

RETS

Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde
Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud
International Network of Health Technicians Education

SEMINÁRIOS VIRTUAIS RETS



*Seminarios Virtuales
Webinars*



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
CENTRO REGIONAL DE
Américas



CPLP

UNASUR



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO



Ministério da Saúde
PROCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Interculturalidade na Formação Técnica em Saúde
Ana Lucia de Moura Pontes

PARTE I

Bom Dia! É com muito prazer que me dirijo a vocês. Gostaria primeiramente de agradecer o convite, e o desafio, proposto por Anakeila e Roberta, e parabenizá-las pela iniciativa.

Espero que minha fala estimule perguntas e questionamentos para transformarmos esse monólogo em um diálogo. A maior parte das minhas reflexões foi formulada a partir de vivências de trabalho, estudo e militância na área de saúde indígena. E espero que a partir dos meus exemplos, vocês possam retomar e articular suas próprias experiências e compartilhar conosco no Fórum de Debate.

No Brasil, os povos indígenas correspondem a 0,4% da população, mas contribuem significativamente com a diversidade sociocultural da nossa sociedade, possuímos 274 línguas e 305 etnias, de acordo com Censo de 2010.²

Vou começar compartilhando com vocês que apesar de ser uma apaixonada pelo tema, tive uma razoável dificuldade em começar a organizar essa fala. Depois de pensar durante alguns dias, associei a uma recente vivência.

Semana passada estive em um evento³ para discutir a mudança no modelo de gestão dos serviços de saúde indígena no Brasil nosso país, a saúde é um direito universal e os povos indígenas conquistaram a organização de um subsistema específico de atenção primária⁴ em suas terras indígenas.

Naquele evento, o público era majoritariamente composto por lideranças indígenas⁵ que foram discutir a proposta do gestor federal. Durante os dois dias, as lideranças indígenas questionaram reiteradamente a falta de consulta das comunidades indígenas sobre a nova proposta e a necessidade de maior debate e participação das lideranças indígenas no processo. As falas expressavam que a relação dos povos indígenas com o Estado brasileiro⁶ ainda é tensa e conflituosa.

Então, eu me perguntei, esse evento foi uma vivência de interculturalidade em saúde? Se sim, para todos ou alguns dos presentes? Quais seriam as condições para ocorrer a interculturalidade?

Na busca de refletir sobre essas questões, construí minha fala destacando uma dimensão discursiva, a intertextualidade. Sendo médica, sinto-me um pouco ousada a recorrer a leituras do campo da linguística, mas vamos em frente.

A intertextualidade se refere aos diálogos com outros textos existentes em todo discurso. O pressuposto da intertextualidade é o que Bakhtin chama de dialogismo, para ele toda enunciação (falada ou escrita) é parte de uma comunicação verbal ininterrupta. Nossos enunciados estão cheios de “ecos de outros enunciados” (Bakhtin, 2009)⁷, das palavras dos outros.

Quando faço essa pequena digressão quero propor que o exercício da interculturalidade é também um exercício de intertextualidade, de nossa capacidade de reconhecer, buscar e aprofundar os discursos que ecoam nas relações entre diferentes.

¹ (1) <http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/noticias/interculturalidade-em-saude-e-tema-do-1o-seminario-virtual-da-rets>; (2) <http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/noticias/com-mais-de-10-paises-participantes-rets-inaugura-serie-de-seminarios-virtuais>; e (3) <http://argentina.campusvirtualsp.org/?q=node/5890>

² www.indigenas.ibge.gov.br

³ <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/secretaria-sesai/noticias-sesai/17740-sesai-e-organizacoes-indigenas-discutem-modelo-de-gestao-da-saude> e <http://www.abrasco.org.br/site/2015/05/qt-saude-indigena-participa-de-oficina-da-sesaims>

⁴ <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/secretaria-sesai>

⁵ Coordenação das Nações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB); Articulação dos Povos e Organizações Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo (APOINME); Movimento Indígena da Bahia (MIBA); Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (Foirn); Hutukara Associação Yanomami; Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (Apib); Movimento Unido dos Povos e Organizações Indígenas da Bahia (MOPOIBA); Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul (Arpin Sul).

⁶ Sugiro leitura do livro: <http://www.scielo.br/pdf/rbh/v30n59/v30n59a15.pdf>

⁷ Bakhtin, M.M. Marxismo e filosofia da linguagem: problemas fundamentais do método sociológico da linguagem. São Paulo: Hucitec, 2009.

Durante o seminário que participei na semana passada tive que lembrar a história da formação dos Estados-nação, que se deu principalmente às custas da eliminação de singularidades, especificidades e identidades locais. A noção de cidadania e direitos humanos, muito preciosa para todos nós, também carrega um universalismo que procurou abolir as diferenças.

Nos últimos anos, diversos marcos internacionais apontam para a busca do respeito e de conquistas de direitos das chamados 'minorias' na nossa sociedade. Essa mudança de relação dos Estados com os povos indígenas se inicia com a Convenção 169⁸ da Organização Internacional do Trabalho (OIT) de 1989. No Brasil, nos últimos anos foram formuladas diferentes políticas para grupos específicos, e creio que o mesmo se passa em outros países.

Colocamos no site de divulgação desse Seminário um vídeo intitulado "A obrigação do Estado de consultar os povos indígenas"⁹, que recomendo fortemente que assistam. Nesse vídeo, as lideranças indígenas fazem um apelo para que as ações do Estado que interfiram em suas vidas passem por uma consulta prévia, e apontam algumas condições para essa consulta. Destaco 04, 1) que ocorram com o tempo que for necessário para os povos indígenas, e sem serem apressados; 2) Que se traduza para suas línguas indígenas as propostas; 3) que ocorra a discussão nas suas próprias comunidades; 4) e que os brancos também conheçam e respeitem suas formas de organização sociocultural.

Se analisarmos essas condições, veremos que eles estão se referindo a esforços que eles mesmo fazem, aprendem o português, aprendem nossas regras e tempos, se deslocam para nossos espaços de negociação, procuram entender nossa organização social. Eles estão diariamente fazendo interculturalidade, qual seja, manejando o nosso universo sociocultural e o deles.

Quando as lideranças destacam essas condições, interpreto que eles estão falando do que alguns teóricos chamam de constituição de comunidades de comunicação democráticas. Encontrei essa discussão em textos de Roberto Cardoso de Oliveira sobre a relação entre eticidade e etnicidade¹⁰.

Os indígenas apontam a necessidade da construção de regras e normas que sejam consensuadas para garantir e viabilizar um diálogo intercultural, que eu diria, menos assimétrico.

Esse vídeo aponta um elemento fundamental para essa busca de uma democracia mais plural, a escuta e respeito dos anseios e desejos desses diferentes grupos. Considero que existe um princípio ético da interculturalidade, que é o compromisso com a **autonomia** dos sujeitos e grupos sociais.

Recentemente li um texto da Luiza Garnelo¹¹ em que ela muito bem apresenta a questão do nosso desafio de construir a noção de "igualdade complexa, em que diferenças de gênero, raça, etnia ou outras devem ser tratadas como singularidades que demandam tratamento especial nas políticas sociais de caráter universalizante" (Garnelo, 2014: 113)

E do ponto de vista de incluir o intercultural nessas políticas sociais, temos que nos questionar, no campo da saúde, sobre nossa capacidade de reconhecer e valorizar o que é **cultural**¹². Precisamos nos perguntar qual nosso grau de apropriação sobre esse campo.

Vou recorrer a Eduardo Menéndez¹³, um importante antropólogo argentino-mexicano, do CIESAS. Ele coloca que a dimensão cultural é predominantemente negada e/ou vista negativamente pelo campo da saúde.

Isso já nos aponta um problema e um desafio.

Na análise de Eduardo¹⁴, na perspectiva higienista, ainda muito forte no senso comum dos profissionais de saúde, algumas crenças culturais poderiam impedir a adesão e aceitação das propostas da biomedicina, como o planejamento familiar ou uso de preservativos.

⁸ http://www.socioambiental.org/inst/esp/consulta_previa/?q=convencao-169-da-oit-no-brasil/a-convencao-169-da-oit

⁹ <https://www.youtube.com/watch?v=resH-K3iY4A&app=desktop>

¹⁰ OLIVEIRA, R.C. 2000. **O trabalho do antropólogo**. Brasília: Paralelo 15; São Paulo: Editora Unesp.

¹¹ Garnelo, L. Os SUS e a Saúde Indígena: matrizes políticas e institucionais do Subsistema de Saúde Indígena. In: Teixeira, Carla Costa. Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

¹² Laraia, Roque de Barros. Cultura: um conceito antropológico. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

¹³ Veja entrevista com Eduardo Menéndez: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v10n2/09.pdf>

Desse modo, muitas equipes de saúde considerariam que seu papel é mudar culturalmente os saberes populares ou criar mecanismos administrativos ou médicos para gerar essa modificação, como o incentivo econômico.

Por outro lado, quando a biomedicina se refere à dimensão cultural, frequentemente o faz com uma conotação negativa, apontando como os fatores culturais favorecem o adoecimento ou geram resistência às práticas biomédicas que poderiam combater as doenças.

Muitas vezes ouço profissionais de saúde falando como os indígenas são resistentes às orientações e recomendações de saúde, como seus conhecimentos tradicionais são crenças que os levam a tardiamente pedirem ajuda dos profissionais de saúde.

Como interpretar os discursos subjacentes nessa relação intercultural em saúde?

Tomarei aqui a noção de campo, de Pierre Bourdieu, que o define como “espaços estruturados de posições” que podem ser analisadas a partir de suas relações. Ou seja, entendemos que no campo da saúde existem diferentes percepções e categorias de percepções sobre saúde que estão em relação e em disputa. Bourdieu¹⁵ diz que “a luta pelo poder é a luta pela imposição das categorias de percepção deste mundo” .

Assim, na perspectiva antropológica de Eduardo Menéndez temos que discutir no campo da saúde TODAS as atividades que buscam prevenir, tratar, controlar, aliviar ou curar os adoecimentos ou sofrimentos identificados pelos indivíduos e grupos sociais. Esse autor procura analisar as relações estabelecidas entre diferentes formas de atenção, que poderiam ser: biomédica, popular ou tradicional; alternativa ou new age ; outras tradições médicas acadêmicas; e autoajuda.

Essas formas de atenção não funcionam somente isoladamente mas também em relações estabelecidas por seus especialistas e pelos sujeitos e grupos sociais¹⁶.

O exercício autônomo dos sujeitos e grupos sociais em utilizar diferentes formas de atenção é denominado por Menéndez, de autoatenção.

Esse autor ressalta que se estamos interessados em observar articulações, complementariedade ou simultaneidade entre formas de atenção (que seriam formas de interculturalidade em saúde) precisamos observar como ocorre a autoatenção. Por que se olharmos a partir do sistema oficial, o que veremos ainda é a hegemonia da biomedicina.

Ao destacar a autoatenção, Menéndez nos dá uma dica do melhor caminho para reconhecermos a pluralidade médica de nossa sociedade.

No plano do dia a dia dos serviços, implica em desenvolver uma capacidade de “ler nas entrelinhas” as falas e ações dos indivíduos e grupos sociais. Daí pergunto, será que conhecemos suficientemente as formas de organização sociocultural das pessoas que atendemos?

A atenção primária tem como base de organização um território. Esse território não é somente um espaço geográfico, mas um espaço de relações sociais, no qual os serviços de saúde e seus profissionais tem um peso relativo.

Procurando aproximar as ações de saúde das comunidades, frequentemente, as propostas de APS¹⁷ sugerem o envolvimento de pessoas provenientes e residentes das comunidades. Por essa razão, observa-se desde Alma-Ata em diversos países programas que criaram a figura do denominado promotor de saúde ou agentes comunitário de saúde ou trabalhador comunitário da saúde.

Mas será que a incorporação de um morador indígena nas equipes de saúde, por exemplo, garante a interculturalidade das ações de saúde nos serviços?

¹⁴ Modelos de atención de los padecimientos: exclusiones teóricas y articulaciones prácticas.
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a14v08n1.pdf>

¹⁵ BOURDIEU, P. 2010. **O poder simbólico**. Tradução de Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

¹⁶ Sugiro assistir ao vídeo “Pajé Sapaim”: <https://www.youtube.com/watch?v=nweYxWG72ew>

¹⁷ Verbete Atenção Primária
<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>

No Brasil, desde 1999, um morador indígena indicado pelas comunidades passou a ser contratado como membro das equipes de saúde indígena, são os agentes indígenas de saúde. Assim, se esse agente indígena de saúde compartilha o mesmo universo cultural e linguístico das pessoas, será que ele é capaz de potencializar a interculturalidade nos serviços de saúde? Esse é um tema de alguns pesquisadores no Brasil.

Minha vivência de campo tem mostrado que esses trabalhadores comunitários, se colocados nos serviços sem uma formação apropriada, tendem a reproduzir as lógicas hegemônicas, de caráter biomédico. Até mesmo porque as comunidades, inclusive as indígenas, demandam fortemente ações e recursos biomédicos.

Sugiro a leitura do livro “Community Health Workers in national programmes: just another pair of hands?”¹⁸, de Gilson Walt entre outros, publicado em 1990, que faz uma revisão de programas de trabalhadores comunitários de saúde em diversos países.

Novamente lembremos do conceito de campo de Bourdieu, se pensamos o campo da saúde, como representações de saúde em disputa, observaremos que na atualidade, a biomedicina é o saber hegemônico, que procura deslegitimar as demais formas de atenção.

Usando algumas categorias propostas por Bourdieu (2004)¹⁹ podemos observar no subsistema de saúde indígena a manutenção da biomedicina como forma de atenção hegemônica: a) na instância do diagnóstico ou seja, no reconhecimento das enfermidades; b) no discurso administrativo, dizendo o que deve ser feito, por meio de ordens ou prescrições da organização da atenção; c) e a partir de relatórios oficiais (tais como o formulário de “produção do agente”) que registra o que as pessoas fizeram. Nessas três instâncias os profissionais de saúde, indígenas ou não indígenas, são obrigados a utilizar categorias e formas de classificação biomédicas, não havendo a possibilidade de inclusão de outras formas.

Esther Jean Langdon²⁰, falando em outros termos sobre interculturalidade em saúde, sugere: “Fundamental na perspectiva antropológica é o deslocamento do olhar sobre o corpo das ciências médicas para o olhar sobre a construção social e relacional do corpo e para as diversas formas através das quais os sistemas terapêuticos são acionados para produzir saberes sobre processos de saúde/doença”. Com isso ela destaca três aspectos: 1) as práticas terapêuticas e especialistas de cura locais; 2) as dinâmicas envolvidas nas práticas de autoatenção; e 3) as relações entre biomedicina e práticas locais.

Se analisarmos essas dimensões no sistemas de saúde no Brasil, e no subsistema de saúde indígenas, veremos que a interculturalidade em saúde ainda é um grande desafio.

E é exatamente nesse ponto que quero introduzir a importância da formação técnica e sua potencialidade na interculturalidade em saúde.

Estamos fazendo uma análise crítica sobre o campo da saúde, e identificamos que as práticas e conhecimentos locais e tradicionais, se encontram em lugar periférico e desvalorizado.

Na dinâmica, rotina e fluxos dos serviços de saúde existe pouca flexibilidade para inclusão de diferentes práticas e conhecimentos de saúde.

Assim, a interculturalidade deve ser ativamente construída, e identifico que esse espaço pode ser na formação técnica.

Se acredito que interculturalidade tem relação com nossa capacidade de entender os discursos que compõe a fala e ação do outro, preciso ativamente me interessar e me apropriar do outro.

¹⁸ WALT, G.; GILSON, L.; HEGGENHOUGEN, K.; KNUDSEN, T.; OWUOR-OMONDI, L.; PERERA, M.; ROSS, D.; SALAZAR, L.; MALINS, S. 1990. **Community health workers in national programmes: just another pair of hands?** Philadelphia: Open University Press.

¹⁹ BOURDIEU, P. 2004. **Coisas ditas**. Tradução Cássia R. Da Silveira e Denise Moreno. São Paulo: Brasiliense.

²⁰ Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(4):1019-1029, 2014 <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01019.pdf>

PARTE II

Para falar desse último ponto, sobre a potencialidade da formação técnica para a interculturalidade, vou apresentar minha experiência de trabalho na formação técnica no contexto intercultural.

Nos últimos sete anos estive envolvida na formação profissional de 189 agentes indígenas de saúde²¹ contratados pelo subsistema de saúde indígena na região do Alto Rio Negro, noroeste da Amazônia brasileira, fronteira do Brasil com Colômbia e Venezuela.

Essa região, conta com um importante movimento indígena que organiza as associações em uma federação, a Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN)²². As lideranças da região tem ocupado espaços de representação nas instâncias controle social e gestão da saúde e da educação.

A partir de uma avaliação crítica da situação dos Agentes Indígenas de Saúde, principalmente de sua desvalorização e perda de autonomia nas equipes de saúde, as lideranças indígenas demandaram dos gestores locais a elevação da escolaridade e profissionalização em saúde dos AIS.

Nesse sentido, observa-se que a busca de autonomia é um ponto fundamental para os indígenas.

Também se percebia que o trabalho dos agentes estava voltado para ações curativas e que era pouco efetivo, e ficava cada vez mais desvalorizado nas comunidades.

Esse interesse e compromisso das lideranças indígenas com a profissionalização dos AIS foram os responsáveis pelo início da formulação da proposta e pela articulação política para garantir a finalização da mesma. Sem o protagonismo e apoio do movimento indígena, não teríamos concluído o processo, pois os gestores foram progressivamente retraindo seu apoio.

Durante o desenvolvimento do plano de curso, foi fundamental contar com a participação de profissionais de saúde que conheciam o contexto epidemiológico, antropólogos que atuavam na região, lideranças e professores indígenas que pontuavam sobre aspectos da organização do curso e planejamento das aulas.

Constantemente a equipe de coordenação do curso se reportava e negociava com as lideranças indígenas a continuidade das atividades. Consideramos que eles eram nossos principais demandantes.

É importante destacar que no início das aulas tivemos críticas das lideranças das comunidades pois consideravam que os alunos estavam estudando coisas que eles já sabiam. Iniciamos o curso com o mapeamento dos territórios e levantamento das condições de vida local, incluindo aí as dimensões históricas e culturais de cada comunidade e região.

Diante disso, reorganizamos os conteúdos para aproximar o processo de conhecer o território das intervenções em saúde.

Se a organização da rotina de trabalho dos AIS e as demandas das comunidades eram focadas no acesso a serviços biomédicos, buscamos construir no curso que o foco do trabalho do agente são os determinantes sociais da saúde e a vigilância em saúde, nos quais a compreensão dos modos de vida, história, meio ambiente, cultura e tudo mais que envolve o território são fundamentais para organizar ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e assistência.

Uma das estratégias usadas no curso foi o incentivo a pesquisa de informações junto as lideranças e conhecedores locais, como parte do conjunto de conhecimentos que os agentes precisam saber, inclusive para repassar para os profissionais de saúde não indígenas.

²¹ Formação Técnica de Agente Comunitário Indígena de saúde: uma experiência em construção no Rio Negro. <http://www.scielo.br/pdf/tes/v7n2/10.pdf>

²² Sugiro assistir ao filme: "Nós, Indígenas do Rio Negro"

(1) <https://www.youtube.com/watch?v=IXAVhYBhcus&list=PLefMZjHoKg8UXI0mGvBCK-uoCC0FD04j9>

(2) <https://www.youtube.com/watch?v=wi3Ryzw2qC8&index=2&list=PLefMZjHoKg8UXI0mGvBCK-uoCC0FD04j9>

(3) <https://www.youtube.com/watch?v=1j8GCsHiyes&list=PLefMZjHoKg8UXI0mGvBCK-uoCC0FD04j9&index=3>

(4) <https://www.youtube.com/watch?v=tMa4obpikb&index=4&list=PLefMZjHoKg8UXI0mGvBCK-uoCC0FD04j9>

Não tínhamos a pretensão de ensinar os conhecimentos tradicionais, mas buscamos fazer com que ele fosse revalorizado, como uma forma de saber igualmente válido ao biomédico, e relativizamos o conhecimento e categorias biomédicas.

Os AIS nessa região, em sua maioria, não são especialistas tradicionais, mas a todos momentos estimulamos a identificar esses especialistas e as práticas de cuidado tradicionais que são cotidianamente utilizadas pelas famílias, como parte do conjunto de conhecimentos e práticas dos diversos programas de saúde. A ideia de complementariedade permeou essa ligação.

Propusemos juntos aos profissionais de saúde e gestores do subsistema local a reorganização das atividades da equipe a partir do trabalho do agente. Para isso elaboramos uma série de responsabilidades para estes nos diferentes programas (saúde da criança, saúde da mulher, controle de TB e malária, Hipertensão entre outros), que incluíam ações no âmbito familiar e comunitária, tanto de promoção e prevenção quanto de assistência. Trabalhamos com perspectiva de construir uma maior autonomia no trabalho do AIS.

O maior conhecimento sobre as políticas e programas de saúde também foi colocado como ferramenta de controle social das comunidades, e também tentamos organizar sistemas locais de informação para maior controle das lideranças sobre a situação local de saúde.

Como um processo formal de educação técnica, não posso dizer que inovamos nas estratégias pedagógicas. Acredito que as experiências de escolas indígenas é que nos trarão essas inovações.

Os alunos se reuniam periodicamente em salas de aula para períodos de 20 a 45 dias. Os usos de textos e apresentação expositiva foi usado, assim como estratégias mais dinâmicas como trabalho de grupo e dramatização. Os alunos foram avaliados a partir de atividades individuais, como registro no caderno, e em atividades coletivas.

Considero que o produto desse processo irá depender muito de como se estabelecerá o trabalho das equipes de saúde com os AIS, assim como da atuação individual de cada um. O contexto local tem muitos aspectos desfavoráveis: como o rodízio dos profissionais de nível superior, falta de insumos e materiais de trabalho, falta de supervisão e apoio para os agentes, e ainda a pouca clareza de profissionais e gestores sobre o papel dos técnicos formados. Mas considero que os Agentes formados se sentiram valorizados e com maior capacidade de construir seu trabalho nas comunidades. Ao final do curso, sua capacidade de discutir as ações de saúde de acordo com os interesses e contextos das comunidades foi muito nítida.

Sinteticamente, gostaria de destacar algumas estratégias que considero que foram importantes:

- Inclusão de lideranças indígenas e conhecedores locais;
- Presença constante de professores que já conheciam a região e as etnias dos estudantes, e também de antropólogos;
- Momentos de tradução e discussões nas próprias línguas;
- Estímulo a produção da escrita e registro das atividades;
- Realização de atividades de campo e organização dos conteúdos a partir da organização do processo de trabalho;
- Organização de atividades para as comunidades dando um retorno do aprendizado do curso;
- Permanência de uma equipe docente que criou um vínculo com os AIS e pôde construir um espaço de diálogo na sala de aula;

Como Dificuldades destacaria:

- Falta de professores com disponibilidade de lecionar nas comunidades;
- rodízio de professores;
- resistência de alguns professores para adequar as aulas ao contexto local, a mudar seus exemplos, selecionar conteúdos e conceitos, improvisar metodologias, modificar os tempos e linguagem em sala de aula;
- falta de material didático apropriado;
- problemas para realizar supervisão das atividades dos AIS nas comunidades;
- pouco envolvimento dos profissionais de saúde e gestores do serviço;

Para fechar a temática indígena, gostaria de alertar para a importância da defesa de seus territórios, pois seus modos de vida e sua autonomia dependem dos mesmos. Inclusive a potencialidade de processos formativos dependem da manutenção dessa autonomia territorial.

Já para fins de conclusões sobre relações interculturais, quero chamar a atenção para algumas armadilhas de contextos que nos parecem similares. Apesar da língua ser a mesma e de compartilharmos histórias em comum, nunca devemos nos esquecer das especificidades de cada região. Por vezes, tendemos a minimizar o que é diferente para facilitar os processos, mas os tempos não devem ser apressados.

Por outro lado, por vezes realidades distantes, podem contribuir com estratégias para nossa realidade, ou nos fazem refletir de forma diferente sobre o que nos parece tão familiar e cotidiano.

Considero que a interculturalidade tem que ser um espaço de diálogo de múltiplas vias, e nos quais os processos de transformação (dos indivíduos, modos de vida, conhecimentos e práticas) são bem vindos. A cultura está em constante processo de mudança, e a interculturalidade faz parte desse movimento.

Bem, o meu desafio nessa fala era articular formação técnica e interculturalidade em saúde. Irei indicar textos e vídeos complementares que ficaram disponíveis na página do evento, assim como uma versão melhorada desse texto.

E espero que as lacunas sejam apontadas por vocês para podermos dialogar no Fórum de Debates.

Agradeço novamente a oportunidade, e vou ficar muito feliz com o retorno e comentários de vocês no Fórum de debates.

Leituras Complementares:

Dr. Gerardo Fernández Juárez (Coordenador). SALUD E INTERCULTURALIDAD EN AMÉRICA LATINA: Antropología de la salud y crítica intercultural. Quito-Ecuador: Ediciones Abya-Yala. Disponível em: https://www.uni-giessen.de/cms/fbz/fb11/institute/histor/mitarbeiter/downloads/mk/KnipperM_2006_MedInterc

PONTES, Ana Lucia de Moura; BORNSTEIN, Vera Joana and GIUGLIANI, Camila. **O agente comunitário de saúde em angola: desafios para sua atuação e para a formação profissional em saúde.** *Trab. educ. saúde (Online)* [online]. 2011, vol.9, n.3, pp. 521-553. ISSN 1981-7746. <http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n3/v9n3a10.pdf>

http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/la_formacion_y_el_trabajo_del_agente_indigena_de_salud_en_el_subsistema_de_salud_indigena_en_brasil.pdf

Saúde Indígena: Uma introdução ao tema

http://www.trilhasdeconhecimentos.etc.br/livros/arquivos/CoIET15_Vias05WEB.pdf