

## Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais

Health and indigenous peoples in Brazil: the challenge of professional training and continuing education of workers in intercultural contexts

Salud y pueblos indígenas en Brasil: el desafío de la formación y educación continua de los trabajadores en contextos interculturales

Eliana Elisabeth Diehl <sup>1</sup>  
Marcos Antonio Pellegrini <sup>2</sup>

### Abstract

*This article discusses training and continuing medical education for indigenous health workers and health professionals in indigenous health under the guidelines of the Brazilian National Healthcare Policy for Indigenous Peoples, which is currently behind schedule and incomplete as part of the official government agenda. Based on inter-sector proposals for health training by the Ministries of Health and Education, the article highlights the case of indigenous healthcare, emphasizing that government initiatives in this area still need to incorporate the concept of continuing education, a powerful tool for fostering intercultural dialogue and orienting health practices.*

*Indigenous Health Services; Continuing Education; Primary Health Care; Indigenous Population*

### Resumo

*Este artigo visa a refletir sobre a formação e educação permanente de trabalhadores da e para a saúde indígena, diretriz da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas que se apresenta atrasada e inconclusa na agenda oficial. Partindo das proposições intersetoriais dos Ministérios da Saúde e da Educação direcionadas à formação em saúde, destacamos o caso da atenção à saúde indígena, apontando que as iniciativas oficiais na área ainda necessitam incorporar o conceito de educação permanente, que é um potente instrumento para o favorecimento do diálogo intercultural e orientação das práticas sanitárias.*

*Serviços de Saúde do Indígena; Educação Continuada; Atenção Primária à Saúde; População Indígena*

<sup>1</sup> Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, Brasil.

#### Correspondência

E. E. Diehl  
Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário, Florianópolis, SC 88040-900, Brasil.  
eliana.diehl@ufsc.br

## Introdução

A atual atenção à saúde dos povos indígenas brasileiros, expressa em 1999 como um subsistema<sup>1</sup> vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), é fruto de movimentos surgidos na década de 1980, pautados na ideia do direito à diferença e do multiculturalismo, e em um modelo que, além da biomedicina, considera formas específicas de atenção à saúde e à doença usadas pelos diversos povos e comunidades indígenas<sup>2,3</sup>. Junte-se à ideologia de nações multiculturais a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, que afirmou que “*é direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde*”<sup>4</sup> (p. 1; tradução nossa). Na atuação como profissionais de saúde, são enfatizados o vínculo empregatício e a formação e capacitação de indígenas<sup>3,5</sup>.

A incorporação de indígenas nos serviços como agentes indígenas de saúde já era uma estratégia utilizada antes da implementação do subsistema, porém, como apontam as revisões<sup>6,7</sup>, a inserção e o trabalho destes profissionais a partir de 1999 aconteceram (e ainda acontecem) com ambiguidades e conflitos, deixando muitas dúvidas e lacunas sobre quais seriam as formas mais adequadas de encaminhar tais processos. Da mesma maneira, profissionais não indígenas de saúde, como membros das Equipes Multidisciplinares de Atenção à Saúde Indígena (EMSI), também se mostram despreparados para atuarem em contextos interétnicos muito heterogêneos.

A “*preparação de recursos humanos para atuação no contexto intercultural*”<sup>5</sup> (p. 13) constitui uma diretriz estratégica da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), necessária para a efetivação da atenção diferenciada, princípio defendido pela 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1986, referendado pelas outras três Conferências e trazido pelo subsistema, somando-se aos demais princípios do SUS. Idealmente, as EMSI e os serviços de saúde nas Terras Indígenas (para a atenção primária) e as redes de referência do SUS (para os níveis secundário e terciário) devem oferecer a atenção diferenciada, cuja definição e operacionalização, ainda hoje, são confusas e ambíguas<sup>6,8</sup>.

Considerando que desde 2000 a formação e capacitação de trabalhadores para a saúde no Brasil têm sido objetos de políticas e ações intersetoriais<sup>9</sup>, envolvendo especialmente os ministérios da Saúde e da Educação, neste texto busca-se refletir sobre a formação e educação permanente na saúde indígena, enfatizando os

profissionais não indígenas, aspecto menos desenvolvido em trabalhos anteriores<sup>6,8</sup> e em outras publicações<sup>7,10</sup>, bem como se mostra um dos mais frágeis e inconclusos da agenda do subsistema. Essa reflexão não é exaustiva, procurando trazer alguns elementos que contribuem para o debate, destacando os pontos críticos e os desafios para a efetivação da atenção à saúde indígena, principalmente por ter negligenciado, nos últimos anos, o papel da educação permanente como constituinte do espaço de diálogo necessário à compreensão da diferença dos processos de saúde/doença/atenção vivenciados nas diversas regiões do país.

## Políticas e ações intersetoriais para a formação e educação permanente em saúde: as iniciativas oficiais

Este tópico apresenta sinteticamente o que vem sendo feito para qualificar os trabalhadores da saúde, de modo que mais adiante se possa estabelecer relações com a atenção à saúde indígena.

A ordenação da formação de trabalhadores da saúde foi designada ao Ministério da Saúde em 1988<sup>2</sup>, porém somente no início dos anos 2000 começou a se delinear a sua participação. O primeiro passo foi dado quando o Conselho Nacional de Educação, atendendo à *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional*<sup>11</sup>, lançou as *Diretrizes Curriculares Nacionais* (DCN) para os cursos da área da saúde. As DCN trazem como eixo central a formação balizada nos princípios e diretrizes do SUS, aliando formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, inserção precoce do estudante nos serviços de saúde e educação permanente.

Análise realizada pelo Ministério da Saúde apontou que os cursos de medicina, enfermagem e odontologia não haviam aderido satisfatoriamente às DCN, indicando a “*necessidade de estratégias que promovam a integração curricular, temas integradores ao longo do curso, sistema de acompanhamento/avaliação do curso e dos professores, bem como a diversificação de cenários de ensino-aprendizagem*”<sup>12</sup> (p. 155). Uma avaliação<sup>13</sup> dos cursos de enfermagem demonstrou que 72% dos mesmos aderiram às DCN, índice considerado baixo pelos autores e que mostra a necessidade de melhor articulação epistemológica entre o postulado pelas DCNs e os projetos pedagógicos dos cursos.

A partir da criação, em 2003, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde, a intersetorialidade ganhou impulso e várias ações (do nível

médio à pós-graduação) passaram a ser implementadas por meio de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde<sup>14</sup>, tendo como bases a multiprofissionalidade, a resolução de problemas vividos pelas equipes de saúde, o uso de pedagogias problematizadoras e o compromisso entre trabalhadores, gestores, instituições de ensino e usuários. Entre as ações direcionadas para a atenção primária à saúde, destacam-se o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde), a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), a Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família. É importante ressaltar que a operacionalização da Política tem acontecido por um processo de financiamento descentralizado aos estados e municípios, com gestão pactuada tripartite e participação de Escolas Técnicas do SUS, Escolas de Saúde Pública, Secretarias de Estado da Saúde, Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde e Instituições de Ensino Superior.

O Pró-Saúde e o PET-Saúde, direcionados a estudantes de graduação, têm revelado êxito<sup>15,16,17</sup>, mas também dificuldades, como a falta de estrutura física nas unidades de atenção primária que comprometem a articulação ensino/serviço<sup>18</sup>, despreparo da equipe para receber os estudantes, rotina exaustiva de trabalho e precariedade das relações produtivas<sup>17</sup>. As outras ações citadas anteriormente, em nível de pós-graduação, vêm ganhando destaque como processos formativos, sendo que a UNA-SUS propõe alcançar um número maior de profissionais por se tratar de educação a distância.

### **A formação de trabalhadores de saúde para atuação junto aos povos indígenas: o idealizado e o praticado**

A PNASPI destaca a formação e capacitação dos agentes indígenas de saúde (AIS), sem ênfase para os trabalhadores não indígenas, que são designados em um momento como “*instrutores/supervisores, devidamente capacitados*”<sup>5</sup> (p. 15) na formação em serviço dos AIS, e em outro que devem ser capacitados de acordo com as “*especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas e às novas realidades técnicas, legais, políticas e de organização dos serviços*”<sup>5</sup> (p. 16), definindo o órgão responsável pela saúde indígena como executor de um processo de educação continuada para todos os servidores, tendo as instituições de ensino e pesquisa um papel fundamental na capacitação e certificação.

O relatório final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena<sup>19</sup>, realizada em 2006, aprovou 100 resoluções agrupadas em torno do Eixo Temático Trabalhadores Indígenas e Não-Indígenas de Saúde que tratam da avaliação do processo de formação das EMSI e especialmente dos AIS e demais trabalhadores indígenas. Além de deliberar pela realização de concurso público e estabelecimento de um plano de carreira específico para os trabalhadores em saúde indígena, as resoluções detalham: a inclusão da disciplina Saúde Indígena nas grades curriculares de formação técnica e superior (enfermagem, odontologia e medicina); a criação de cursos de pós-graduação em saúde indígena para os trabalhadores da saúde indígena e de um programa de residência em serviço e a distância para favorecer a fixação de trabalhadores nas Terras Indígenas; a educação permanente para a população indígena, tanto no ensino formal quanto na qualificação dos profissionais de saúde, com acesso às instituições de ensino para formação técnica por meio de propostas metodológicas e conteúdos programáticos especiais e com acompanhamento sobre os aspectos antropológicos, pedagógicos e linguísticos da saúde. As resoluções também apontam para a necessidade de provisão às EMSI e aos profissionais de saúde dos hospitais públicos de “conhecimentos antropológicos e culturais”, por meio de cursos, palestras, oficinas, seminários e encontros, com eficácia e respeito às “práticas tradicionais”; promoção de cursos e outros tipos de capacitação das EMSI, visando à melhor interação entre as equipes e os diversos especialistas indígenas, bem como a mútua compreensão das diferenças culturais e o respeito às práticas tradicionais.

Silva<sup>20</sup>, tendo como base o relatório final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, salienta que as resoluções direcionadas aos trabalhadores na saúde dizem respeito, em sua maioria, aos indígenas, sendo que os aspectos mais inovadores, quando comparados às Conferências anteriores, foram as sugestões de inclusão da disciplina Saúde Indígena nas grades curriculares de formação técnica e superior e de demissão dos trabalhadores utilizando critérios definidos pelo controle social. Além disso, essa Conferência marcou bastante a questão do plano de carreira (com reconhecimento pela legislação trabalhista) e dos salários (reajustes e isonomia), bem como a criação de incentivo financeiro para profissionais residentes nas aldeias e que são solicitados fora de seu horário de trabalho.

Ao longo dos 11 anos de gestão da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), as iniciativas de capacitação dos trabalhadores da saúde indígena foram descontínuas e de modo geral desconside-

raram especificidades socioculturais, com o foco na biomedicina<sup>6,7,8</sup> e pouca ou nenhuma ênfase nos estudos etnológicos e antropológicos na área da saúde. A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), em seu pouco tempo de existência, ao que parece mantém a proposição de módulos que pré-definem os problemas de saúde e pautados pela agenda dos grandes programas elencados pelo Ministério da Saúde.

Outras iniciativas, promovidas por instituições de ensino e pesquisa, como a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal de São Paulo, merecem ser citadas, pois adotam a educação a distância e procuram inserir conteúdos ligados à antropologia e etnologia.

### Trabalhadores não indígenas: lidando com a diferença e o diferente

Da mesma maneira que os documentos e ações oficiais não têm priorizado os trabalhadores não indígenas, as pesquisas sobre o tema também são escassas, sendo que a maioria dos dados aparece secundariamente em estudos sobre os profissionais indígenas. Pesquisa realizada no Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Tapajós com foco nos profissionais da enfermagem, indicou que as enfermeiras tinham clareza que a assistência aos povos indígenas era uma experiência diferente, sendo preciso relacionar-se com eles e identificar-se como “profissionais da saúde indígena”<sup>20</sup>. A noção de responsabilidade das profissionais trazia a ideia de vulnerabilidade dos indígenas (corpos pouco resistentes e pessoas que não sabem se cuidar) e também de autopromoção como vítimas (vítimas de cobranças sobre suas atuações, arbitrariedade das lideranças, falta de recursos e de infraestrutura). A autora ainda refere que nas aldeias a presença marcante era das técnicas de enfermagem, que precisavam muito mais do que “conhecimentos biomédicos” para atuarem de acordo com as expectativas dos Mundurucu e das enfermeiras, possuindo habilidades de improvisação para lidar com as demandas cotidianas.

Pereira, partindo de narrativas de profissionais de saúde do Projeto Xingu, que executa ações em saúde no Parque Indígena do Xingu há quase 50 anos, reflete sobre os motivos relacionados à “*forma de perceber a intervenção e de lidar com concepções de saúde diferenciadas*”<sup>21</sup> (p. 522). A percepção dos indígenas como vulneráveis, a biomedicina como “*instrumento eficaz de intervenção*” e a tradução de concepções, palavras e ações motivam os profissionais a repensarem suas atuações. A ideia motivadora inicial de

vulnerabilidade e eficácia da biomedicina, quando exposta à realidade indígena, provoca uma “torção” nas narrativas levando a discursos que vão da “*salvação médica de populações vulneráveis*” a outros que tratam dos limites da biomedicina. Já a tradução ocorre quando as ações dos profissionais mantêm uma relativa distância das concepções e tecnologias biomédicas, ou seja, na prática não cabem o idioma e o vocabulário aprendidos na formação biomédica.

Por que trazer os exemplos citados? Porque revelam de um lado as limitações da formação biomédica e de outro indicam que para atuação em contextos indígenas, os processos formativos (sejam eles na graduação ou na educação em serviço) não têm uma fórmula pronta ou única, necessitando elaborações para além das disciplinas clássicas no campo da saúde.

### Notas para a formação e educação permanente em saúde indígena

Análise sobre a formação de profissionais de saúde no período de 1991 a 2008<sup>9</sup>, apontou que as matrículas nos 14 cursos da saúde predominaram nas instituições privadas de ensino, seguindo tendência do ensino superior em geral. Ainda, “*o aumento de egressos nas 14 áreas da saúde foi cotejado com as demandas específicas das populações dos estados e das regiões, pois os dados indicaram diferenças regionais consideráveis na relação egresso/habitante*”<sup>9</sup> (p. 388), sendo que as regiões Sul e Sudeste apresentaram as melhores relações. Esse dado é importante para refletir sobre a saúde indígena, pois se relacionam diretamente com a oferta e demanda de profissionais para os DSEI.

Embora a composição das EMSI esteja regulamentada<sup>22</sup>, na prática as configurações das equipes variam bastante entre os 34 DSEI do ponto de vista de tipos e número de profissionais presentes nas aldeias. Terras Indígenas localizadas em regiões de difícil acesso normalmente contam com AIS, agentes indígenas de saneamento e agentes de endemias e microscopistas (Amazônia Legal), sendo que os demais profissionais atuam por escalas de trabalho que alternam períodos de permanência nas Terras Indígenas (que em algumas situações ultrapassam 30 dias) com períodos de folga. Em regiões cujas comunidades estão próximas de cidades ou têm fácil acesso, as equipes contam, em geral, com a maioria dos profissionais nas aldeias, sendo a categoria médica a que enfrenta os maiores problemas de contratação e fixação.

Outro aspecto que diferencia as realidades Norte/Centro-oeste (Amazônia Legal) das de-

mais regiões do país é o engajamento e entendimento dos profissionais quanto à atuação em contexto interétnico. Enquanto aqueles que se inserem em equipes para trabalhar no Norte/Centro-oeste passam por experiências radicais de alteridade, que os transformam e possibilitam questionar e transformar suas práticas<sup>21</sup> (claro que há profissionais que não se transformam), os que vão para os povos de convívio cotidiano com a sociedade envolvente mantêm, de modo geral, o olhar e as práticas centradas na biomedicina, já que para eles o contexto é indiferenciado dessa sociedade, ou seja, os indígenas, ao não possuírem os sinais que caracterizam uma “indianidade” (língua, adornos corporais, rituais de cura etc.), não necessitam de cuidados ou ações culturalmente adequadas. Nessa situação, há o preconceito dos profissionais a outras formas de atenção à saúde utilizadas pelas comunidades, e a normatização de “comportamentos” com base em recomendações e justificativas biomédicas.

A formação em nível de graduação está longe de contribuir para atuação em contextos interétnicos e interculturais. As DCNs falam genericamente de formação humanista, não priorizando aspectos que envolvem a diversidade étnica, o que resulta em não preparação para o trabalho com os povos indígenas. Experiências de inserção precoce de estudantes em Terras Indígenas são raras, a exemplo do Projeto Xingu citado anteriormente; o Pró-Saúde e o PET-Saúde, salvo melhor juízo, não têm incluída em seus projetos a saúde indígena. Reflexo disso é o despreparo para lidar com especificidades que vão para além das questões que dizem respeito à recuperação estrito senso da saúde, como por exemplo, organizações sociais e culturais que implicam práticas e saberes próprios de cuidados (envolvendo alimentação, higiene, recursos terapêuticos etc.) com o corpo individual e coletivo.

### Considerações finais

Mais recentemente, com a substituição da FUNASA pela SESAI, observa-se que esta última, além de não ter solucionado os problemas de gestão, especialmente de pessoas, tem evitado em seus documentos a alusão à “atenção diferenciada”, dando mais ênfase em termos de “atenção integral à saúde indígena”. Ainda é muito cedo para análises que indiquem o impacto de tal mudança, mas precisa-se atentar para o fato de que a PNASPI foi criada para contemplar a diversidade dos povos indígenas e não para ser uma Política que homogeneiza a atenção à saúde.

Já foi apontado o risco de que a implantação de programas que visem à extensão de cobertura

propicia a perda do foco da integralidade, constituindo-se em “subsistemas” de atenção “simplificada” e não “diferenciada”<sup>23</sup>. Deve-se considerar que por integralidade não se entende apenas o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade. A efetivação da integralidade no SUS é objeto da Política Nacional de Humanização, norteada para a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), sua autonomia e protagonismo, a corresponsabilidade entre eles e o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão<sup>24</sup>. É reconhecida a polissemia do conceito de integralidade, que se apresenta tanto como um princípio normativo quanto como um *slogan* político ou um chamamento ético para as práticas de saúde e para organização da assistência<sup>25</sup>. O conceito de integralidade tem tanto um sentido de integração dos cuidados quanto um sentido de respeito à integridade das pessoas. No segundo caso, reconhece valores e experiências do indivíduo e implica a qualidade da relação entre os profissionais de saúde e as pessoas que procuram os serviços, reconhecendo que as práticas de saúde são intersubjetivas e envolvem necessariamente uma dimensão dialógica, em que profissionais de saúde utilizam seus conhecimentos para identificar as necessidades dos sujeitos com os quais se relacionam e reconhecer o conjunto de ações que podem ser colocadas em prática para responder às necessidades apreendidas<sup>26</sup>.

Ao relacionar-se com comunidades indígenas, o sistema de saúde se depara com a dimensão intercultural, o que remete diretamente à discussão sobre a adequação ética e cultural das práticas sanitárias ocidentais e sua relação com os sistemas indígenas de saúde. Há que indagar-se, como fez Pereira<sup>21</sup>, sobre a potencialidade desse encontro em produzir afetações que interroguem a biomedicina e as formas de conceber e organizar os serviços de maneira mais ampla.

Assim, cabe destacar o papel da proposta de educação permanente em saúde. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, acontecendo no cotidiano das pessoas e das organizações, levando em consideração os conhecimentos e as experiências dos sujeitos, e tendo o potencial de transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho<sup>27</sup>. A educação permanente em saúde possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano, inserindo-se como uma construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta às práticas organizacionais e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais<sup>28</sup>. Ela também é uma oportu-

nidade para produzir diálogo e cooperação entre os profissionais, entre os serviços e entre gestão, atenção, formação e controle social, para que as áreas se potencializem e ampliem a capacidade do sistema para enfrentar e resolver problemas com qualidade.

Por considerar o olhar do outro como fundamental para a possibilidade de problematização e produção de “incômodos”, pode ser também uma ferramenta de grande potencial para o favorecimento do diálogo intercultural e adequação das práticas sanitárias, tendo para isto que incorporar alguns temas específicos relativos ao desenvolvimento de competências pedagógicas, como em antropologia e etnologia. Claro está que não se trata de usar o conhecimento

antropológico de modo instrumental, visando a convencer melhor as comunidades indígenas para a intervenção biomédica, mas sim de propiciar uma formação sensível à diversidade e à diferença e preparada para o diálogo simétrico. Como espaço coletivo, a educação permanente em saúde deve privilegiar a comunidade e suas perspectivas sobre a saúde e sobre os serviços, e ter também como objeto os processos de educação em saúde e formação de conselheiros e agentes indígenas de saúde. Anterior à construção de uma estrutura ou à definição precisa de uma rede de apoiadores, a educação permanente em saúde indígena deve privilegiar um processo de diálogo público e negociação contínuos.

## Resumen

*Ese artículo tiene como objetivo reflexionar sobre la formación y educación continua de los trabajadores de y para la salud indígena, una directriz de la Política Nacional de Atención a Salud Indígena que se presenta atrasada e inconclusa en la agenda oficial brasileña. A partir de propuestas intersectoriales de los Ministerios de Salud y de Educación, destinadas a la educación en salud, destacamos el caso de la atención a la salud indígena, señalando que las iniciativas oficiales en este área aún necesitan incorporar el concepto de educación continua, que se presenta como un instrumento potente que favorece el diálogo intercultural y la orientación de las prácticas sanitarias.*

*Servicios de Salud del Indígena; Educación Continuada; Atención Primaria de Salud; Población Indígena*

## Colaboradores

E. E. Diehl concebeu, redigiu e aprovou a versão final do artigo. M. A. Pellegrini redigiu e aprovou a versão final do artigo.

## Agradecimentos

Ao Instituto Nacional de Pesquisa Brasil Plural e à Associação Brasileira de Saúde Coletiva, por viabilizarem a participação em eventos nos quais temos debatido sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

## Referências

1. Brasil. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Diário Oficial da União 1999; 24 set.
2. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm) (acessado em 01/Out/2008).
3. Organização Internacional do Trabalho. Convenção nº 169 sobre povos indígenas e tribais em países independentes e Resolução da OIT sobre povos indígenas e tribais. <http://www.oitbrasil.org.br/info/downloadfile.php?fileId=131> (acessado em 01/Out/2008).
4. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf) (acessado em 21/Set/2009).
5. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2ª Ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2002.
6. Diehl EE, Langdon EJ, Dias-Scopel RP. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. *Cad Saúde Pública* 2012; 28:819-31.
7. Pontes AL, Stauffer A, Garnelo L. Profissionalização indígena no campo da saúde: desafios para a formação técnica de Agentes Indígenas de Saúde. In: Garnelo L, Pontes AL, organizadores. *Saúde indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão, Ministério da Educação/Fundo das Nações Unidas para a Infância; 2012. p. 265-88.
8. Langdon EJ, Diehl EE, Wiik FB, Dias-Scopel R. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:2637-46.
9. Haddad AE, Morita MC, Pierantoni CR, Brenelli SL, Passarella T, Campos FE. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Rev Saúde Pública* 2010; 44:383-93.
10. Santos EF, Daniel L. Educação escolar indígena e suas interfaces com o campo da saúde. In: Garnelo L, Pontes AL, organizadores. *Saúde indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão, Ministério da Educação/Fundo das Nações Unidas para a Infância; 2012. p. 242-63.
11. Brasil. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial da República Federativa do Brasil 1996; 23 dez.
12. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
13. Neto DL, Teixeira E, Vale EG, Cunha FS, Xavier IM, Fernandes JD, et al. Aderência dos cursos de graduação em enfermagem às diretrizes curriculares nacionais. *Rev Bras Enferm* 2007; 60:627-34.
14. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente para os Trabalhadores do SUS. [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=26643&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=26643&janela=1) (acessado em 29/Jan/2013).
15. Arrais PSD, Aguiar ASW, Nobre e Souza MA, Machado MMT, Mota MV, Sousa Alves R, et al. Integralidade: desafio pedagógico do PET-Saúde/UFC. *Rev Bras Educ Méd* 2012; 36(1 Suppl 2):56-61.
16. Ferraz L. O PET-Saúde e sua interlocução com o Pró-Saúde a partir da pesquisa: o relato dessa experiência. *Rev Bras Educ Méd* 2012; 36(1 Suppl 1):166-71.
17. Arruda AE, Viegas CS, Alves CRL, Goulart MZC, Nunes MGP, Garcia JL, et al. Formação e pesquisa em saúde: relato de experiência na atenção primária à saúde. *Rev Bras Educ Méd* 2012; 36 (1 Suppl 1):102-10.
18. Almeida MM, Moraes RP, Guimarães DF, Machado MFAS, Diniz RCM, Nuto SAS, et al. Da teoria à prática da interdisciplinaridade: a experiência do Pró-Saúde Unifor e seus nove cursos de graduação. *Rev Bras Educ Méd* 2012; 36(1 Suppl 1):119-26.
19. Fundação Nacional de Saúde. Relatório final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. Brasília: Fundação Nacional de Saúde 2007.
20. Silva CDC. Saúde e política – uma etnografia dos profissionais da saúde indígena [Tese de Doutorado]. Brasília: Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade de Brasília; 2010.
21. Pereira PPG. Limites, traduções e afetos: profissionais de saúde em contextos indígenas. *Mana* 2012; 18:511-38.
22. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.656 de 17 de outubro de 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 2007; 18 out.
23. Malta DC, Santos FP. O Programa de Saúde da Família (PSF) e os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira. *Rev Méd Minas Gerais* 2003; 13:251-9.
24. Ministério da Saúde. Humaniza SUS. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

25. Tesser CD, Luz MT. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13:195-206.
26. Matos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública* 2004; 20:1411-6.
27. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2007; 22 ago.
28. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface Comun Saúde Educ* 2005; 9:161-77.

---

Recebido em 24/Fev/2014

Aprovado em 13/Mar/2014