

Capítulo 10

Profissionalização indígena  
no campo da saúde:  
desafios para a formação  
técnica de Agentes  
Indígenas de Saúde

**Ana Lúcia Pontes**

**Anakeila Stauffer**

**Luiza Garnelo**

## Introdução

A história de contato entre a sociedade nacional brasileira e os povos indígenas é marcada pela subalternização dos últimos, o que levou a transformações de seus modos de vida e instituiu precárias condições sanitárias nas comunidades, discriminação social e elevados níveis de vulnerabilidade na situação de saúde da sua população, marcada pela doença e morte evitáveis.

Somente a partir da Constituição de 1988, que as relações entre povos indígenas e o Estado brasileiro passaram a ter como base legal o respeito e o reconhecimento da organização social, costumes, línguas, crenças e tradições nativas. Desde então, geraram-se diversos debates que buscam orientar a construção de políticas de educação e saúde específicas para os povos indígenas.

No que tange ao campo educativo, os princípios que orientam a educação escolar indígena enfatizam que esta deve ser diferenciada, específica, intercultural e bilíngue, reafirmando a identidade étnica dos diferentes grupos, promovendo a recuperação de suas memórias históricas e a valorização de suas línguas e culturas (LDB, 1996). Já no campo da saúde defende-se um modelo de atenção diferenciado, que garanta o acesso à atenção integral à saúde contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política desses povos e o respeito e reconhecimento da eficácia das medicinas tradicionais indígenas (PNASPI, MS, 2002).

Nesse processo, o movimento indígena tem tido um papel fundamental na reivindicação dos direitos dos povos indígenas à terra, à educação e à saúde, enfatizando sua autonomia na construção de seus projetos de futuro e atuando como partícipe na produção de estratégias que transformem tais princípios em ação.

É, portanto, no contexto de luta pelos direitos à diferença étnica que pretendemos situar a discussão sobre a profissionalização dos agentes indígenas de saúde (AIS). Para tanto, faz-se necessário que explicitemos nossos pressupostos sobre a educação profissional, visto que na história da sociedade ocidental capitalista a educação também se constitui como

um campo de disputas e conflitos entre diferentes projetos políticos. Dessa forma, nos posicionamos a favor de uma educação profissional comprometida com a formação humana e autônoma dos educandos que, tendo o trabalho como um princípio educativo, promova a indissociabilidade entre o exercício da função intelectual e o trabalho manual, bem como entre ciência e cultura. Neste sentido, a formação profissional não se limita a um aprendizado técnico para a inserção no mundo do trabalho, cumprindo determinadas funções subalternas na sociedade. Munida de um propósito mais amplo, a educação profissional deve se preocupar em formar cidadãos. A cidadania é aqui compreendida como um lugar-identidade que o indivíduo e os grupos ocupam na sociedade, representando, portanto, um espaço de lutas e conflitos onde são instituídos direitos e deveres sociais (Pereira, 2002).

Na perspectiva por nós traçada, a formação profissional para os povos indígenas, necessariamente precisa ser organizada a partir das características culturais dos diferentes grupos, reconhecendo e valorizando os conhecimentos e línguas desses povos.

No presente texto, abordaremos a profissionalização dos agentes indígenas de saúde a partir de duas dimensões: inicialmente, refletiremos sobre o trabalho e a formação dos agentes indígenas de saúde; e, num segundo momento, discutiremos o perfil de formação profissional do Agente Indígena de Saúde (AIS), a partir do debate do modelo de atenção à saúde indígena e da experiência de profissionalização dos Agentes Comunitários de Saúde já empreendida no Brasil.

## **Panorama sobre o trabalho e a formação do Agente Indígena de Saúde**

Até meados da década de 1990, a atenção à saúde dos povos indígenas ocorria de forma esporádica, sendo desenvolvida por equipes que percorriam seus territórios realizando assistência médica, vacinação e ações de controle de algumas doenças como a tuberculose. Estas ações de saúde estavam sob a responsabilidade da Fundação Nacional do Índio (FU-

NAI), que a desenvolvia por meio de equipes volantes de saúde (EVS), compostas por profissionais não indígenas.

Entretanto, a partir do final desta década, ocorreu um redimensionamento na organização da atenção à saúde indígena, fruto de distintos movimentos, tais como a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio – que representa o marco inicial da construção do atual modelo de atenção à saúde dos povos indígenas. Esse processo ocorreu concomitantemente ao movimento de reforma sanitária brasileira pela redemocratização e revitalização do sistema de saúde no Brasil (Garnelo, 2006).

Com a promulgação da Lei n. 8.080 (1990), que estruturou o Sistema Único de Saúde, foi colocado em discussão o papel da FUNAI como gestor da política de saúde indígena. Assim, quando o Conselho Nacional de Saúde se instituiu como órgão máximo de decisão do sistema, criou-se também, na década de 1990, a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI) com a finalidade de discutir a política de saúde indígena, tendo a participação de representantes indígenas, membros de instituições acadêmicas, membros do serviço de saúde indígena e de órgãos indigenistas.

A partir da Lei Arouca (Lei n. 9.836/1999), instituiu-se o Subsistema de Saúde Indígena (SASI), entendido como parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), na forma de um subsistema. A referida lei definiu que a oferta da atenção à saúde seria feita através de redes territorializadas de serviços organizados na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas de Saúde (DSEI). Em consequência, a saúde indígena passou, definitivamente, para a esfera de responsabilidade do Ministério da Saúde que, por sua vez, delegou à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)<sup>1</sup> a atribuição de executar as ações de assistência à saúde nas aldeias indígenas.

A atual Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, sob responsabilidade do gestor federal (a FUNASA), visa assegurar o acesso

<sup>1</sup> É importante destacar que a FUNASA, no momento que assumiu a gestão da política de saúde indígena, em 1999, não contava com um quadro próprio de profissionais de saúde para prestação de serviços de saúde nas aldeias. Assim sendo, adotou a compra de serviços de outras entidades (serviços de terceiros), como a principal estratégia para realizar o atendimento em saúde nas aldeias. Esse processo ficou conhecido como terceirização da saúde indígena.

à atenção integral à saúde provida pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). A delimitação dos distritos sanitários foi definida segundo critérios geopolíticos, demográficos e etnoculturais que buscavam garantir a especificidade requerida a uma política voltada para minorias étnicas.

A estrutura organizativa dos DSEIs compreende os Postos de Saúde nas aldeias, que contam com o trabalho dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e do Agente Indígena de Saneamento (AISAN); os Pólos-Base, que são unidades mais complexas, que contam com equipes multidisciplinares de saúde indígena; e a Casa do Índio (CASAI) que apóia as atividades de referência para o atendimento de média e alta complexidade, habitualmente sediados em espaços urbanos. No âmbito dessa estruturação da política de atenção à saúde dos povos indígenas, os AIS, bem como os outros membros da equipe multiprofissional de saúde que atua nos DSEI, foram incorporados ao subsistema como parte integrante de seu quadro de profissionais. Entretanto, os Agentes Indígenas de Saúde já atuavam nas comunidades muito antes da criação destes distritos.

Durante a década de 1980, devido à parca presença de profissionais de saúde não indígenas nas aldeias, universidades e organizações não governamentais (ONG) desenvolveram experiências de capacitação de índios para realizarem ações de saúde no cotidiano das comunidades, bem como em situações de surtos epidêmicos. Essas experiências consolidaram a figura do Agente Indígena de Saúde, instituindo-o como um membro da comunidade responsável por desenvolver ações de saúde. À época, os AIS atuavam como voluntários, sendo indicados por suas comunidades para exercer tais tarefas (Langdon et al., 2006).

Naquela ocasião, não foram estabelecidas diretrizes que definissem as atribuições e o perfil de formação deste profissional. Tal situação acarretou uma diversidade de formas de atuar e de qualificar o trabalho dos AIS, variando de acordo com a região de origem dos agentes de saúde. É necessário ressaltar que na maior parte dessas experiências, a capacitação foi desenvolvida através de cursos de curta duração, contando com a supervisão de profissionais como médicos e enfermeiros, a fim de que os AIS pudessem desenvolver as atividades de saúde, em seu nível de com-

petência. Vários autores (Langdon et al., 2006; Rocha, 2007; Garnelo, 2001) destacam a irregularidade dos cursos e as limitações do processo formador, dada a ênfase nos conhecimentos biomédicos e a desconsideração com as especificidades culturais destes povos.

A partir de 1999, a implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) gerou novas orientações para a organização do trabalho e para a formação dos profissionais de saúde. De acordo com essa política, o AIS deve ser visto como o elo entre os membros da comunidade, seus saberes tradicionais e a equipe de saúde. Segundo orientação da FUNASA (1999), cada aldeia deve ter um posto de saúde que conte com um AIS, cujas atribuições compreendem:

- acompanhamento de crescimento e desenvolvimento da população infantil;
- acompanhamento de gestantes;
- atendimento aos casos de doenças mais frequentes (infecção respiratória, diarreia, malária);
- acompanhamento de pacientes crônicos;
- primeiros socorros;
- promoção à saúde e prevenção de doenças de maior prevalência;
- acompanhamento da vacinação;
- acompanhamento e supervisão de tratamentos de longa duração.

Segundo os dados desta instituição, com a implantação dos 34 DSEI no Brasil, já existiam, no ano de 2004, 4.751 Agentes Indígenas de Saúde. Tal contingente representou um significativo incremento no quantitativo dessa força de trabalho, distribuídas nas mais diversas terras indígenas.

Quanto à formação e à capacitação destes profissionais, segundo a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002, p. 15), esta deve se constituir numa

(...) estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de se somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não. O Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde deverá ser concebido como parte do processo de construção dos DSEI. Será desenvolvido em serviço e de forma continuada,

sob responsabilidade de Instrutores/ Supervisores devidamente capacitados, com a colaboração de outros profissionais de serviço de saúde e de lideranças e organizações indígenas.

A formação dos AIS se instituiu, assim, como responsabilidade da FUNASA. Segundo o documento desta fundação, as equipes de professores/tutores devem receber, previamente à sua participação no processo formador, um “Treinamento Introdutório”, cujos conteúdos contemplariam conceitos antropológicos, análise do perfil epidemiológico da região e “capacitação pedagógica que os habilite a executarem a formação dos Agentes Indígenas de Saúde” (FUNASA, 1999, p. 3). Os marcos adotados para a formação dos AIS são os preconizados pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Lei n. 9.394/96), que prevê a profissionalização nos “níveis médio (técnico) e superior (tecnológico)” (FUNASA, 2002).

Tecendo alguns comentários sobre essas diretrizes da FUNASA, concordamos com a perspectiva de articulação entre o processo formador e as atividades dos serviços de saúde, permitindo a aproximação entre as rotinas de trabalho em saúde e o processo de ensino-aprendizagem. Não obstante, nossa experiência mostra que, em circunstâncias como essa, costuma ocorrer uma subordinação do ensino às rotinas de trabalho; dificulta-se o distanciamento da prática – necessário à reflexão, à discussão e à apropriação dos conteúdos pedagógicos. Via de regra, a formação de profissionais tende a priorizar a obtenção de respostas pragmáticas aos problemas de saúde, deslegitimando a possibilidade de uma reflexão mais aprofundada sobre as condições de vida e de saúde da população e seus determinantes.

Em 1999, a FUNASA elaborou uma proposta de formação para os AIS denominada “Educação Profissional Básica para Agentes Indígenas de Saúde”, com carga horária total de 1.080 horas (700hs de concentração e 380hs de dispersão) e com quatro eixos temáticos<sup>2</sup> estruturados em seis módulos: introdutório; doenças endêmicas; DST/Aids; parasitoses

---

<sup>2</sup> Na proposta da FUNASA os eixos foram denominados: “percebendo nossa realidade”; “entendendo o processo saúde-doença”; “promovendo a saúde e intervindo no processo saúde doença”; “conhecendo e organizando os serviços de saúde”.

intestinais e doenças de pele; saúde da mulher, da criança e saúde bucal; saúde do adulto e atendimento de urgências. Porém, do ponto de vista de implementação dessa proposta, alguns autores, como Rocha (2007), informam que o módulo introdutório foi o único implantado na maioria dos DSEI, sendo repetido diversas vezes para um mesmo grupo de educandos, como ocorreu no DSEI Rio Negro, estudado pelo autor.

Gostaríamos de fazer algumas considerações sobre o teor dessa proposta formativa e das atribuições do AIS. A estrutura temática dos módulos e as atribuições propostas pela FUNASA enfatizam uma formação voltada quase exclusivamente para as doenças mais frequentes e para a atenção à saúde de alguns grupos populacionais, como os idosos e as crianças. Chama a atenção distintas ausências, tais como: a discussão das dimensões interculturais do processo saúde-doença; a valorização das medicinas tradicionais e as formas específicas de atuação dos AIS em contexto interétnico – entendido como elo de comunicação-ação entre a comunidade e o mundo não indígena, aqui representado pelos outros membros da equipe de saúde.

Nesse sentido, destacamos a reflexão de Menéndez (2003) quando aponta que o campo cultural é identificado como um dos mais excluídos no enfoque biomédico. A partir da perspectiva higienista, os fatores culturais tendem a ser identificados pelos profissionais de saúde como crenças irracionais, facilitadores de processos de adoecimento, e que dificultam a adesão aos tratamentos e/ou normas biomédicas, como por exemplo, o planejamento familiar, a vacinação, ou uso de preservativos. Embasadas pelo olhar biomédico, as equipes de saúde tenderiam a prescrever mudanças de comportamentos que considerem incongruentes com as “boas práticas sanitárias”. Em consequência, as referências biomédicas costumam assumir uma conotação negativa, instituindo formas peconceituosas de interação junto aos grupos culturalmente diferenciados.

Para Menéndez (2003), a interação respeitosa com sistemas culturalmente diferenciados de cura e cuidados de saúde passa pelo (re)conhecimento destes universos culturais por parte dos agentes dos sistemas oficiais de saúde. Em tais circunstâncias, perguntamo-nos sobre as consequências de priorizar apenas um conjunto de abordagens biomédicas de

doença na capacitação dos Agentes Indígenas de Saúde, os quais partilham das matrizes culturais das pessoas a seus cuidados.

Para melhor refletirmos sobre os desafios da profissionalização destes trabalhadores da saúde, levantamos alguns estudos etnográficos que descrevem e problematizam o trabalho e a formação dos AIS no Brasil. Em publicação de 2006, Langdon et al. descrevem as seguintes atividades dos AIS que atuam no Sul do Brasil: 1) visitas domiciliares, 2) educação e orientação sobre cuidados de saúde e o sistema; 3) preenchimento de formulários e fichas; 4) participação no controle social (2006, p. 2.641).

De acordo com os autores, os AIS expressam sua estranheza quanto à necessidade de realizarem visitas domiciliares, particularmente onde se encontram pessoas saudáveis. Tais atribuições, estranhas aos padrões culturais dos agentes, são cumpridas parcialmente, resultando em visitas assistemáticas e dirigidas basicamente às pessoas doentes. Nesse estudo também foram analisadas as tensões políticas entre os agentes de saúde e seus familiares, as quais muitas vezes inviabilizavam as tarefas requeridas ao AIS. Igualmente problemático foi o desencontro entre as expectativas da comunidade (interessada na realização de atividades médicas pelos AIS) e as rotinas instituídas pelo órgão gestor da saúde indígena, restritas basicamente ao registro de informações (Langdon et al., 2006).

Segundo os relatos dos AIS, é parco o reconhecimento de seu papel quando acompanham os usuários em outros serviços do SUS. Sua efetiva incorporação como membro das Equipes de Saúde Indígena é pouco legitimada e não lhes foi fornecido subsídio adequado para a realização das tarefas delegadas pela FUNASA, tais como o preenchimento de inúmeras fichas e formulários, cuja finalidade também não resulta em produto perceptível das ações de saúde nas aldeias (Langdon et al., 2006). Estes aspectos apontam uma falta de reconhecimento profissional dos Agentes Indígenas de Saúde dentro do subsistema de saúde indígena e no restante do SUS.

Em outro estudo recente sobre o perfil e a atuação dos AIS no Parque do Xingu, Novo (2009) relata que os AIS encontram muitas dificuldades na execução de suas atividades. Com relação às visitas domiciliares, os

agentes não as realizam com regularidade e também revelam sua incompreensão em relação aos objetivos desta atividade, visto que as redes de informação das aldeias permitem o acompanhamento de enfermos e de situações de risco sem que haja necessidade de visita domiciliar para este fim (Novo, 2009).

Na relação com a equipe multidisciplinar, Novo (2009) aponta duas problemáticas que se interrelacionam: a limitada qualificação técnica dos AIS e sua desvalorização pelos outros profissionais de saúde. Reproduz-se, assim, uma cadeia de relações hierárquicas entre os membros das equipes, na qual os AIS são colocados numa posição de subordinação, agravada pelo fato de não dominarem os saberes e técnicas biomédicos necessários para a decisão e intervenção nos casos de doença.

Do ponto de vista da formação, a partir de 1995, a discussão sobre a profissionalização dos AIS no DSEI Xingu gerou uma articulação entre a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e a Escola Técnica de Saúde do Estado do Mato Grosso, a fim de se executar o I Curso de Auxiliares de Enfermagem Indígenas. Esse curso foi realizado no período de 1997 a 2001, de forma modular, com períodos de dispersão e concentração, sendo realizado concomitantemente ao ensino fundamental. Mendonça (2005) relata que o desenvolvimento do curso ajudou a delimitar um perfil de atuação do AIS voltado para a promoção da saúde.

A partir de 2006, a FUNASA assumiu a formação dos AIS do Alto Xingu, mediante uma proposta que, segundo diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002), deveria focar as ações de promoção e prevenção das doenças que mais afetam os povos indígenas. Ela deveria prover os indígenas de conhecimentos e recursos da medicina ocidental, num caráter complementar às medicinas tradicionais. Entretanto, Novo (2009) aponta que, ao serem avaliados os conteúdos do curso, estes foram considerados mais técnicos do que socioculturais. Esta sobrevalorização da dimensão técnica gera contradições e conflitos, visto que as atividades ligadas à construção de um modelo de atenção diferenciado são consideradas “fáceis” e “básicas”, sendo menosprezadas no conjunto de tarefas compreendidas como primordiais no trabalho dos AIS.

Na área Tikuna, no Alto Solimões, Erthal (2003) considera que, devido à forma como se deu a história de contato interétnico desse povo, o AIS foi entendido como um produtor de procedimentos técnicos biomédicos. Dessa forma, as primeiras propostas formativas eram no formato de treinamentos dos AIS Tikuna procuraram capacitá-los para o diagnóstico e o tratamento simplificado dos agravos mais frequentes e o encaminhamento de casos mais graves. Somente com a criação de uma entidade representativa dos AIS, a Organização de Agentes Indígenas de Saúde do Povo Tikuna, é que se iniciou a construção de um trabalho integrado com as lideranças tradicionais das comunidades, reconhecendo-se a importância da medicina tradicional (Erthal, 2003). Porém, a ausência de discussão das instâncias gestoras da saúde no Alto Solimões com os AIS demonstra as dificuldades de construção de um modelo de atenção diferenciado, capaz de superar a separação entre saberes científicos e tradicionais.

Outras dificuldades levantadas por Erthal (2003) no desenvolvimento do modelo de atenção diferenciado foram: a inconstância da supervisão do trabalho do AIS; não compreensão, pelos AIS, dos usos dos instrumentos de registro das atividades, prejudicando a produção de informações de saúde sobre a população; a formação centrada na doença e na tecnologia biomédica; a alta rotatividade dos profissionais não indígenas e sua pouca qualificação para o trabalho em contextos culturais específicos; e a inadequação dos serviços de referência para o atendimento da população indígena.

Bruno (2008) realizou uma análise dos processos formativos realizados junto aos AIS Tikuna, do Distrito Alto Solimões, a partir de 2001 – momento em que o Conselho Geral das Tribos Tikuna (CGTT) assumiu a gestão do distrito. Nessa ocasião, a formação dos AIS passou a ser coordenada por indígenas que tinham experiências anteriores na área da saúde. Dentre as críticas elaboradas por Bruno (2008), o autor destaca as lacunas na formação dos docentes contratados para realizarem as atividades formativas junto aos AIS, salientando o pouco interesse e a limitada familiaridade desses profissionais sobre o processo de implantação do distrito, a história da região e da cultura Tikuna,

e sobre os campos das ciências sociais e da educação. Bruno (2008) corrobora, ainda, com a constatação de outros autores ao afirmarem o desconhecimento sobre as especificidades do processo saúde-doença entre os povos indígenas por parte dos profissionais de saúde que atuam no DSEI. Ademais, ele aponta que os profissionais-instrutores atuavam basicamente mediante a pedagogia da transmissão de conhecimentos, largamente contestada no campo da educação. Tais fatores impossibilitaram o desenvolvimento de uma pedagogia dialógica que subsidiasse o processo formador dos AIS no Alto Solimões.

Rocha (2007) realizou uma pesquisa sobre o perfil e trabalho dos AIS do DSEI Alto Rio Negro e seus estudos corroboram os dados supracitados. A capacitação dos AIS que ali atuam se caracterizou pela realização de diversos cursos de curta duração, com excesso de conteúdos ministrados em período curto de tempo e centrados em temas típicos do saber biomédico. O autor também identificou falta de supervisão nos momentos de dispersão, além da ausência de proposta consistente para a formação e a certificação profissional, impossibilitando a ampliação da escolaridade formal destes trabalhadores.

O mesmo autor levantou diversos problemas nos processos formativos ofertados aos AIS do DSEI Rio Negro, tais como, a formação fragmentária incapaz de propiciar um aprendizado totalizante do processo saúde-doença, priorizando-se o treinamento para a execução de determinadas tarefas; a elevada carga horária cursada pelos alunos, sem que esses recebessem a certificação equivalente ao processo de ensino-aprendizado ali desenvolvido; a persistente depreciação dos AIS pelos outros profissionais de saúde do DSEI, ligada à baixa escolaridade dos agentes de saúde; o não reconhecimento da necessidade de elevação da escolaridade dos AIS, apesar da maioria deles não ter ensino fundamental completo (Rocha, 2007). Outros problemas encontrados foram a intolerância das equipes com atividades cotidianas dos AIS na comunidade, como a caça, a pesca para alimentar suas famílias e a participação nas interações sociais de âmbito comunitário, como as festas e as visitas aos parentes.

O cenário de eventos descritos por Rocha (2007) leva-nos a pensar na necessária sensibilidade cultural que os processos de trabalho e de formação dirigidos aos AIS devem conter, a fim de respeitar os modos de vida dos povos indígenas e de superar os modelos de assistência e de formação profissional baseados em contextos não indígenas urbanos. Além disso, as conclusões da pesquisa demonstram, de modo irrefutável, a necessidade de articular as políticas e estratégias de profissionalização de AIS com as instâncias de gestão do trabalho do SUS.

Diante destes dilemas e impasses, os AIS da região do Alto Rio Negro têm se mobilizado para garantir seu direito à educação, tanto no que se refere à elevação de seu nível de escolaridade como a efetivação de sua formação profissional.

Os estudos que até aqui nos embasaram, apontam a falta de uma adequada política de formação para os profissionais da equipe multiprofissional, particularmente para os AIS, visto que estes não têm nenhuma formação técnica prévia, diferente do que ocorre com os demais profissionais de nível superior contratados pelo DSEI que contam ao menos com curso de graduação. As realidades descritas na literatura também são marcadas pela ausência de propostas formativas para todos os membros da equipe multidisciplinar, capazes de contemplar as especificidades culturais dos povos indígenas.

Esses estudos salientam a necessidade de um debate consistente sobre a regulamentação e a caracterização do trabalho dos AIS, e das estratégias de qualificação desses trabalhadores. Entre os problemas relevantes e ainda não explorados neste capítulo, podemos apontar a heterogeneidade de formas de contratação; a disparidade entre os salários, já que os AIS têm uma remuneração muito inferior a dos demais membros da equipe; a alta rotatividade devido à precarização dos contratos de trabalho dos profissionais dos DSEI, o que, no caso dos AIS, implica em prejuízo nos arranjos sociopolíticos nas comunidades, os quais geram a indicação e a legitimação dos AIS para desempenhar suas funções (Langdon et al., 2006).

O atual momento de mudança de gestão na saúde indígena, passando a responsabilidade da FUNASA para a Secretaria de Atenção à Saú-

de Indígena (MS), demanda a reflexão sobre os problemas que afetam os AIS, com vistas a evitar a perpetuação das indefinições que cercam a atuação desses profissionais.

## **A formação dos AIS e o modelo de atenção à saúde dos povos indígenas: contribuições para o debate**

A partir das dificuldades e desafios existentes no cenário atual do trabalho e da formação dos agentes indígenas de saúde, gostaríamos de levantar algumas questões relativas à construção do modelo de atenção à saúde das populações indígenas, a fim de contribuir no delineamento de propostas de profissionalização de seus Agentes de Saúde. Consideramos que a formação dos AIS ocorre num contexto de reordenamento do modelo de atenção à saúde, que busca superar o modelo biomédico e curativo, adotando outros modos de organização dos serviços de saúde, com destaque para a atenção primária. Essa reflexão se faz pertinente pois, conforme destacam Pereira e Ramos (2006, p. 14), “as concepções de educação profissional de trabalhadores da saúde (...) são engendradas pelas concepções de saúde, de sociedade e de sentidos e sobre a relação entre educação e trabalho”. Ou seja, as propostas de educação profissional revelam posicionamentos políticos distintos dos agentes sociais no campo da saúde, da educação e do trabalho, refletindo-se na atuação dos profissionais da saúde.

Outra abordagem que adotaremos para conduzir essa reflexão será a aproximação com as questões e experiências provindas da luta pela profissionalização e regulamentação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Estratégia de Saúde da Família, em realidades não indígenas. Essa aproximação se justifica pelo fato de que a proposta de incorporação de membros de comunidades nas equipes de saúde, que resultou na criação do papel do Agente Comunitário de Saúde e do Agente Indígena de Saúde, provém dos marcos orientadores da política de Atenção Primária à Saúde (Langdon, 2006, Rocha, 2007; Garnelo, 2006). Da mesma forma, outra importante estratégia de or-

ganização do subsistema de saúde indígena, como a distritalização sanitária, também é oriunda do desenvolvimento dos distritos sanitários no âmbito dos municípios que assumiram a descentralização da rede de atenção primária à saúde do SUS.

Se observarmos as competências estabelecidas pela FUNASA (1999) para a “Educação Profissional Básica para Agentes Indígenas de Saúde”, perceberemos diversas semelhanças entre estas e as habilidades definidas pelo Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (MEC/MS, 2004) que atuam em contextos não indígenas. Ainda de acordo com o documento daquela instituição, as competências e habilidades dos Agentes Indígenas de Saúde são cinco: 1) elaborar plano de trabalho com base na identificação das necessidades relacionadas ao processo saúde-doença no seu local de atuação; 2) desenvolver ações de promoção à saúde nas diferentes fases do ciclo vital; 3) realizar ações de promoção à saúde utilizando os recursos dos serviços e práticas existentes; 4) desenvolver ações básicas de atenção à saúde individual, familiar e coletiva, com ênfase na prevenção das doenças transmissíveis e no monitoramento do meio ambiente; 5) planejar seu trabalho, atuando individualmente ou em equipe, avaliando e reorientando o processo de implementação da atenção básica.

Se analisarmos o Referencial Curricular citado anteriormente, veremos que este define três conjuntos de habilidades, a saber: 1) desenvolver ações de integração entre as equipes de saúde e as populações adscritas à unidade de saúde; 2) participar das atividades de planejamento e avaliação das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde; 3) desenvolver ações de promoção da saúde; desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco sanitário para a população e desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas a grupos específicos e a doenças prevalentes (MEC/MS, 2004).

Ambos os perfis se inscrevem no marco da reorganização do modelo de atenção à saúde e, para compreendê-lo, lembraremos o conceito de “Atenção Primária à Saúde” que é descrito por Matta e Morosini (2009, p.44) como

uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades.

O marco desta discussão é a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978. Empreendendo uma forte crítica ao modelo biomédico de atenção à saúde, as recomendações dessa conferência apontam para uma compreensão ampliada de saúde, condicionada pelas características socioculturais e políticas dos países e comunidades. Ademais, pontuam que as equipes locais de saúde devem atuar numa perspectiva multiprofissional e interdisciplinar, incluindo-se aí a figura do agente comunitário.

No Brasil, a partir do movimento da reforma sanitária que reestruturou as bases de organização da atenção à saúde e instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), a discussão da atenção primária<sup>3</sup> foi incorporada como um pressuposto para a reorganização do cuidado à saúde das populações, que evoluiu, ao longo da década de 1990, para a estratégia de saúde da família.

O início da implantação da saúde da família como estratégia de reorganização da atenção básica ocorreu com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, institucionalizando a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Para que este trabalhador pudesse exercer sua função, deveria possuir como requisitos básicos: ser morador da comunidade onde atuaria; ter idade mínima de 18 anos; saber ler e escrever; e ter disponibilidade para dedicar-se ao trabalho. As equipes do PACS eram supervisionadas por um profissional de enfermagem.

Em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado nacionalmente, reestruturando-se a equipe do PACS, de modo a incorporar o médico, o enfermeiro, o técnico de enfermagem e um número máximo de 12 ACS que se responsabilizariam pela população de uma área geográfica.

<sup>3</sup> No Brasil, a atenção primária foi operacionalizada sob a denominação de atenção básica à saúde.

fica delimitada.<sup>4</sup> Posteriormente, em 1996, o PSF passou a ser concebido como uma estratégia de transformação do modelo assistencial vigente no SUS, buscando o aprimoramento dos cuidados ofertados na rede de saúde. Nesse âmbito, o trabalho do Agente Comunitário de Saúde é entendido como elemento fundamental, visto que este trabalhador é considerado o elo de interação entre sua comunidade e as equipes de saúde.

Nesses últimos anos, a expansão da estratégia de saúde da família propiciou uma cobertura de suas ações em 94% dos municípios brasileiros, contabilizando, para tanto, um total de 236.399 ACS, em março de 2010 (MS/SAS/DAB). Assim, além da importância estratégica do ACS na organização e na oferta da atenção primária à saúde, esses trabalhadores são numericamente significativos para o desenvolvimento das ações do SUS nas comunidades.

Devido às semelhanças já observadas entre o perfil deste profissional e aquele requerido aos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), entendemos que a trajetória de profissionalização dos Agentes Comunitários de Saúde pode trazer contribuições relevantes para a discussão do processo formador dos Agentes Indígenas de Saúde.

De modo semelhante ao que ocorreu com os AIS, as primeiras experiências formativas de ACS foram caracterizadas por “treinamentos”, “capacitações” e “supervisão” desenvolvidos de modo fragmentário e isolado, quando deveriam ocorrer concomitante e articuladamente ao processo de trabalho (Morosini et al., 2007). Essas iniciativas se configuraram como processos formativos aligeirados, de curta duração, irregulares, abordando questões pontuais, pouco – ou nada – articuladas com as práticas sanitárias desenvolvidas pelos ACS. Dessa forma, apesar da complexidade do trabalho desses profissionais – que envolve a integração entre a equipe de saúde e a comunidade; o desenvolvimento de atividades educativas que visam a prevenção de doenças, a redução de riscos e a promoção da saúde; o acompanhamento dos indivíduos e famílias; e a orientação quanto à utilização de serviços de saúde (Portaria 648, MS, 2006) – sua formação profissional caracterizava-se pela precariedade, não regulamentação,

<sup>4</sup> Segundo as diretrizes governamentais cada ACS deve acompanhar até 750 pessoas, e cada equipe de saúde da família até 4 mil pessoas.

baixa sistematicidade e não reconhecimento da habilitação profissional (Morosini et al., 2007). Consequentemente, tal situação coexistia com um quadro de desvalorização social e baixa remuneração dos ACS.

Este cenário guarda muitas similaridades com aquele encontrado entre os Agentes Indígenas de Saúde, conforme apontado na literatura anteriormente citada. Outro dado que corrobora a desvalorização social do ACS, e que encontramos também no caso dos AIS, é o desvio de função nos serviços, o que denota um entendimento de que o trabalho desses agentes é inespecífico e de baixa complexidade.

No campo de atuação dos ACS, Morosini et al (2007) mostram que desde a institucionalização do PACS pelo Ministério da Saúde, em 1991, diversos projetos de regulamentação da prática e da formação dos ACS transitam nos poderes executivo e legislativo brasileiro. Entre 1990 e 1999, as autoras identificam pelo menos sete projetos de lei que visavam regulamentar o exercício profissional dos ACS, contendo distintas propostas de pré-requisitos, atribuições, formação e regulamentação profissional. Segundo observaram, esses projetos expressam os debates e disputas entre concepções distintas sobre trabalho, educação e saúde que orientam as propostas de formação profissional. Somente com a aprovação da Lei n. 10.507/2002 é que a profissão do Agente Comunitário de Saúde foi reconhecida, regulamentada e inicia-se um processo de incentivo à formação profissional e à elevação da escolaridade.

A trajetória dos projetos de qualificação profissional dos ACS se iniciou com uma proposta de 80 horas de capacitação, que se ampliou rumo à construção de um “Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde”, no ano de 2004, através do trabalho conjunto entre os Ministérios da Educação e da Saúde. A construção dessa proposta foi viabilizada mediante uma consulta pública sobre o tema – o que propiciou a participação de diversos atores políticos no processo. Uma questão subjacente a esta discussão era a relevância e a complexidade do trabalho do ACS, exigindo que sua formação se realizasse em nível técnico, ou seja, estendendo sua escolaridade até o ensino médio, etapa final da educação básica em nosso país.

Encontramos assim, muitas semelhanças entre os dois processos, já que, a defesa da capacitação em serviço dos ACS tinha como uma de suas justificativas, a baixa escolarização destes profissionais, da mesma forma como foi observado no caso dos AIS (Rocha, 2007). Entretanto, estudos sobre o perfil dos ACS mostraram que, ao contrário do que se pensava inicialmente, mais de 55% deles tinham o ensino médio completo ou incompleto (EPSJV, 2005). Tal achado representou um ponto de facilidade na implantação de uma proposta de formação técnica profissionalizante, que requer a conclusão, concomitante ou subsequente, do ensino médio.

Ademais, atento ao quadro de heterogeneidade e de baixa escolaridade dos ACS, o “Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde” (MEC/MS, 2004) foi construído de forma comprometida com a elevação da escolaridade dos ACS, organizando um itinerário formativo composto por três etapas que permitem a escolarização do trabalhador durante a profissionalização técnica. Segundo essas diretrizes, para o ingresso na primeira etapa formativa o único pré-requisito seria saber ler e escrever. A exigência de matrícula no ensino médio ocorreria somente por ocasião da terceira etapa, para que, ao final da profissionalização, os educandos pudessem obter o título de nível técnico.

Esse tipo de proposta é congruente com as necessidades dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), os quais, de acordo com os diagnósticos supracitados, demandam elevação de escolaridade, tanto no nível fundamental, quanto no ensino médio. As possibilidades delineadas pelo Referencial Curricular supracitado propiciariam que os Agentes Indígenas de Saúde iniciassem sua formação profissionalizante com a escolaridade que dispusessem, ampliando sua escolarização de modo concomitante à formação técnica em saúde.

Apesar da promulgação do Referencial Curricular do Curso Técnico de ACS (2004), poucos foram os municípios que efetivaram o processo formador destes profissionais. São dois os motivos que obstaculizam a completude do processo formativo, o primeiro, se refere ao financiamento do Ministério da Saúde para a realização do curso que se limitou

somente à primeira Etapa Formativa. A segunda razão alegada pelos gestores municipais é que a elevação da escolaridade dos ACS para o nível técnico acarretaria um impacto negativo nas folhas de pagamento dos municípios, violando a Lei de Responsabilidade Fiscal. Quaisquer que sejam as razões para a não progressão das etapas formativas, o processo de formação técnica profissionalizante dos ACS caminha em passos lentos, prejudicando a qualidade da prestação de serviços nas redes municipais de serviços de saúde.

No ano de 2006, foi promulgada a Lei n. 11.350 – que visava atualizar a Lei n. 10.507/2002 –, regulamentando o vínculo empregatício dos ACS. Apesar de alguns ganhos, a nova lei representou um retrocesso nas iniciativas de formação técnica destes trabalhadores, já que a exigência de escolaridade e de formação técnica não foi incorporada como requisito para o desenvolvimento das atividades desses profissionais. No ambiente urbano, essa lei regulamentou certos aspectos relevantes, tais como a seleção dos ACS por meio de processo seletivo público, e a instituição da obrigatoriedade de vínculo empregatício por CLT, garantindo curta estabilidade empregatícia e alguns direitos trabalhistas aos ACS.

Em que pese a existência de diferenças entre os modos de vida indígena e os espaços urbanos em que atuam os ACS, há muita similaridade entre as rotinas dos serviços de saúde encontrados nas duas realidades, já que ambos partilham os mesmos marcos da reorganização da atenção (atenção primária a saúde) a serem desenvolvidos no interior de uma equipe multiprofissional. Além disso, os dois tipos de agentes de saúde desenvolvem um papel-chave na mediação das relações entre os serviços de saúde e a comunidade; atuam na redução dos problemas sanitários de populações vulneráveis; e partilham dificuldades comuns no que diz respeito à precarização do trabalho e à formação.

Diante das reflexões até então expostas e almejando contribuir para a profissionalização dos AIS, um grupo de profissionais oriundo de diversas instituições que atuam com a questão indígena<sup>5</sup> elaborou uma pro-

---

<sup>5</sup> Instituto de Pesquisa Leônidas e Maria Deane, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, ambos da Fundação Oswaldo Cruz; Secretaria Municipal de Educação de São Gabriel da Cachoeira, Secretaria Municipal de Saúde de São Gabriel da Cachoeira;

posta formativa para os AIS. A iniciativa originou-se de uma demanda da Federação das Organizações Indígenas do Alto Rio Negro (FOIRN), que, em 2006 solicitou à FIOCRUZ que desenvolvesse um projeto de formação técnica profissionalizante para os Agentes Indígenas de Saúde do Alto Rio Negro (AIS). A elaboração do projeto se deu de forma participativa, sendo realizado através de oficinas em São Gabriel da Cachoeira (AM), congregando Agentes Indígenas de Saúde, professores e lideranças indígenas, que delinearam as bases para a elaboração do projeto pedagógico do curso.

O grupo que se dedicou à escrita do referencial curricular para a educação profissional indígena preocupou-se em atender às especificidades do processo de trabalho, do perfil profissional e da matriz cultural dos AIS; buscou desempenhar tais tarefas sem se descuidar da necessidade de regulamentação e de legitimação da formação destes agentes – exigências já conquistadas através da luta política dos ACS e reconhecidas pelos Ministérios da Educação e da Saúde. A alternativa encontrada foi a adoção do Referencial Curricular do Curso Técnico de ACS, o qual propiciou a adequação a um marco legal de amparo à formação dos AIS do Alto Rio Negro.

Outro fator importante nesta escolha se referiu ao itinerário formativo do referencial curricular do ACS, visto que este permitiria a elevação da escolaridade dos AIS, viabilizando a concretização de uma formação profissional de nível técnico para estes trabalhadores. Esta iniciativa é extremamente relevante nessa região, na medida em que somente 3,6% dos AIS que atuam no Alto Rio Negro concluíram o ensino médio (Garnelo et al., 2009).

Em consonância com o processo de trabalho do agora denominado Agente Comunitário Indígena de Saúde (ACIS), o currículo<sup>6</sup> foi organizado a partir de cinco eixos estruturantes: Cultura; Cuidado; Território; Política; Informação, Educação e Planejamento em Saúde, desenvolvidos Prefeitura de São Gabriel da Cachoeira; Secretaria Estadual de Educação do Amazonas; Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro/FUNASA; Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro-FOIRN e Associação de Técnicos de Enfermagem de S. Gabriel da Cachoeira.

<sup>6</sup> Para maiores informações sobre essa proposta curricular, ver Garnelo et al. (2009).

ao longo de três etapas formativas que totalizam 1.440 horas de curso.

Os princípios norteadores para a elaboração da proposta de Curso Técnico de Agente Comunitário Indígena de Saúde são congruentes com os princípios da educação escolar indígena e do modelo de atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas, tomados como eixo principal para desenvolvimento do processo formativo.

A primeira etapa formativa do curso se caracteriza pela realização de um diagnóstico sobre o território em que vive o ACIS e a população sob seus cuidados. A segunda etapa formativa possibilita a identificação de situações de risco e vulnerabilidade – seja do ponto de vista biomédico ou das medicinas tradicionais – aos principais agravos que acometem a população atendida pelo ACIS. A terceira etapa está voltada para a formulação de planos e projetos locais de atuação que articulem todos os conhecimentos mobilizados ao longo do processo formador, com vistas a desenvolver ações sistemáticas de promoção e vigilância em saúde no território de abrangência do ACIS. A relação ensino-aprendizagem busca unir teoria, prática e vivências pessoais dos educandos para desenvolver um processo formativo capaz de articular saberes científicos e tradicionais, visando a produção de ferramentas de intervenção sanitária no território.

Ressalve-se, porém, que apesar das semelhanças geradas pela inserção de AIS e ACS na estrutura comum do sistema de saúde, é importante reconhecer as diferenças entre os contextos socioculturais de origem e de atuação de cada um deles. Em consonância com as propostas de atenção diferenciada do subsistema de saúde indígena, é crucial que não se perca de vista que a população atendida pelos AIS, bem como eles próprios, dispõem de padrões culturais singulares que precisam ser compreendidos e respeitados para que se consiga viabilizar uma adequada atenção às suas demandas de saúde.

Tal diretriz é ainda mais relevante num modelo de atenção à saúde, pautado pelas propostas da atenção primária e da promoção à saúde, as quais demandam interação permanente com as condições de vida, que, nesse caso, são moldadas pelas especificidades de cada grupo étnico atendido no subsistema de saúde indígena. Assim sendo, o reconheci-

mento e a valorização dos saberes tradicionais, particularmente aqueles ligados à doença e à cura, são dimensões relevantes para efetivar o direito à atenção diferenciada, devendo orientar os processos de formação dos Agentes Comunitários Indígenas de Saúde.

Menéndez (2003), ao abordar os modelos de atenção segundo uma perspectiva antropológica, ressalta a diversidade cultural das sociedades latino-americanas. O autor nos informa que devido à grande variabilidade cultural das populações que acessam os sistemas oficiais de saúde e ao pluralismo médico desses grupos, eles tendem a rechaçar os sistemas de saúde que se pautem exclusivamente pela perspectiva biomédica, conhecida por negar, ignorar ou marginalizar as produções culturais desses povos. Diz o autor:

Considero que si el sector salud quiere conocer y/o implementar el sistema de atención que utilizan los sujetos y conjuntos sociales, debería identificar, describir y analizar las diferentes formas de atención que los conjuntos sociales manejan respecto de la variedad de padeceres reales e imaginarios que reconocen como afectando su salud (Menendez, 2003, p. 188).

Assim, a diversidade sociocultural, geográfica e política dos povos culturalmente diferenciados – representados, no caso, pelos grupos indígenas que vivem no Brasil – configura-se como um importante desafio à construção de um modelo culturalmente sensível para prover atenção à saúde indígena. Esta é uma singularidade que não pode ser ignorada num processo de formação dos ACIS.

Um comprometimento efetivo com o bem-estar e com as necessidades das populações exigirá que processos formadores voltados para os membros dessas culturas contribuam para o fortalecimento do trabalho dos agentes de saúde, para o reconhecimento de sua profissão e de sua condição de trabalhador indígena. Nesse contexto, o trabalhador indígena deve ser entendido como um agente de valorização e revitalização de suas culturas de origem, ainda que igualmente qualificado para desenvolver ações de promoção à saúde e de melhoria das condições de vida da população com que trabalha.

Consideramos que a proposta de formação técnica, ora em curso no Alto Rio Negro, pode contribuir no debate sobre a formação profissional do trabalhador indígena em saúde, provendo um ponto de partida para sistematizar propostas de alcance nacional que respeitem as especificidades deste subsistema de saúde.

## Referências bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Saúde Indígena. 1999-2001. Texto acessado no endereço: <http://www.bvsde.paho.org/bvsapi/p/fulltext/distritos/distritos.pdf>, em 3 de maio de 2010.
- \_\_\_\_\_. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde: área profissional saúde. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Educação 2004.
- \_\_\_\_\_. Fundação Nacional de Saúde. Formação inicial para agentes indígenas de saúde: modulo introdutório. Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2005.
- \_\_\_\_\_. Fundação Nacional de Saúde. Saúde Indígena. [www.funasa.gov.br](http://www.funasa.gov.br). Site acessado em 15/5/08.
- BRUNO, P.R.A. Saberes na saúde indígena: estudo sobre processos políticos e pedagógicos relativos à formação de agentes de saúde tikuna no Alto Solimões (AM), Brasil. Tese de doutorado apresentada no Instituto Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2008.
- GARNELO, L. “Análise situacional da Política de Saúde dos Povos Indígenas no período de 1990 a 2004: implicações no Brasil e na Amazônia”. In: SCHERER E; OLIVEIRA, J.A. (orgs.). *Amazônia: Políticas Públicas e Diversidade Cultural*. Rio de Janeiro: Ed. Garamond, pp. 133-162, 2006.
- GARNELO, Luiza. Projeto Rede Autônoma de Saúde Indígena: Uma experiência de educação e comunicação em Saúde Indígena. In: VASCONCELOS, Eymard.

(Org.). *A Saúde nas Palavras e nos Gestos. Reflexões da Rede de Educação Popular em Saúde*. São Paulo: HUCITEC, pp. 237-260, 2006.

GARNELO, Luiza et al. Formação Técnica de agente comunitário indígena de saúde: uma experiência em construção no Rio Negro. *Trabalho, Educação e Saúde*. Rio de Janeiro, v.7, n.2, pp.373-385m jul./out.2009.

LANGDON, E.J.; DIEHL, E.E; WIJK, F.; DIAS-SCOPEL, R.P. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(12):2637-2646, dez, 2006.

MATTA, G.C. e MOROSINI, M.V.G. Atenção Primária. In: PEREIRA, I.B. e FRANÇA, J.C.F. (Orgs.) *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2.ed. ver. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

MENÉNDEZ, E.L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1):185-207, 2003.

MOROSINI, M.V., CORBO, A.D. E GUIMARÃES, C.C. “O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional”. *Trabalho, Educação e Saúde*, v.5 n.2, pp. 261-280, 2007.

NOVO, M.P. Saúde e Interculturalidade: a participação dos Agentes Indígenas de Saúde/ AISs do Alto Xingu. In: *Revista de Antropologia Social dos alunos do PP-GAS-UFSCar*, v.1, n.1, pp. 122-147, 2009.

PEREIRA, I.B e RAMOS, M.N. *Educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

PEREIRA, I.B. *A formação profissional em serviço no cenário do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Tese de Doutorado, 2002.

ROCHA, E.S.C. *Uma etnografia das práticas sanitárias no distrito sanitário especial indígena do Rio Negro noroeste do Amazonas* [dissertação de Mestrado]. Manaus: UFAM, 2007.