem do Programa Saúde da Família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 5, pp. 713-720, set./out. 2004.

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. **Revista Interface**, v. 6, n. 10, pp. 75-96, fev. 2002.

SIMIEMA, J. Em que abrigos se alojarão eles? In: MOTA, L. T.; NOELLI, F. S.; TOMMASINO, K. (Org.). **URI e Wãxi**: estudos interdisciplinares dos Kaingang. Londrina: UEL, 2000.

SOUSA, M. C.; SCATENA, J. H. G.; SANTOS, R. V. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 4, pp. 853-861, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000400013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 jun. 2011.

TOMMASINO, K.; FERNANDES, R.C. Kaingang. 2001. Disponível em: <<http://pib.socioambiental.org/pt/povo/kaingang/286>>. Acesso em: 5 out. 2010.

VEIGA, J. **Organização social e cosmovisão Kaingang**: uma introdução ao parentesco, casamento e nomeação em uma sociedade Jê meridional. 1994. Dissertação (Mestrado em Antropologia)- Programa de Pós Graduação em Antropologia Social, Universidade de Campinas, Unicamp, Campinas, 1994.

WALDOW et al. Cuidar/cuidado: o domínio unificador da enfermagem. In: WALDOW, V. R. et al. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes médicas, 1995.

WENDHAUSEN, Á. L. P.; RIVERA, S. O cuidado de si como princípio ético do trabalho em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 1, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000100015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 jun. 2011.

WHO. World Health Organization. Declaração Alma-Ata. In: **Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde**, OMS, 1978. Disponível em: <http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf>. Acesso em: 22 maio 2011.

APÊNDICE

APÊNDICE 1**Roteiro de entrevista para técnico/auxiliar de enfermagem
(entrevistar tanto indígenas quanto não indígenas)**

1. Nome:
2. Sexo:
3. Escolaridade (anos completamente cursados):
4. Nome e local do Curso de técnico/auxiliar de enfermagem que realizou:
5. Quando se formou em técnico/auxiliar de enfermagem:
6. O Curso de técnico/auxiliar de enfermagem foi de graça ou pago? No caso de pago, quem pagou?
7. Quanto tempo durou o Curso de técnico/auxiliar de enfermagem? Pedir a carga horária total.
8. Como a carga horária estava distribuída (aulas teóricas; aulas práticas; manhã, tarde e/ou noite).
9. Quanto tempo trabalha como técnico/auxiliar de enfermagem:
10. Já trabalhou como técnico/auxiliar de enfermagem em outra área indígena? Se sim, perguntar aonde e o que fazia.
11. Já trabalhou como técnico/auxiliar de enfermagem fora da área indígena? Se sim, perguntar aonde e o que fazia.
12. Atualmente está contratado por quem:
13. Cargo ocupado atualmente na equipe de saúde:
14. Como se deu a escolha para esse cargo?
15. Tempo no cargo atual:
16. Salário: solicitar em termos de número de salários mínimos.
17. Já teve outros cargos na equipe de saúde da aldeia? Se sim, quais e por quanto tempo. Procurar saber se já foi Agente

Indígena de Saúde (AIS). Caso tenha sido AIS, pedir para comparar o que fazia como AIS e o que faz agora, apontando aspectos positivos e negativos.

18. Qual é a sua função/papel atual na equipe de saúde? Pedir para descrever todas as atividades/tarefas que realiza, enfatizando as tarefas que faz sozinho e aquelas que desenvolve com outros membros da equipe.
19. Quais as facilidades para realizar essas tarefas?
20. Quais as dificuldades para realizar essas tarefas?
21. Você acha que sua função/papel na equipe de saúde deve ser diferente? Se sim, pedir para explicar o que e como deve ser diferente.
22. Pedir que faça uma avaliação de seu trabalho, comentando sobre sua relação com a equipe de saúde (integração, formação da equipe, etc.).
23. Pedir que faça uma avaliação de seu trabalho, comentando sobre sua relação com a comunidade (o que está bom/ruim e o que deve ser mudado para melhorar).

Solicitar ao final que mostre todo e qualquer material disponibilizado pelo Curso de técnico/auxiliar de enfermagem (diploma, folder de divulgação, estrutura do Curso, apostilas, etc.).

Dados sócio-demográficos e outras formações/capacitações:

1. Estado civil:
2. Número de filhos: pedir para dar as idades de cada filho e quantos ainda dependem dele(a).
3. Quantas e quais pessoas moram na casa:
4. A casa é sua?
5. Parentesco/ligação com lideranças: questionar sobre parentesco/ligação com cacique, capitão, chefe de posto, gestores municipais, etc.
6. Religião/Igreja que frequenta.
7. No caso de indígena, qual etnia?
8. Fala o idioma?
9. Além do Curso de técnico/auxiliar de enfermagem, que outros cursos de formação e capacitação já fez? Pedir para descrever cada um deles, informando:
 - a. Conteúdo;
 - b. quem promoveu;
 - c. ano em que realizou;
 - d. duração;
 - e. local;
 - f. quais os aspectos positivos e negativos de cada um deles.

Se possível, pedir para mostrar o(s) certificado(s) e materiais disponibilizados pelos Cursos de capacitação.

APÊNDICE 2

Roteiro de entrevista para coordenadores e/ou professores de curso de técnico/auxiliar de enfermagem

1. Sexo:
2. Idade:
3. Atividade profissional:
4. Formação:
5. Vinculação do Curso (nome da instituição que promove o Curso):
6. Nome do Curso:
7. Curso público ou privado:
8. Se privado, qual o custo para o aluno?
9. Há uma frequência de realização deste Curso?
10. Qual a carga horária?
11. Como a carga horária do Curso se distribui na semana?
12. Qual a metodologia utilizada?
13. Qual o alcance do Curso?
14. Como se deu a divulgação do Curso?
15. Há Cursos específicos para indígenas? Se sim, quais e quantos já foram realizados?
16. Quantos foram os inscritos e os formandos? Especificar os indígenas.
17. De onde eram os alunos?

18. Houve muitas desistências? Por quê?

19. No caso dos indígenas, como você avalia a participação deles no Curso?

Solicitar ao final todo e qualquer material usado no Curso (folder de divulgação, estrutura do Curso, apostilas, etc.).

APÊNDICE 3

Roteiro de entrevista para outros membros da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI)

1. Nome:
2. Sexo:
3. Escolaridade (anos completamente cursados):
4. Ano, instituição e local em que se formou (perguntar em relação à maior titulação):
5. Quanto tempo trabalha nessa profissão (especificar: médico, dentista, enfermeiro, nutricionista, etc.)?
6. Já trabalhou em outra área indígena? Se sim, perguntar aonde e o que fazia.
7. Quanto tempo trabalha nessa área indígena?
8. Atualmente está contratado por quem:
9. Cargo ocupado atualmente na equipe de saúde:
10. Como se deu a escolha para esse cargo?
11. Tempo no cargo atual:
12. Salário: solicitar em termos de número de salários mínimos.
13. Já teve outros cargos na equipe de saúde da aldeia? Se sim, quais e por quanto tempo.
14. Como se dá o seu trabalho com o técnico/auxiliar de enfermagem? Pedir para descrever as atividades/tarefas que realiza conjuntamente com o técnico/auxiliar de enfermagem.
15. Pedir que comente sobre as facilidades e dificuldades da relação de trabalho com o técnico/auxiliar de enfermagem, procurando

comparar quando o técnico/auxiliar de enfermagem é indígena ou não.

16. O papel/função do técnico/auxiliar de enfermagem na equipe de saúde deve ser diferente? Se sim, pedir para explicar o que e como deve ser diferente.

APÊNDICE 4

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Técnicos/auxiliares de enfermagem

Eu sou Helga Follmann, mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, e você está sendo convidado para participar da nossa pesquisa sobre a ***A Inserção Do Técnico/Auxiliar Indígena De Enfermagem Em Terra Indígena Kaingáng (Santa Catarina): Uma Análise Sobre O Seu Papel No Modelo De Atenção À Saúde Indígena*** e esta pesquisa tem o objetivo de analisar o papel do técnico e auxiliar indígena de enfermagem na sua comunidade, verificar os alunos que fizeram o curso técnico, como eles se sentem em relação ao seu trabalho, como a comunidade se sente em relação ao trabalho dos técnicos/auxiliares de enfermagem indígenas e como as equipes de saúde se sentem de trabalhar com o profissional de saúde técnico de enfermagem indígena, com o objetivo de analisar a como os cursos de formação e capacitação de técnicos/auxiliares de enfermagem fazem para se adaptar em situações interculturais.

Irei identificar os técnicos/auxiliares de enfermagem indígenas atuantes na Terra Indígena Xapecó e as ações que eles devem fazer, considerando a organização dos serviços de saúde e a visão dos próprios técnicos/auxiliares de enfermagem indígenas, assim como as dificuldades enfrentadas. Para isso, acompanharei você [técnicos/auxiliares de enfermagem indígenas] em suas atividades.

Para o desenvolvimento da pesquisa serão feitas visitas aos Postos de Saúde onde vocês atendem e o acompanhamento dos

técnicos/auxiliares de enfermagem indígenas em suas funções. Nessas visitas, eu farei entrevistas com perguntas e também procurarei conversar sobre as atividades do técnico/auxiliar indígena de enfermagem em sua comunidade, como a equipe de saúde vê o trabalho deste profissional e como a comunidade se sente em relação a este profissional, entre outros assuntos que se relacionam ao tema e que você achar importante. Com você, técnico/auxiliar indígena de enfermagem em sua comunidade, procurarei conversar sobre assuntos que se relacionam ao seu trabalho. Nessas entrevistas e conversas poderá ser usado o gravador e/ou a máquina fotográfica. Deixo claro que esses procedimentos não são agressivos ou nocivos à sua vida e que o gravador e/ou a máquina fotográfica só serão utilizados se houver a permissão de você.

Qualquer dúvida que você tiver a respeito do trabalho ou se você quiser se retirar da pesquisa (sem danos a você) pode entrar em contato comigo Helga Follmann, pessoalmente no endereço: Rua João Saturnino Ouriques, 712, São José –SC CEP 88101-330 ou por email: enfermeirahelga@gmail.com, ou pelo telefone (48) 8454-5887 ou com a coordenadora do projeto, Prof^a Eliana E. Diehl no seguinte endereço: Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário, Trindade, Florianópolis, SC – CEP 88040-900; Fone: 48-3331-9350 ou 48-3331-5077.

Se você estiver de acordo em participar, posso afirmar que as informações fornecidas serão mantidas em sigilo, garantindo a sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

Também garanto que não há qualquer despesa para você. Os resultados da pesquisa serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não, sendo que os dados coletados serão utilizados para a redação de artigos e de outros materiais de divulgação, como livros, relatórios, pôster, etc. As comunidades receberão uma cópia de todo o material produzido.

Após a leitura desse Termo, gostaria de saber se você aceita participar da pesquisa. Se você aceita, solicito que assine o Consentimento abaixo.

A. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

“A Inserção Do Técnico/Auxiliar Indígena De Enfermagem Em Terra Indígena Kaingáng (Santa Catarina): Uma Análise Sobre O Seu Papel No Modelo De Atenção À Saúde Indígena”

Pesquisadora mestranda: Helga Follmann

Coordenadora: Profa. Eliana Elisabeth Diehl

B. PARECERES QUANTO AOS ASPECTOS ÉTICOS:

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos/UFSC: 626/2010

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep): 0540/2010

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO¹

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e que recebi, de forma clara e objetiva, todas as explicações sobre o projeto. Entendi que as informações fornecidas serão mantidas em sigilo, garantindo a minha privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Também fui informado de que não há qualquer despesa para mim.

Declaro que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

.....,de.....de 2010.

Aldeia:.....

Nome por

extenso:.....

¹ Adaptado de: (1) South Sheffield Ethics Committee, Sheffield Health Authority, UK; (2) Comitê de Ética em Pesquisa, Cefid/Udesc, Florianópolis, SC.

Assinatura:.....

RG (quando se aplicar):

.....

Nome e assinatura de testemunha [índio(a) que não sabe ler nem
escrever]:.....

.....

.....

APÊNDICE 5

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Professores e coordenadores

Eu sou Helga Follmann, mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, e você está sendo convidado para participar da nossa pesquisa sobre a ***A Inserção Do Técnico/Auxiliar Indígena De Enfermagem Em Terra Indígena Kaingáng (Santa Catarina): Uma Análise Sobre O Seu Papel No Modelo De Atenção À Saúde Indígena*** e esta pesquisa tem o objetivo de analisar o papel do técnico e auxiliar indígena de enfermagem na sua comunidade, verificar os alunos que fizeram o curso técnico, como eles se sentem em relação ao seu trabalho, como a comunidade se sente em relação ao trabalho dos técnicos/auxiliares de enfermagem indígenas e como as equipes de saúde se sentem de trabalhar com o profissional de saúde técnico de enfermagem indígena, com o objetivo de analisar a como os cursos de formação e capacitação de técnicos/auxiliares de enfermagem fazem para se adaptar em situações interculturais.

Também tenho o objetivo de identificar: os alunos Kaingáng que iniciaram e finalizaram Cursos para técnico ou auxiliar de enfermagem, com ênfase para o “Projeto Pioneiro” da UFSC realizado em 2001; perfil do profissional indígena que concluiu Cursos para técnico ou auxiliar de enfermagem, com ênfase para o “Projeto Pioneiro” da UFSC realizado em 2001; as estratégias institucionais de capacitação para técnico ou auxiliar de enfermagem; as atividades do técnico/auxiliar indígena de enfermagem em sua comunidade.

Para o desenvolvimento da pesquisa serão feitas entrevistas aos professores e coordenadores do(s) curso técnico/auxiliar de enfermagem das instituições que realizaram capacitação para os profissionais indígenas. Nessas entrevistas e conversas poderá ser usado o gravador e/ou a máquina fotográfica. Deixo claro que esses procedimentos não são agressivos ou nocivos à sua vida e que o gravador e/ou a máquina fotográfica só serão utilizados se houver a permissão de você.

Qualquer dúvida que você tiver a respeito do trabalho ou se você quiser se retirar da pesquisa (sem danos a você) pode entrar em contato comigo Helga Follmann, pessoalmente no endereço: Rua João Saturnino Ouriques, 712, São José –SC CEP 88101-330 ou por email: enfermeirahelga@gmail.com, ou pelo telefone (48) 8454-5887 ou com a coordenadora do projeto, Profª Eliana E. Diehl no seguinte endereço: Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário, Trindade, Florianópolis, SC – CEP 88040-900; Fone: 48-3331-9350 ou 48-3331-5077.

Se você estiver de acordo em participar, posso afirmar que as informações fornecidas serão mantidas em sigilo, garantindo a sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Também garanto que não há qualquer despesa para você. Os resultados da pesquisa serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não, sendo que os dados coletados serão utilizados para a redação de artigos e de outros materiais de divulgação, como livros, relatórios, pôster, etc. As comunidades receberão uma cópia de todo o material produzido.

Após a leitura desse Termo, gostaria de saber se você aceita participar da pesquisa. Se você aceita, solicito que assine o Consentimento abaixo.

APÊNDICE 6

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Equipe Multidisciplinar de Saúde

Eu sou Helga Follmann, mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, e você está sendo convidado para participar da nossa pesquisa sobre a ***A Inserção Do Técnico/Auxiliar Indígena De Enfermagem Em Terra Indígena Kaingáng (Santa Catarina): Uma Análise Sobre O Seu Papel No Modelo De Atenção À Saúde Indígena*** e esta pesquisa tem o objetivo de analisar o papel do técnico e auxiliar indígena de enfermagem na sua comunidade, verificar os alunos que fizeram o curso técnico, como eles se sentem em relação ao seu trabalho, como a comunidade se sente em relação ao trabalho dos técnicos/auxiliares de enfermagem indígenas e como as equipes de saúde se sentem de trabalhar com o profissional de saúde técnico de enfermagem indígena, com o objetivo de analisar a como os cursos de formação e capacitação de técnicos/auxiliares de enfermagem fazem para se adaptar em situações interculturais.

Também tenho o objetivo de identificar as atividades do técnico/auxiliar indígena de enfermagem em sua comunidade e como você, parte integrante da equipe multidisciplinar de saúde indígena se sente em relação ao trabalho deste profissional.

Para o desenvolvimento da pesquisa serão feitas entrevistas e observação dos profissionais de saúde da equipe atuantes em área indígena. Nessas entrevistas e conversas poderá ser usado o gravador

e/ou a máquina fotográfica. Deixo claro que esses procedimentos não são agressivos ou nocivos à sua vida e que o gravador e/ou a máquina fotográfica só serão utilizados se houver a permissão de você.

Qualquer dúvida que você tiver a respeito do trabalho ou se você quiser se retirar da pesquisa (sem danos a você) pode entrar em contato comigo Helga Follmann, pessoalmente no endereço: Rua João Saturnino Ouriques, 712, São José –SC CEP 88101-330 ou por email: enfermeirahelga@gmail.com, ou pelo telefone (48) 8454-5887 ou com a coordenadora do projeto, Profª Eliana E. Diehl no seguinte endereço: Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário, Trindade, Florianópolis, SC – CEP 88040-900; Fone: 48-3331-9350 ou 48-3331-5077.

Se você estiver de acordo em participar, posso afirmar que as informações fornecidas serão mantidas em sigilo, garantindo a sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Também garanto que não há qualquer despesa para você. Os resultados da pesquisa serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não, sendo que os dados coletados serão utilizados para a redação de artigos e de outros materiais de divulgação, como livros, relatórios, pôster, etc. As comunidades receberão uma cópia de todo o material produzido.

Após a leitura desse Termo, gostaria de saber se você aceita participar da pesquisa. Se você aceita, solicito que assine o Consentimento abaixo.

ANEXO

ANEXO 1

Parecer Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina

Planos de Saúde - Servidor

http://portal2.saude.gov.br/sisnep/folha_rosto.cfm?vcod=349005

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 349005	
Projeto de Pesquisa A inserção do técnico/auxiliar indígena de enfermagem em Terra indígena Kaingang (Santa Catarina): uma análise sobre o seu papel no modelo de atenção à saúde indígena					
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.05 - Saúde Coletiva - Nenhum		Grupo Grupo I	Nível Não se aplica		
Área(s) Temática(s) Especial(s) Populações Indígenas			Fase Não se Aplica		
Unitermos Saúde Indígena, Auxiliares de Enfermagem, Índios Sul-Americanos					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 50	Total Brasil 50	Nº de Sujeitos Total 50	Grupos Especiais		
Placebo NAO	Medicamentos HIV/AIDS NAO	Wash-out NAO	Sem Tratamento Específico NAO	Banco de Materiais Biológicos NAO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável Elisane Elisabeth Diehl		CPF 405.278.830-34	Identidade 394020932		
Área de Especialização Saúde Pública		Maiores Titulação Doutorado	Nacionalidade brasileira		
Endereço Departamento de Ciências Farmacêuticas, UFSC		Bairro Trindade	Cidade Florianópolis - SC		
Código Postal 88040-900	Telefone 48-3721-9350 /	Fax 48-3721-9542	Email ELIANADIEHL@HOTMAIL.COM		
Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: 14/06/2010 Assinatura					
Instituição Onde Será Realizado					
Nome Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC		CNPJ 83.899.526/0001-82	Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Órgão Departamento de Ciências Farmacêuticas		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO		
Endereço Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima		Bairro Trindade	Cidade Florianópolis - SC		
Código Postal 88040-900	Telefone 48 3319205	Fax 48 3319599	Email cep@reitoria.ufsc.br		
Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. Nome: Rosane Maria Buda Data: 14/06/2010 Assinatura					

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 14/06/2010. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

O Voltar

IMPRIMIR

ANEXO 2

Autorização da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep)

026/10

SIPAR - Ministério da Saúde
 Registro Número:
 25000. 170298/2010-25
01/10/2010
 B



MINISTÉRIO DA SAÚDE
 Conselho Nacional de Saúde

OFÍCIO Nº. 3005/10/CONEP/CNS/MS

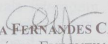
Brasília-DF, 29 de setembro de 2010.

Assunto: "Encaminhamento de Parecer".

Senhor (a) Coordenador (a),

1. Encaminhamos, em anexo, o (s) Parecer (es) nº 0540/2010, referente ao Protocolo de Pesquisa Registro CONEP nº 16.034 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, referente(s) a (os) projeto(s) de pesquisa acompanhada(s) por esse Comitê.

Atenciosamente,


 ROZÂNGELA FERNANDES CAMAPUM
 SECRETÁRIA-EXECUTIVA DO
 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Ao Senhor (a) Washington Portela de Souza
 Coordenador (a) do Comitê de Ética em Pesquisas
 Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC
 Campus Universitário - Trindade
 Florianópolis SC
 Cep: 88.040-900

S/lc
 Esplanada dos Ministérios, Bloco "G" – Edifício Anexo, Ala "B" – 1º andar, Sala 104 – 70058-900 – Brasília, DF
 Telefones: (061) 3226-8803 / 3225-6672 – Fax: (061) 3315-2414 / 3315-2472 – e-mail: cns@saude.gov.br

3003/10



CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER N° 540/2010

Registro CONEP 16034 (Este nº deve ser citado nas correspondências referentes a este projeto)

CAAE – 0127.0.242.000-10

Processo nº 25000.116333/2010-61

Projeto de Pesquisa: *"A inserção do técnico/auxiliar indígena de enfermagem em Terra Indígena Kaingáng (Santa Catarina): uma análise sobre o seu papel no modelo de atenção à saúde indígena"*.

Pesquisador Responsável: Eliana Elisabeth Diehl

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina (CENTRO ÚNICO)

CEP de origem: da instituição (CEPSH/CEUA)

Área Temática Especial: Populações Indígenas

Patrocinador: não especificado.

Sumário geral do protocolo

No contexto da saúde indígena, se observa o aumento gradativo de indígenas e a busca e formação de profissionais que atuem como técnicos ou auxiliares de enfermagem em comunidades indígenas. Na Equipe Multidisciplinar de Atenção Básica à Saúde Indígena (EMSI), o técnico/auxiliar de enfermagem é o profissional que tem maior contato com a população depois do agente indígena de saúde (AIS), tendo atividades mais complexas que o AIS e em alguns casos assumindo a coordenação local do serviço. Entretanto, trabalhos recentes mostram que, geralmente, os membros da EMSI encontram-se despreparados para lidar com as diferentes culturas com as quais interagem no processo de trabalho nas comunidades indígenas. Pesquisas anteriores evidenciaram que a atenção diferenciada está longe de tornar-se realidade e apontam que uma das principais dificuldades está na falta de formação e capacitação dos profissionais de saúde para atuar em contextos interétnicos e, apesar do Subsistema de atenção à saúde indígena estar em funcionamento desde 1999, são raros estudos sobre o papel dos profissionais de saúde e a adequação de cursos de formação e capacitação para a atuação em situações interculturais. Tais pesquisas são essenciais para subsidiar as políticas públicas, a formação de recursos humanos para atuação em contextos interculturais e, por consequência, a melhoria da qualidade dos serviços.

O objetivo geral do projeto é "analisar o papel do técnico e auxiliar indígena de enfermagem, focalizando a sua formação e atuação na equipe multiprofissional de saúde indígena (EMSI)". Os objetivos específicos são: 1-Identificar os alunos Kaingáng que iniciaram e finalizaram Cursos para técnico ou auxiliar de enfermagem, com ênfase para o "Projeto Pioneiro" da UFSC realizado em 2001; 2- Identificar o perfil do profissional indígena que concluiu Cursos para técnico ou auxiliar de enfermagem, com ênfase para o "Projeto Pioneiro" da UFSC realizado em 2001; 3-Identificar as estratégias institucionais de capacitação para técnico ou auxiliar de enfermagem; 4-Identificar as atividades do técnico/auxiliar indígena de enfermagem em sua comunidade; 5-Analisar a autopercepção sobre o papel e inserção na Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena; 6- Analisar a percepção da Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena sobre o papel do técnico e auxiliar indígena de enfermagem; 7- Analisar a percepção da comunidade sobre o papel do técnico e auxiliar indígena de enfermagem.

Cont. Parecer CONEP nº 540/10

O desenho da pesquisa agrega (a) pesquisa documental/bibliográfica junto aos Cursos de formação para técnico e auxiliar de enfermagem e se necessário junto à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), aos Pólos-Base e às Secretarias Municipais de Saúde da região abrangida pelo Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul, o qual pertence a Terra Indígena Xapacó; (b) aplicação de questionário sócio-econômico aos técnicos e auxiliares de enfermagem; (c) entrevistas com coordenadores e/ou professores de Cursos profissionalizantes de técnico e auxiliar de enfermagem ("Projeto Pioneiro" da UFSC, Escolas Técnicas do SUS e Cursos privados). (d) Pesquisas de Campo e observação participante. Para este fim, o pesquisador permanecerá em campo pelo período máximo de 150 dias corridos ou com intervalos entre elas, dependendo da necessidade. As atividades dos técnicos e auxiliares de enfermagem (indígenas e não indígenas) e do restante da Equipe serão acompanhadas, bem como eles serão entrevistados acerca do papel dos técnicos e auxiliares indígenas de enfermagem (autopercepção e percepção da EMSI). Ainda será conduzida observação participante durante as interações entre os profissionais e os usuários dos serviços de saúde. Esses usuários poderão ser entrevistados visando investigar a percepção sobre o papel do técnico e auxiliar indígena de enfermagem.

Com relação à inclusão e exclusão dos participantes no estudo, tem-se que: os indivíduos serão incluídos na pesquisa caso recebam o convite e concordem com a pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e deixarão de participar a qualquer momento da pesquisa, sem danos diretos ou indiretos.

No que diz respeito aos riscos, a pesquisadora aponta que, dado o caráter etnográfico da pesquisa "não há riscos que ameacem a vida ou o bem-estar dos indivíduos envolvidos durante o trabalho de campo. Os dados gerados poderão servir como subsídios para o planejamento e implementação de ações e serviços de saúde voltados às comunidades indígenas. Todos os procedimentos para a coleta dos dados não são invasivos sob o aspecto físico e se fará previamente todos os esclarecimentos necessários a cada indivíduo que participar da pesquisa, conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em anexo. O gravador de voz somente será utilizado após consentimento dos informantes.)" (página 19, numeração do CEP).

Com relação aos benefícios não há registro de trabalhos que contemplem os técnicos/auxiliares indígenas de enfermagem, essa pesquisa permitirá uma avaliação dos papéis desses profissionais no Subsistema de atenção à saúde indígena. A análise das estratégias institucionais de capacitação desses profissionais fornecerá subsídios para adequar a sua formação visando atuação em contextos étnicos específicos. "Esses dois aspectos analisados têm potencial contribuição para a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos povos indígenas. Ao final, os resultados da pesquisa deverão ser divulgados através de relatórios, artigos, participação em eventos científicos e em eventos promovidos pela sociedade organizada (por exemplo, Conselho Distrital de Saúde Indígena e Comissão Intersetorial de Saúde Indígena), entre outras atividades. Os resultados serão divulgados às comunidades que geraram os dados, às instituições envolvidas na prestação de serviços de saúde aos índios em Santa Catarina e à FUNASA.

Local de realização

Trata-se de um projeto nacional e unicêntrico. O total de sujeitos de pesquisa para cada sub-grupo estudado não foi especificado, embora conste na Folha de Rosto (página 1, numeração do CEP) o total de 50 pessoas. A pesquisa documental/bibliográfica será realizada junto aos Cursos de formação para técnico e auxiliar de enfermagem e se necessário junto à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), aos Pólos-Base e às Secretarias Municipais de Saúde da região abrangidas pelo Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul, o qual pertence a Terra Indígena Xapacó. A pesquisa de campo propriamente dita será realizada na Terra Indígena Xapacó em quatro aldeias, quais sejam aldeias Sede, Pinalzinho e Fazenda São José (localizadas geograficamente no município de Ipuçu) e aldeia Paiol de Barro (localizada no município de Entre Rios).

Cont. Parecer CONEP nº 540/10

Apresentação do protocolo

A folha de rosto foi apresentada na página 01 (numeração do CEP), com a assinatura da pesquisadora responsável pela instituição, no entanto, a versão apresentada impressa está muito clara e pouco legível. Nas páginas 02 a 07 foi encaminhada a cópia de formulário com dados do protocolo. O cronograma é apresentado tanto na página 20, quanto na página 33 (numeração do CEP) e o orçamento é apresentado tanto na página 21, quanto na página 31 (numeração do CEP) com valor bruto de R\$ 6000,00 envolvendo gastos com material de consumo, despesas de correio e diárias. O TCLE a ser apresentado aos técnicos/auxiliares de enfermagem é apresentado na página 08 (numeração do CEP). O parecer consubstanciado é apresentado nas páginas 40 a 42 e assinado pelo coordenador do CEP. Os instrumentos para coleta de dados apresentados são: (1) Roteiro de entrevistas para outros membros da equipe multidisciplinar de saúde indígena (páginas 24 e 25, numeração do CEP), (2) e Roteiro de entrevistas para técnicos e auxiliares de enfermagem (páginas 26 a 28, numeração do CEP), (3) Roteiro de entrevistas para coordenadores e/ou professores de curso técnico/auxiliar de Enfermagem (página 29, numeração do CEP) E (4) Roteiro de entrevista para a comunidade (página 30, numeração do CEP). A autorização da Funasa é apresentada nas páginas 34 e 35 (numeração do CEP) e carta de autorização do cacique da Terra indígena Xapécó na página 39 (numeração do CEP). Os endereços para acesso aos currículos *lattes* das pesquisadoras principais são apresentado na página 02 (numeração do CEP).

Comentários/Considerações

1. Solicita-se ao pesquisador informar o número de sujeitos de pesquisa que farão parte do projeto, uma vez que o universo da pesquisa não foi bem delimitado;
2. Com relação ao título do projeto: *"A inserção do técnico/auxiliar indígena de enfermagem em Terra indígena Kaingáng (Santa Catarina): uma análise sobre o seu papel no modelo de atenção à saúde indígena"*, é feita menção à terra indígena *"Kaingáng"*, no entanto, não é feita a especificação em quais aldeias de fato será realizada a pesquisa, quais sejam: Aldeia sede, Pinhalzinho, Fazenda São José e Paiol de Barro. Além disso, por vezes a pesquisadora faz menção à pesquisa fazendo menção ao local de realização, como sendo *"Terra indígena Kaingáng"* e por vezes à *"Terra indígena Xapécó"*. Ainda que seja feita nota de rodapé na página 15 (numeração do CEP), solicita-se uniformizar a designação ao local de realização em todo protocolo.
3. Com relação aos riscos/benefícios da pesquisa, segundo Resolução CNS 196/96, item V: *"Considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade"*. Nesses termos, o pesquisador se equivocou ao afirmar: (a) *"Toda a parte operacional da pesquisa é de natureza etnográfica, com coleta de informações que não envolvem intervenções invasivas ou que denotem riscos à integridade física, psíquica/emocional, moral, social e cultural dos indivíduos e dos grupos. Dadas as características da pesquisa, não há a possibilidade de qualquer dano ambiental ou nutricional"* (pág. 03, numeração do CEP) e novamente, ao afirmar: *"Não há riscos que ameacem a vida ou o bem-estar dos indivíduos"* (Pág. 41, numeração do CEP). Solicita-se adequação do texto.
4. Em relação ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cabem os seguintes comentários:
 - a. Ainda que tenha ficado bem claro que se trata de pesquisa de Mestrado da aluna Helga Bruxel Carvalho Follmann, orientado pela professora Eliana Elisabeth Diehl, que assina a folha de rosto como pesquisadora responsável, no TCLE está apresentado apenas o telefone institucional da pesquisadora responsável. Solicita-se que sejam apresentadas outras formas de contato com

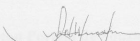
Cont. Parecer CONEP nº 540/10

- a pesquisadora responsável, assim como número de telefone fixo da pesquisadora que irá conduzir a coleta de dados.
- b. Conforme está na Resolução 304/2000: "2 – Descrição do processo de obtenção e de registro do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, assegurada a adequação às peculiaridades culturais e linguísticas dos envolvidos." Solicita-se que seja feita a adequação na linguagem dos TCLES para cada público-alvo e versões distintas do TCLE devem ser apresentadas para cada um dos públicos-alvo a serem estudados: (a) Membros da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena; (b) Técnico/Auxiliar de enfermagem; (c) Coordenadores/ Professores do curso de Técnico/auxiliar de Enfermagem e (d) Membros da Comunidade.
- c. Solicitamos que o TCLE detalhe o que será requerido dos sujeitos de pesquisa, como o tempo que será necessário para a entrevista e os documentos que serão solicitados para comprovação (como citado no questionário da página 27, numeração do CEP).
5. Com relação ao orçamento:
- a. Não é informado patrocinador do estudo, apenas que: "Os itens de capital, como livros, computador, impressora, gravador, entre outros, são contrapartida da UFSC ou dos pesquisadores." e que: "O projeto será submetido a Editais de fomento à pesquisa." Vale lembrar que o orçamento do projeto é peça fundamental para análise ética por significar a garantia de acompanhamento e cuidados aos sujeitos de pesquisa e por explicitar a distribuição de ônus e benefícios que devem ser objeto do julgamento ético. Além disso, deve-se evitar a descontinuação da pesquisa, segundo o item VII.13.f da Res. 196/96 "Considera-se como antiética a pesquisa descontinuada sem justificativa aceita pelo CEP que a aprovou." Ver também o item III.3."h" e "e" da Res. CNS nº 251/97. Solicita-se esclarecimento quanto ao(s) patrocinador(es) responsável(is) pela pesquisa e as garantias de que a mesma não sofrerá descontinuidade por falta de patrocínio.

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto, devendo o CEP verificar o cumprimento das questões acima, antes do início do estudo.

Situação: Protocolo aprovado com recomendação.

Brasília, 29 de setembro de 2010.


Gyselle Saddi Tannous

Coordenadora da CONEP/CNS/MS



Fundação Nacional do Índio
Assessoria de Acompanhamento aos Estudos e Pesquisas
SEPS 702/902, bloco A, 3º andar Brasília - DF CEP 70739-015
telefone (61) 3313-3846 / 3313-3606 e-mail: agpep@funai.gov.br

Ofício nº. 135/AAEP/10

Brasília, 12 de agosto de 2010.

À Senhora
Profa. Eliana Diehl
Universidade Federal de Santa Catarina
Campus Universitário, B. Trindade
88040-900 Florianópolis - SC

Assunto: Ingresso em Terra Indígena (Proc. nº.139199)

1 Cumprimentando-a, estamos encaminhando original das Autorizações para Ingresso em Terra Indígena nº.90/AAEP/10 (em anexo), concedida a pesquisadora Helga Bruxel Carvalho Follmann, para ingressar na TI Xapecó, com o objetivo de desenvolver o projeto de mestrado intitulado "A inserção do técnico/auxiliar indígena de enfermagem em uma Terra Indígena Kaingang (Santa Catarina): uma análise sobre o seu papel no modelo de atenção a saúde indígena", sob sua orientação.

Atenciosamente,


Claudio dos Santos Romero
Assessor

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

Perfil Profissional de conclusão

- Profissional da área da saúde de nível técnico, integrante da Equipe de Enfermagem e da Saúde, com exercício regulado por Lei, com competência para desenvolver, sob supervisão do Enfermeiro, ações de promoção, prevenção, recuperação e de reabilitação determinadas pelas necessidades individuais ou coletivas no processo saúde-doença.
- Desempenha suas atividades profissionais com responsabilidade, justiça e competência, considerando os princípios básicos da universalidade, equidade e integralidade da assistência à saúde.
- Possui iniciativa e conhece a realidade social na qual está inserido e é comprometido com a resolução das necessidades de saúde da população.
- Manifesta bom relacionamento interpessoal, capacidade crítico-reflexiva e de observação, autogestão, abstração e de raciocínio lógico.
- Aplica as habilidades cognitivas, psicomotoras e afetivas, fundamentadas nos conhecimentos técnico-científicos, éticos, políticos, educativos e de organização do processo de trabalho que contribuem para o alcance da qualidade do cuidar em Enfermagem e para transformar a realidade social na qual está inserido.

Competências do Técnico em Enfermagem

- Aplicar os princípios e fundamentos humanísticos, éticos e de cidadania no convívio com as pessoas e no desempenho de suas atividades profissionais.
- Aplicar os princípios e fundamentos da legislação profissional e sanitária no desempenho das suas atividades profissionais.
- Aplicar os princípios e fundamentos técnico-científicos dos procedimentos de Enfermagem no desempenho de suas atividades profissionais.
- Prestar cuidados de Enfermagem livre de riscos e danos para o cliente, para si próprio e para a comunidade em qualquer situação de atendimento.
- Registrar corretamente e de forma completa os sinais e sintomas observados e relatados pelo cliente e as ocorrências relacionadas ao cliente e ao seu trabalho.
- Observar as cinco certezas na realização dos procedimentos e cuidados de Enfermagem.
- Desempenhar ações de Enfermagem, inclusive a pacientes em estado grave, nos níveis de promoção, proteção, recuperação e de reabilitação da saúde de indivíduos e/ou grupos sociais, *excetuando-se* os cuidados requeridos por pacientes internados sob risco de vida.
- Participar do planejamento, programação e orientação das atividades de assistência de Enfermagem.
- Participar da prevenção e do controle sistemático dos danos físicos decorrentes da assistência à saúde.
- Participar da prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar.
- Atuar nos programas de higiene e segurança no trabalho.
- Participar de programas de vigilância à saúde.
- Desenvolver atividades de educação e comunicação em saúde.
- Participar de programas de pesquisa.
- Compreender o processo de trabalho da Enfermagem e da Saúde.

ANEXO 5

Disciplinas – Diploma Auxiliar de Enfermagem

Fórmula Posicional de Cálculo	Módulo	Carga Horária
O curso de Enfermagem tem como finalidade a formação de profissionais capazes de atuar em diferentes níveis de atenção à saúde, com ênfase na promoção, prevenção e recuperação da saúde, bem como na assistência ao doente, visando à melhoria da qualidade de vida e à promoção da saúde pública. O curso de Enfermagem é dividido em três fases: a primeira, a segunda e a terceira. A primeira fase tem como objetivo a formação de profissionais capazes de atuar em diferentes níveis de atenção à saúde, com ênfase na promoção, prevenção e recuperação da saúde, bem como na assistência ao doente, visando à melhoria da qualidade de vida e à promoção da saúde pública. A segunda fase tem como objetivo a formação de profissionais capazes de atuar em diferentes níveis de atenção à saúde, com ênfase na promoção, prevenção e recuperação da saúde, bem como na assistência ao doente, visando à melhoria da qualidade de vida e à promoção da saúde pública. A terceira fase tem como objetivo a formação de profissionais capazes de atuar em diferentes níveis de atenção à saúde, com ênfase na promoção, prevenção e recuperação da saúde, bem como na assistência ao doente, visando à melhoria da qualidade de vida e à promoção da saúde pública.	Unidade 1: Fundamentos da Enfermagem • História da Enfermagem • Ética e valores profissionais • Anatomia e fisiologia humanas • Microbiologia e parasitologia • Nutrição • Saúde e doença • Diagnóstico e avaliação • Planejamento e execução de cuidados de enfermagem • Trabalho em equipe • Comunicação • Legislação • Ética e valores profissionais • Anatomia e fisiologia humanas • Microbiologia e parasitologia • Nutrição • Saúde e doença • Diagnóstico e avaliação • Planejamento e execução de cuidados de enfermagem • Trabalho em equipe • Comunicação • Legislação Unidade 2: Cuidados de enfermagem em diferentes níveis de atenção à saúde • Cuidados de enfermagem em atenção primária • Cuidados de enfermagem em atenção secundária • Cuidados de enfermagem em atenção terciária • Cuidados de enfermagem em atenção quaternária • Cuidados de enfermagem em atenção quinqüenária • Cuidados de enfermagem em atenção sexagenária • Cuidados de enfermagem em atenção setuagénia • Cuidados de enfermagem em atenção octogenária • Cuidados de enfermagem em atenção nonagenária • Cuidados de enfermagem em atenção centenária Unidade 3: Cuidados de enfermagem em diferentes níveis de atenção à saúde • Cuidados de enfermagem em atenção primária • Cuidados de enfermagem em atenção secundária • Cuidados de enfermagem em atenção terciária • Cuidados de enfermagem em atenção quaternária • Cuidados de enfermagem em atenção quinqüenária • Cuidados de enfermagem em atenção sexagenária • Cuidados de enfermagem em atenção setuagénia • Cuidados de enfermagem em atenção octogenária • Cuidados de enfermagem em atenção nonagenária • Cuidados de enfermagem em atenção centenária	Unidade 1: Fundamentos da Enfermagem 120 h Unidade 2: Cuidados de enfermagem em diferentes níveis de atenção à saúde 120 h Unidade 3: Cuidados de enfermagem em diferentes níveis de atenção à saúde 120 h

Inteiro 13/05/2008
 Termino 27/09/2008

NIC 23.005180/2004-29

Keriva S. Reibnitz
 Coord. Docente - Pedagogia
 Curso Técnico em Enfermagem

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
 PORTARIA DE Nº 1.400/08
 Portaria de Nº 1.400/08
 Portaria de Nº 1.400/08

ANEXO 6

Fotos formatura pela UFSC





