

La formación y el trabajo del agente indígena de salud en el Subsistema de Salud Indígena en Brasil

Ana Lucia de Moura-Pontes, MC, MSP,⁽¹⁾ Luiza Garnelo, MC, D Antrop.⁽²⁾

de Moura-Pontes AL, Garnelo L.
La formación y el trabajo del agente indígena de salud en el Subsistema de Salud Indígena en Brasil.
Salud Publica Mex 2014;56:386-392.

de Moura-Pontes AL, Garnelo L.
Professional education and work of indigenous health agents in the Brazilian health system.
Salud Publica Mex 2014;56:386-392.

Resumen

Objetivo. Reflexionar sobre la figura del agente indígena de salud en Brasil y sobre el papel que éste ejerce en el modelo de atención diferenciada o intercultural. **Material y métodos.** Se revisó la bibliografía de investigaciones existentes en el área del trabajo y la formación de los agentes indígenas de salud, del subsistema de salud indígena en Brasil. **Resultados.** Existe subordinación del agente al modelo médico hegemónico. Los agentes carecen de procesos formativos iniciales, los cursos ocurren con irregularidad y los contenidos se enfocan en la biomedicina. Hay conflictos con el equipo y con la comunidad, lo que genera su desvalorización. El agente no ejerce la función de mediación que se espera entre saberes y prácticas. **Conclusiones.** La discusión sobre la atención diferenciada debe partir de la relación entre el sector salud y la autoatención.

Palabras clave: atención primaria de salud; agentes comunitarios de salud; salud de poblaciones indígenas; diversidad cultural; políticas, planificación y administración en salud; Brasil

Abstract

Objective. To discuss the role of indigenous health agents in the implementation of the model of differentiated attention or intercultural health in Brazil. **Materials and methods.** We revised the scientific literature about the work and professional education of indigenous health agents in the Brazilian indigenous health system. **Results.** There is a subordination of the agents to the hegemonic medical model. With regards to professional education, we observe the absence and irregularity of these processes, with a general emphasis the biomedicine. There are conflicts with the health team and community, with devaluation of the agents. The agent does not plays the role of mediator between the different health knowledge and practices. **Conclusions.** We suggest that the discussion of the model of differentiated attention should strengthen the relationship between the health system and the selfcare.

Key words: primary health care; community health workers; health of Indigenous peoples; cultural diversity; health policy, planning and management; Brazil

En 2010, la población indígena brasileña fue estimada en 896 900 personas (0.4% de la población mundial total), distribuidas en 305 etnias hablantes de 274 lenguas y alrededor de 82 grupos aislados.¹ Esta población presenta tasas de mortalidad de tres a cuatro veces mayores que las de la población brasileña no indígena, con alto número de muertes sin registro o con causa indefinida.²

Hasta 1999, la atención a la salud de los pueblos indígenas ocurría de manera esporádica.² Durante los años ochenta, universidades y organizaciones no gubernamentales realizaron proyectos de formación y entrenamiento de indígenas para desarrollar acciones de salud en las comunidades. De aquellas experiencias surgió la figura del agente indígena de salud,³ un miembro elegido por

(1) Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz. Brasil.

(2) Instituto de Investigaciones Leonidas y Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz. Brasil.

Fecha de recibido: 24 de febrero de 2013 • Fecha de aceptado: 2 de mayo de 2014

Autor de correspondencia: Mtra. Ana Lucia de Moura Pontes. Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz. Rua Gago Coutinho 31/901. 22221070 Laranjeiras, Río de Janeiro, Brasil.
Correo electrónico: analupontes@fiocruz.br

la comunidad. En este periodo, las luchas etnopolíticas de los indígenas por sus derechos impulsaron avances en la organización de la atención a la salud.

En 1999, la Ley Arouca (Ley núm. 9836/99) instituyó el Subsistema de Salud Indígena, y en 2002 la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas (PNASPI)² garantizó el acceso universal e integral a los servicios de salud y la implementación de 34 Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEI) (figura 1).

El DSEI debe ofrecer servicios de atención primaria articulados con los otros servicios del sistema nacional de salud, con el fin de garantizar la asistencia de media y alta complejidad. La estructura del DSEI (figura 2) involucra la actuación de los agentes indígenas de salud (AIS) en las comunidades; los puestos de referencia (polos base), con equipos multidisciplinarios (Emsi) compuestos por médicos, enfermeros y técnicos de enfermería, y la Casa de Salud del Indio (Casai), que apoya las actividades de referencia para la asistencia fuera de las comunidades. Los AIS fueron contratados formalmente y, en 2005, ya eran 4 751.⁴

El Subsistema de Salud Indígena tiene como directriz el ser adecuado a las condiciones y especificidades de los pueblos indígenas y, para esto, se utiliza en Brasil la denominación de modelo de atención diferenciada en salud,² que es la dimensión intercultural del sistema.⁵ Sin embargo, no hay en los documentos oficiales una definición acerca de la atención diferenciada; la PNASPI solamente apunta algunas estrategias como la preparación adecuada de los recursos humanos para el trabajo en el contexto intercultural, la articulación con los sistemas tradicionales de salud y la participación social indígena en la gestión del sistema.²

Según la política nacional, las atribuciones de los AIS son acompañamiento del crecimiento y desarrollo de los niños y niñas, de las mujeres embarazadas, de los enfermos crónicos, de la vacunación, de los tratamientos de larga duración, así como atención de los casos de enfermedades frecuentes, primeros auxilios, promoción de la salud y prevención de las enfermedades más frecuentes.⁶ Sin embargo, no existe un esclarecimiento sobre cuáles son las acciones específicas que los AIS deben desarrollar. Según las directrices nacionales, la formación de los

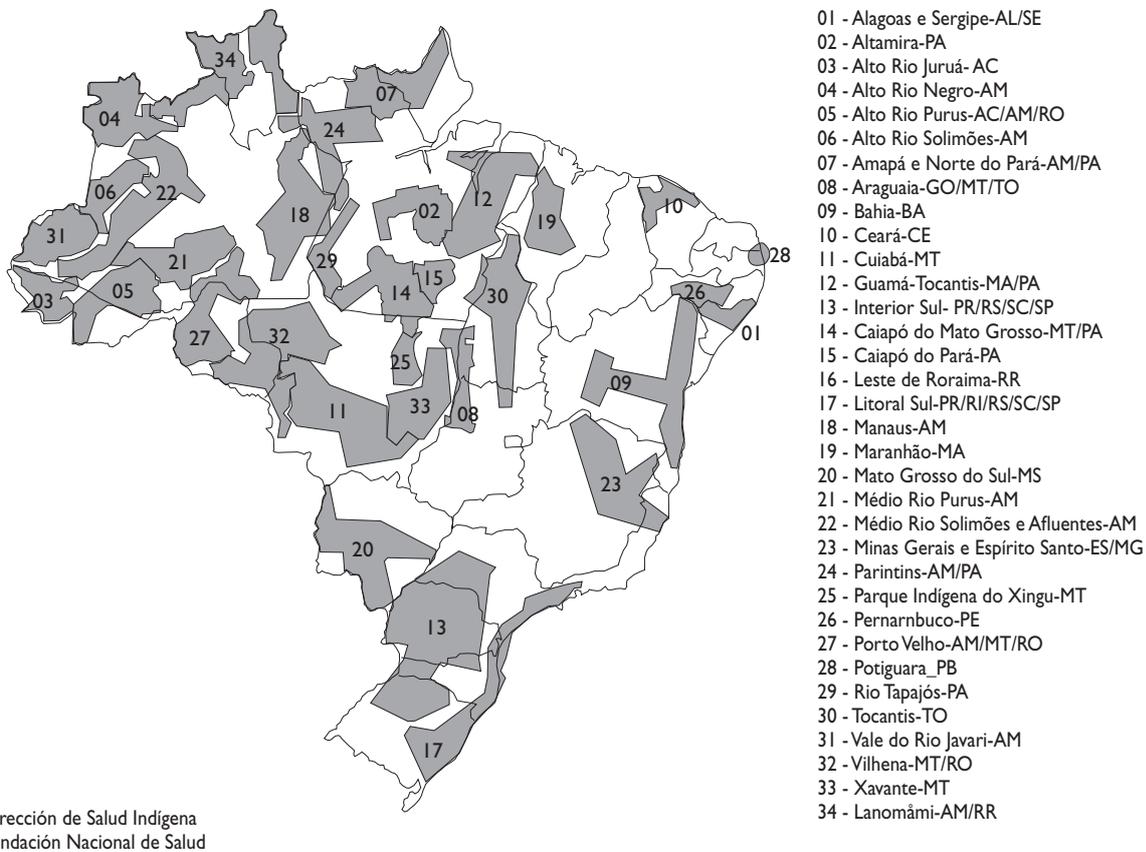


FIGURA 1. MAPA CON LA DISTRIBUCIÓN DE LOS DISTRITOS SANITARIOS ESPECIALES INDÍGENAS. BRASIL, DESAI,* FUNASA‡ 2012

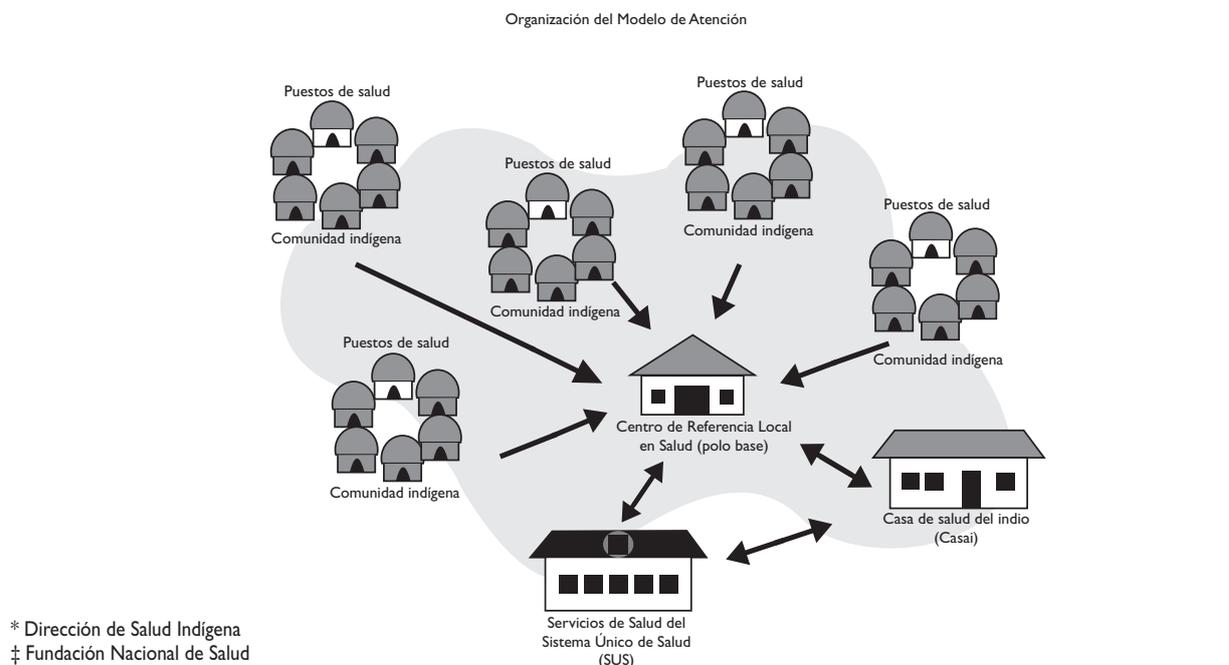


FIGURA 2. LA ESTRUCTURA DE ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LOS DISTRITOS SANITARIOS ESPECIALES INDÍGENAS. BRASIL, DESAI,* FUNASA‡ 2012

agentes es una estrategia para favorecer la apropiación de los conocimientos y recursos técnicos de la medicina occidental.² Al respecto, se elaboró una propuesta nacional que no fue completamente ejecutada.

En este texto, a partir de un levantamiento de la literatura científica, se tienen como objetivos: a) describir y analizar cómo está la situación del trabajo y formación del AIS en el cotidiano, y b) reflexionar sobre el modelo de atención diferenciada y sobre el papel que ejerce el agente indígena de salud en este modelo.

Este estudio puede contribuir con la reflexión en otros contextos, pues los agentes indígenas de salud son un tipo de trabajadores comunitarios de salud a los que también se les conoce como promotores de salud en Latinoamérica. Los trabajadores comunitarios de salud fueron internacionalmente impulsados a partir de la Conferencia de Alma-Ata, en 1978, en una búsqueda por ampliar el acceso a las acciones de salud e involucrar a las personas de las comunidades en los programas de atención primaria de salud.⁷

La construcción de un sistema de salud adecuado a la población indígena es un desafío en muchos países de Latinoamérica, sin embargo, existen pocas investigaciones acerca de las experiencias con trabajadores comunitarios de salud en dichos contextos.

Material y métodos

Marco teórico

Este análisis busca reflexionar sobre el contexto del pluralismo médico y las relaciones interculturales que existen en la sociedad brasileña. Los modelos, según Menéndez,⁸⁻¹⁰ establecen relaciones de subordinación y hegemonía y sus análisis muestran que el modelo médico hegemónico (MMH), o biomedicina, logra la exclusión ideológica y jurídica de los modelos alternativos. En su clasificación de los modelos, el autor reconoce, además del MMH, otros dos modelos; el modelo médico alternativo subordinado (MMAS), que involucra otras prácticas médicas organizadas, y el modelo médico basado en la autoatención (MMA).¹⁰

La autoatención es el primer nivel real de la atención y está en la base de los otros modelos. Se define como "las representaciones y prácticas que la población utiliza en nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales".⁸

Menéndez subraya que, si se analizan las prácticas de salud desde la perspectiva de los curadores, sólo reconoceremos algunos de los modos de atención, pero si el eje son los sujetos o grupos sociales, se verá cómo ellos usan las diferentes formas de atención, cómo las sintetizan, las articulan, las mezclan o las yuxtaponen.⁸ Sin embargo, el autor también apunta que la biomedicina es la forma de atención con mayor expansión.⁸⁻¹⁰ El propio sector salud –especialmente los programas de atención primaria– fue el principal responsable de enseñar a los curadores locales y a los trabajadores comunitarios de salud a utilizar elementos biomédicos.

Este marco teórico proveniente de la antropología médica es el eje de este trabajo para discutir las relaciones interculturales en salud. La interculturalidad se refiere a la interacción entre distintas culturas y al reconocimiento del “otro”.¹¹ En el área de la salud, Menéndez señala las relaciones de hegemonía y subordinación entre las distintas culturas médicas. Si la interculturalidad en salud y la directriz de la atención diferenciada se refieren al “derecho de los pueblos indígenas a recibir una atención médica acorde con sus patrones culturales”,¹¹ estos apuntes son importantes en el contexto de asimetrías entre indígenas y sociedad nacional.

Obtención de los datos

Como base de datos privilegiada, se eligió la biblioteca virtual Scielo (www.scielo.br). Se realizó una búsqueda con el uso de los términos *indígena AND salud*, y con los términos *indígena AND educación OR recursos humanos OR formación* en todos los campos.

Como el número de artículos identificados fue pequeño, se utilizaron dos estrategias de complementación: por un lado, se amplió el criterio de inclusión de los artículos y, a partir de su lectura, se identificaron también las referencias a otros libros, capítulos de libros y artículos; por otro lado, se realizó la búsqueda en el banco de datos de tesis, en el portal de la “Co-ordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nivel Superior” (Capes). A partir de esta segunda búsqueda se identificaron nueve tesis, de las cuales sólo fue posible acceder a seis.¹²⁻¹⁸ Ese levantamiento de artículos demostró la pequeña producción científica sobre el tema en estudio. La lectura de los textos permitió la organización de los datos en cuatro grupos, a partir del DSEI de estudio.

Resultados

DSEI Interior Sur

La población indígena del DSEI Interior Sur está estimada en 30 000 personas pertenecientes a las etnias Kaingang, Guarani, Xokleng, Krenak y Terena.¹⁹ Langdon y colaboradores caracterizan a los agentes como mediadores entre los saberes y las prácticas tradicionales de salud, y las biomédicas.³ Los estudios revelaron una alta rotación de los profesionales de los equipos en la región, incluso de los agentes.^{3,19,18}

Los autores apuntan cuatro funciones para los agentes:^{3,19} a) visitas domiciliarias; b) educación y orientación sobre cuidados de salud y los servicios; c) completar formularios del sistema de información en salud, y d) actividades de control social. Sin embargo, los agentes señalan dificultades en la comprensión y ejecución de esas actividades;¹⁹ incluso no pasaron por ningún proceso formativo al inicio de sus actividades y solicitan información sobre temas específicos de biomedicina.³

Dias-Scopel observó en el puesto de salud que las actividades de los agentes se confundían con las de un recepcionista o las del propio auxiliar de enfermería.¹⁸ Sobre las visitas domiciliarias, los autores mencionan que éstas son solamente para las familias con personas enfermas y que los principales temas discutidos son el uso de medicamentos y la marcación de consultas.^{3,18,19}

Los investigadores también apuntan que, para los miembros del equipo, el AIS debe anotar y comunicar las necesidades de consultas y los riesgos para la salud, acompañar la administración de medicamentos y transmitir informaciones;³ sin embargo, para la comunidad, el AIS debería ejecutar cuidados técnicos como medir la presión arterial, prescribir medicamentos y aplicar inyecciones. Dias-Scopel concluye que las actividades de los agentes son organizadas según la lógica biomédica, con fuerte jerarquización profesional.¹⁸ Asimismo, los profesionales de salud del subsistema de salud indígena tienen poca claridad sobre el concepto de atención diferenciada.^{3,19}

DSEI Parque Indígena del Xingu

El Xingu tiene una población de alrededor de 4 362 personas pertenecientes a 17 etnias.²⁰ Mendonça relata que los primeros agentes de salud eran jóvenes que

ayudaban a los profesionales de salud.¹⁶ En 1983, la Escuela Paulista de Medicina (Unifesp/EPM) desarrolló el primer entrenamiento de algunos indígenas para el trabajo en laboratorio de malaria y tuberculosis.

Después de la implementación del DSEI, los agentes exigieron una formación profesional.¹⁶ De esta forma ocurrió, entre 1997 y 2001, la ejecución del I Curso de Auxiliares Indígenas de Enfermería, realizado a la par de la elevación de la escolaridad al nivel fundamental.¹⁵ Al final de este curso, se consideró que el agente tendría un perfil más cercano al área de la promoción de la salud.¹⁶

En relación con el modelo de atención diferenciada, por un lado Mendonça observó la complementariedad de los abordajes de la medicina tradicional y de la biomedicina.¹⁶ Por otro lado, Novo relata que los profesionales de salud no indígenas no reconocen los diferentes modos de vida, las prácticas de autoatención ni la medicina tradicional de los pueblos indígenas, lo que imposibilitaría la complementariedad;¹⁷ que los agentes encuentran muchas dificultades en la ejecución de sus actividades, que no realizan las visitas domiciliarias con regularidad y que refieren incompreensión de tales actividades.¹⁷ La autora refiere que la ausencia de calificación profesional genera una desvalorización y subordinación de los AIS en los equipos.¹⁷

A partir de 2006, se desarrolló una nueva formación de los AIS, según orientaciones de la propuesta nacional, en la cual Novo identifica que los contenidos enfatizan los conocimientos y procedimientos biomédicos, que la concepción de la función pedagógica de los agentes es entendida como la transmisión de los conocimientos biomédicos y que los profesionales no indígenas responsables del curso ignoran las concepciones y prácticas nativas.¹⁷

DSEI Alto Solimões

El DSEI Alto Solimões tiene una población de 28 562 indígenas, de los cuales 26 000 son de la etnia Tikuna.²¹ Según Erthal, en esta región, al principio, el papel de los agentes de salud era de ejecutores de los procedimientos biomédicos. Los primeros entrenamientos buscaron capacitarlos para el diagnóstico y el tratamiento de los padecimientos más frecuentes y para canalizar las situaciones más graves.²²

Después de la década de los noventa, la organización de los AIS Tikuna solicitó una articulación con los líderes de las comunidades, el reconocimiento de las medicinas tradicionales y la protección de los conocimientos indígenas; no obstante, la autora señala que se mantuvo una separación entre las prácticas tradicionales y los servicios de salud.²²

Erthal identifica el trabajo del AIS como un canal de comunicación entre la población y los servicios, pero la actuación de éste todavía es más una forma de promover la aceptación de los servicios médicos por las comunidades. La autora también relata que la formación desarrollada de los agentes sobrevalora los recursos y los conocimientos biomédicos.²²

Bruno analizó la formación de los agentes desarrollada a partir de 2001 y señaló una ausencia de conocimiento por parte de los profesionales (instructores de la historia de la región y de la cultura Tikuna). El autor cuestiona que esta propuesta adopta las concepciones de salud de la biomedicina, ignorando las representaciones indígenas.¹³

DSEI Alto Rio Negro

El DSEI Alto Rio Negro tiene 35 000 indígenas, pertenecientes a 17 etnias.²³ En la década de los ochenta ocurrió la primera propuesta de formación para los AIS en esta región²⁴ pero no fue ejecutada en su totalidad. Después, el proyecto RASI (Red Autónoma de Salud Indígena) de la Universidad Federal del Amazonas realizó la capacitación de los agentes de la etnia Baniwa, con la participación de los conocedores locales.^{25,26}

Garnelo y Wright señalan que el trabajo y la formación del AIS Baniwas se conforman según las concepciones del mundo y las normas sociales del grupo. Por otro lado, lo autores identifican la expectativa de las personas de las comunidades de que los agentes dominen los saberes y recursos de la biomedicina como forma de apropiación del "poder de los blancos".²⁷

Sobre la actuación de los agentes, Rocha refiere que los enfermeros desean que ellos ejerzan un papel de facilitación del entendimiento y aceptación de las acciones técnicas priorizadas por el equipo. Su observación de campo mostró que los agentes se limitaban a la traducción, entrega de medicamento y servicios generales (limpieza y manutención de los espacios, traducción, alimentación y transporte).¹²

En relación con la formación de los agentes, se encontró que se dictaron diversos cursos de corta duración centrados en temas del saber biomédico, con falta de supervisión y sin certificación profesional.¹²

En 2007, los líderes de la Federación de las Organizaciones Indígenas del Rio Negro y del Consejo Distrital de Salud del DSEI Alto Rio Negro solicitaron a la Fundación Oswaldo Cruz, en Manaus, apoyo para elevar la escolaridad y profesionalización de los AIS. Esa solicitud generó la propuesta e implementación del Curso Técnico de Agentes Comunitarios Indígenas de Salud, que aún está en ejecución.²⁸

Discusión

Existe una diversidad en las características y en los procesos de los diversos DSEI en el país. Sin embargo, en los cuatro contextos del trabajo del AIS estuvieron presentes la incompreensión y el no desarrollo de las actividades esperadas; el énfasis en tareas generales como limpieza, traducción o administración, y la no inclusión en actividades de salud.^{3,12,17-19} La poca claridad sobre las atribuciones de los agentes genera conflictos con el equipo (Emsi) y con la comunidad, y desvaloriza el trabajo de los AIS.

Se encontró que los agentes no ejercen y no reconocen como suya la función de mediación de los saberes y las prácticas biomédicos (o los servicios) con los saberes y las prácticas populares (o entre las comunidades y la medicina tradicional). Los datos indican que los agentes ejecutan un trabajo de facilitación de la implementación de la atención biomédica, aunque de forma poco calificada, poco efectiva y subordinada. Por otro lado, las comunidades desean que los agentes conozcan y desarrollen acciones de tipo curativo. Estos datos tienen una relación directa con la situación formativa de los agentes pues se derivan de la ausencia de procesos formativos iniciales y de la irregularidad de los cursos, los cuales, cuando ocurren, hacen énfasis en los contenidos biomédicos.^{13,17,19}

La situación de los AIS parece un reflejo del proceso de hegemonía de la biomedicina (MMH). Sin embargo, es oportuno apuntar que los sujetos y grupos desarrollan transacciones con las formas de atención, de manera que manejan la biomedicina según criterios propios.^{8,27} Los procesos formativos de los profesionales de salud en Brasil refuerzan esta tendencia pues están basados en la "biologización" del proceso salud-enfermedad-atención.⁸ Así, el desconocimiento de los profesionales de salud de la cultura y del contexto indígena conlleva la descalificación, prejuicio y estigmatización de los especialistas locales y de las estrategias de autoatención (MMA). Esta realidad dificulta la implementación de un modelo de atención intercultural.

La biomedicina parece ser la forma de atención con mayor expansión en la salud indígena brasileña. El sector gubernamental ha logrado acceder a la mayoría de las poblaciones indígenas con acciones de salud de la medicina científica, principalmente la vacunación y el uso de medicamentos, pero no ha avanzado en una propuesta de salud intercultural.

Se considera que situaciones semejantes ocurren en otros países de Latinoamérica; sin embargo, diversos autores han investigado la diversidad de enfermedades y tratamientos que coexisten en otras naciones con gran diversidad étnica. En Bolivia, por ejemplo, se construyó un sistema de salud intercultural; no obstante, Ramírez-

Hita apunta una homogeneización de la interculturalidad y la todavía vigente necesidad de ampliar el diálogo con toda la sociedad civil.²⁹

Los resultados de las investigaciones sobre el trabajo y la formación del AIS en Brasil señalan la importancia del análisis de las relaciones de hegemonía y subordinación entre los modelos de atención. Se observó la desvalorización del trabajo del AIS y su rol subalterno en las relaciones jerárquicas en los equipos. En los análisis del proceso formativo se encontró que las prácticas y conocimientos biomédicos prevalecen, mientras que los conocimientos y prácticas indígenas se desvalorizan.^{13,17} Walt y colaboradores describen situaciones semejantes en otras experiencias con trabajadores comunitarios en salud en diversos países.⁷

Para la discusión sobre el sistema de salud indígena desde la perspectiva de la atención diferenciada o interculturalidad, es preciso considerar que para los sujetos y grupos sociales prevalece la tendencia de integrar las diferentes formas de atención.⁸ Así, hay que reconocer en la organización de la atención en los distritos todas las estrategias que busquen prevenir, tratar, controlar, aliviar o curar una enfermedad y los procesos de yuxtaposición y articulación de las formas de atención,⁸ lo que no se observa en los resultados de los estudios analizados.

Es aconsejable un cambio de punto de vista en la discusión de atención diferenciada. Al respecto, se observó que la mayoría de los estudios analizan y enfatizan la actuación de los profesionales de salud y del AIS en la atención diferenciada; sin embargo, de acuerdo con Menéndez,⁸ también ha de considerarse el punto de vista de los sujetos. De esta forma tenemos que reflexionar sobre la autoatención como proceso estructural y sobre cómo los servicios de salud y los agentes pueden relacionarse con ella.^{8,9,30}

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Comunicação Social 10 de agosto de 2012 [documento en internet]. Brasília: IBGE, 2012 [consultado el 27 de julio 2012]. Disponible en: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2194&id_pagina=1
2. Fundação Nacional de Saúde. Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas. Brasília: Funasa, 2002.
3. Langdon EJ, Diehl EE, Wiik FB, Dias-Scopel RPA participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. *Cad Saude Publica* 2006;22(12):2637-2646.
4. Fundação Nacional de Saúde. A formação de agentes indígenas de saúde no âmbito da política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas. Brasil 1999-2005. Brasília: Funasa, 2005.
5. Langdon EJ. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. En: Langdon EJ,

- Garnelo L, comp. Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Associação Brasileira de Antropologia, 2004:33-51.
6. Pontes AL, Stauffer A, Garnelo L. Profissionalização indígena no campo da saúde desafios para a formação técnica de agentes indígenas de saúde. En: Garnelo L, Pontes AL, comp. Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC/SECADI, 2012:264-288.
 7. Walt G, Gilson L, Heggenhougen K, Knudsen T, Owuor-Omond L, Pereira M, et al. Community health workers in national programs: just another pair of hands? Philadelphia: Open University Press, 1990.
 8. Menéndez E. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social* 2005;14:33-69.
 9. Menéndez E. Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas. En: Menéndez E. De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2009:25-72.
 10. Menéndez E. Modelo médico hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención, caracteres estructurales. En: *Hacia una práctica médica alternativa: hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México: Cuadernos de la Casa Chata 86, 1983:1-20.
 11. Salaverry O. Interculturalidad en Salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2010;27(1):80-93.
 12. Rocha E. Uma etnografia das práticas sanitárias no distrito sanitário especial indígena do Rio Negro noroeste do Amazonas [tesis]. Manaus: Universidade Federal do Amazonas, 2007.
 13. Bruno P. Saberes na saúde indígena: estudo sobre processos políticos e pedagógicos relativos à formação de agentes de saúde tikuna no Alto Solimões (AM), Brasil [tesis]. Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz, 2008.
 14. Oliveira L. Formação e inserção institucional de agente indígenas de saúde no sistema único de saúde: um estudo de possibilidades [tesis]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2002.
 15. Oliveira L. O agente indígena de saúde no Parque Indígena do Xingu: perspectivas de formação e trabalho. En: Baruzzi RG, Junqueira C, comp. Parque Indígena do Xingu: Saúde, Cultura e História. São Paulo: Terra Virgem/UNIFESP, 2005:247-258.
 16. Mendonça S. O agente indígena de saúde no Parque Indígena do Xingu: Reflexões. En: Baruzzi RG, Junqueira C, comp. Parque Indígena do Xingu: Saúde, Cultura e História. São Paulo: Terra Virgem/UNIFESP, 2005:227-244.
 17. Novo MP. Saúde e Interculturalidade: a participação dos agentes indígenas de saúde/AISs do Alto Xingu. *Rev Antropol Soc Alunos PPGAS-UFSCAR* 2009;1(1):122-147.
 18. Dias-Scopel RP. O agente indígena de saúde Xokleng: por um mediador entre a comunidade indígena e o serviço de atenção diferenciada à saúde – uma abordagem da antropologia da saúde (tesis). Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.
 19. Langdon EJ, Diehl EE. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. *Saude Soc* 2007;16(2):19-36.
 20. Baruzzi R. Do Araguaia ao Xingu. En: Baruzzi R, Junqueira C, comp. Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história. São Paulo: Terra Virgem/UNIFESP, 2005:59-114.
 21. Erthal R. O suicídio Tikúna no Alto Solimões: uma expressão de conflitos. *Cad Saude Publica* 2001;17(2):299-311.
 22. Erthal R. A formação do agente de saúde indígena Tikúna no Alto Solimões: uma avaliação crítica. En: Coimbra Jr C, Santos RV, Escobar AL. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003:197-216.
 23. Garnelo L. Mito, história e representação social de doença sexualmente transmissível entre os Baniwa - Noroeste Amazônico. En: Nascimento DR, Carvalho DM, Marques RC, comp. *Uma História Brasileira das Doenças*. Rio de Janeiro: Mauad, 2006:24-36.
 24. Figueroa AL, Mainburg EM. Formação de indígenas como agentes comunitários de saúde no Alto Rio Negro. En: Estrella E, Crespo A, comp. *Salud y población indígena de la amazonia*. Quito: Editora TCA/Museo Nacional de medicina del Ecuador, 1993:243-260.
 25. Garnelo L. Projeto Rede Autônoma de Saúde Indígena: uma experiência de educação e comunicação em saúde indígena. En: Vasconcelos EM, comp. *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001:237-260.
 26. Garnelo L, Sampaio S, Lynn G, Baniwa AF. Medicina tradicional Baniwa: uma experiência de intervenção social em busca de uma teoria. En: Langdon EJ, Garnelo L, comp. *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Associação Brasileira de Antropologia, 2004:171-194.
 27. Garnelo L, Wright R. Doença, cura e serviços de saúde: representações, práticas e demandas Baniwa. *Cad Saude Publica* 2001;17(2):273-284.
 28. Garnelo L, Rocha E, Peiter P, Sampaio S, Santos E, Pontes AL, Stauffer A. Formação técnica de agente comunitário indígena de saúde: uma experiência em construção no Rio Negro. *Trab Educ Saude* 2009;7(2):373-385.
 29. Ramírez-Hita SR. La interculturalidad sin todos sus agentes sociales: el problema de la salud intercultural en Bolivia. En: Juárez GF, comp. *Salud e interculturalidad en América Latina: antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: Ediciones Abya-Yala, 2006:405-412.
 30. Langdon EJ. A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica. En: Baruzzi RG, Junqueira C, comp. *Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e histórica*. San Pablo: Terra Virgem/Unifesp, 2005:115-134.