



Ciclo Saúde Indígena

Caminhos do cuidado

2026

Volume 1

Saúde Indígena

Iniciativa



Parceria



**Instituto de Pesquisa e Apoio ao
Desenvolvimento Social – IPADS**

Coleção

CAMINHOS DO CUIDADO

Saúde Indígena

Volume 1

Autoria

Selma Aparecida Chaves Nunes

Colaboração

Jussara Pereira de Oliveira

Juliana Gonçalves Fidelis

Maria Gabriela Garcia de Almeida

1ª Edição

Campinas, São Paulo Brasil

2026

Instituto de Pesquisa e Apoio ao Desenvolvimento Social – IPADS

Presidente

Thiago Lavras Trapé

Projeto

Ciclo Saúde Indígena: Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde Indígena nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas de Guamá Tocantins e Maranhão

Execução: Instituto de Pesquisa e Apoio ao Desenvolvimento Social

Coordenação Geral do Projeto

Thiago Lavras Trapé

Equipe de gerenciamento do projeto

Maria José Comparini Nogueira de Sá

Orlando Mário Soeiro

Thiago Lavras Trapé

Apoio Técnico Especializado

Kátia Nascimento Benvenuto Fumagalli

Leandro Pinheiro

Suely Bonilha Esteves

Apoio administrativo

Renata Juliani Frascareli

Apoio à Comunicação

Renata Bonilha Esteves

Iniciativa

Fundação Vale

Equipe do eixo das formações

Maria José Comparini Nogueira de Sá

Selma Aparecida Chaves Nunes

Jussara Pereira de Oliveira

Juliana Gonçalves Fidelis

Maria Gabriela Garcia de Almeida

Autoria

Selma Aparecida Chaves Nunes

Colaboração

Jussara Pereira de Oliveira

Juliana Gonçalves Fidelis

Maria Gabriela Garcia de Almeida

Edição

Lucas das Chagas Testa

Organização

Maria José Comparini Nogueira de Sá

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Nunes, Selma Aparecida Chaves

Caminhos do cuidado [livro eletrônico] : saúde indígena : volume 1 / Selma Aparecida Chaves Nunes ; colaboração Jussara Pereira de Oliveira, Juliana Gonçalves Fidelis, Maria Gabriela Garcia de Almeida. -- Campinas, SP : IPADS, 2026. -- (Coleção caminhos do cuidado)

PDF

ISBN 978-65-80223-18-3

1. Comunidades indígenas - Brasil 2. Povos indígenas - Saúde 3. Saúde pública I. Oliveira, Jussara Pereira de. II. Fidelis, Juliana Gonçalves. III. Almeida, Maria Gabriela Garcia de. IV. Título. V. Série.

26-347936.0

CDD-613

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde integral : Promoção 613

Eliete Marques da Silva - Bibliotecária - CRB-8/9380

APRESENTAÇÃO

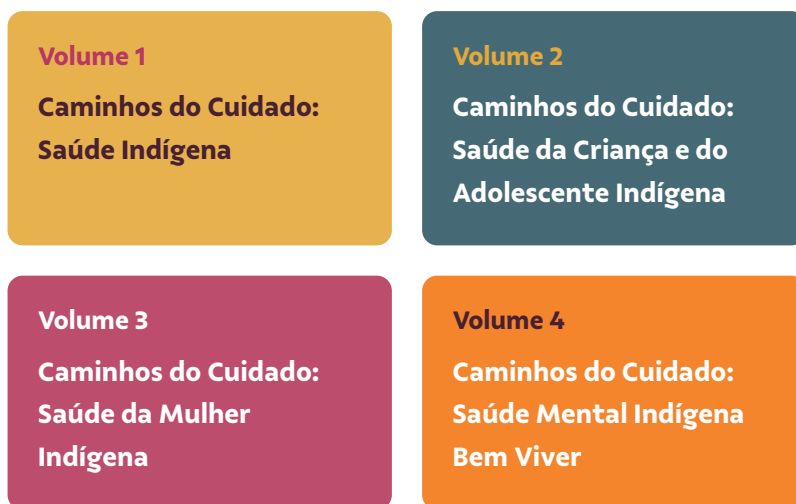
Este caderno compõe a coleção denominada Caminhos do Cuidado, resultado do trabalho colaborativo de diversos atores sociais, gestores, profissionais, lideranças e especialistas comprometidos com a saúde indígena.

Constitui-se em produto vinculado ao eixo das formações do projeto Ciclo Saúde Indígena: Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde Indígena nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas de Guamá Tocantins e Maranhão, desenvolvido pelo Instituto de Pesquisa e Apoio ao Desenvolvimento Social – IPADS em parceria com a Fundação Vale, com anuência da Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI e pactuações realizadas junto aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas Guamá Tocantins e Maranhão.

A coleção é apresentada como um instrumento orientador e estimulador de ações coletivas integradas na saúde indígena, especialmente no âmbito da atenção básica. Seu propósito é apoiar a formulação e atuação dos profissionais de saúde e lideranças dos territórios, em consonância com os planos distritais e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, visando sobretudo valorizar e protagonizar iniciativas locais e promover a integração das práticas.

A coleção Caminhos do Cuidado compõe-se de quatro volumes, sendo cada um constituído de temáticas específicas, identificadas ao longo do projeto pelos atores participantes e seus representantes, e ainda, por evidências epidemiológicas utilizadas.

A identificação específica dos volumes se dá nos subtítulos descritos.



Esperamos que a leitura possa inspirar àqueles que atuam nos territórios e cotidiano da saúde indígena, especialmente na atenção básica, transformando as aspirações em ações planejadas e integradas e construindo respostas diante das diversas necessidades em saúde dessas populações.

Maria José Comparini Nogueira de Sá

CAMINHOS

“De todos os caminhos da vida há um que importa mais: é o caminho que nos leva ao verdadeiro ser humano.”

Indígenas Moicanos

Neste projeto, desenvolvi um trabalho que representou um marco significativo em minha trajetória profissional e pessoal, configurando-se como um processo de crescimento técnico, humano e ético. Mais do que uma experiência “funcional”, foi um espaço de construção coletiva, no qual a prática esteve permanentemente articulada à reflexão crítica, fortalecendo minha atuação e ampliando minha compreensão sobre o cuidado e o trabalho em saúde indígena como prática de transformação social

Uma vivência com profissionais de diferentes formações e contextos possibilitou um rico compartilhamento de saberes, marcado pelo diálogo horizontal, pelo respeito à diversidade e pela valorização das experiências individuais e coletivas. Inspirado em uma perspectiva construtivista e freiriana, compreendendo que o conhecimento se produz na interação, na escuta sensível e na problematização da realidade, reconhecendo cada sujeito como protagonista do processo. As relações interpessoais e interculturais foram fundamentais nesse percurso/caminho, ampliando minha capacidade de reconhecer a alteridade, valorizar saberes ancestrais/tradicionais/indígenas e fortalecer práticas colaborativas. O compartilhamento de experiências constituiu-se como exercício de corresponsabilidade e coautoria, reafirmando que o trabalho em equipe é também um espaço de emancipação e fortalecimento da autonomia.

Selma Aparecida Chaves Nunes

CAMINHOS DO CUIDADO: SAÚDE INDÍGENA

O **Instituto de Pesquisa e Apoio ao Desenvolvimento Social (IPADS)**, a convite da **Fundação Vale**, estabeleceu parceria no **Programa Ciclo de Saúde e Proteção Social**, por meio do **Projeto – Ciclo Saúde Indígena: Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde Indígena**, no ano de 2025. O Projeto tem sua atuação em regiões que correspondem aos territórios indígenas dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) Guamá-Tocantins (DSEI GUATOC) e Maranhão (DSEI MA); e que apresentam populações indígenas em situação de grande vulnerabilidade social e sanitária. Essas populações enfrentam desafios críticos relacionados ao acesso à saúde, às condições de saneamento e à educação, apresentando indicadores de desenvolvimento humano que demandam intervenções específicas e adaptadas às suas realidades culturais e geográficas.

O Projeto, apresentou como **objetivo geral**: promover espaços de trabalho planejado, colaborativo e construtivo com os profissionais da Gestão, Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) e representantes da comunidade indígena dos territórios socioculturais dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas do Guamá Tocantins e do Maranhão, que compõem o Sistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS).

Desenvolveu-se nos seguintes eixos:

- Melhoria de infraestrutura dos DSEI, CASAI, Polos Base, EMSI, conforme abrangência do projeto considerando as necessidades e especificidades das localidades contempladas no projeto.
- Apoio ao fortalecimento da gestão do SASISUS nos DSEI Guamá Tocantins e Maranhão, estruturados em projetos específicos.
- **Desenvolvimento de processos de Capacitação- formação para gestores e trabalhadores do SASISUS dos DSEI GUATOC e Maranhão**, em conformidade com as propostas existentes nos **Planos Distritais de Saúde Indígena 2024-2027**, bem como com o desenvolvimento das práticas profissionais, diretamente relacionadas à oferta de cuidados na relação profissionais/usuários.

AS PRÁTICAS FORMATIVAS

Essa coleção de cadernos, resultado das práticas desenvolvidas **no eixo das formações** do projeto, busca apresentar o percurso adotado desde a concepção do eixo aos resultados observados.

Foram planejadas, elaboradas e executadas em seis momentos, respectivamente três em cada DSEI, nas temáticas expostas e justificadas na apresentação.

A metodologia foi pautada na concepção pedagógica de Paulo Freire, utilizando o círculo de cultura como referencial teórico-prático. Esta abordagem estimulou o diálogo com a realidade, a reflexão crítica e a ação transformadora; voltada para a autonomia e protagonismo dos sujeitos e para a melhoria das condições de saúde e vida no território indígena, observada nas formulações e ações propostas bem como nos processos avaliativos que **contribuíram com a continuidade autônoma e aperfeiçoada das ações.**

Apoiou-se ainda em metodologias de planejamento participativo, como o Método Altadir de Planejamento Popular (MAPP), centrado na identificação, análise e proposição de soluções para problemas locais de baixa complexidade, respeitando a visão da comunidade sobre suas necessidades, mas com adaptações nos diferentes grupos, de modo a garantir a construção de projetos de intervenção de cuidado em saúde criados a partir da capacidade de respostas das pessoas deste território

sociocultural. Desta forma, oportunizou-se a valorização de processos participativos que se caracterizaram pela reflexão das práticas sociais dos envolvidos; e representantes das comunidades indígenas; e pela instrumentalização técnica consentida, com vistas ao aprimoramento dessas práticas, sistematização e apropriação de novos conteúdos

As práticas formativas em etapas dialéticas e contínuas, que se iniciaram previamente às ofertas e permearam todo o processo, possibilitaram que os participantes fossem os verdadeiros sujeitos do processo de aprendizagem e construção do conhecimento.

A dinâmica das formações dividiu-se em três momentos: a fase de exposição, a de discussão e a de construções/sistematização.

A fase de exposição, comum aos grupos, referiu-se a realizar um alinhamento conceitual sobre os objetos propostos para o diálogo, ressaltando conhecimentos básicos que nessa coleção são apresentados.

Na fase de discussão, realizou-se aproximação a uma análise diagnóstica, com levantamento das forças-fortalezas e fraquezas-fragilidades diante dos principais problemas apresentados em cada temática, uma breve seleção com priorização dos problemas e, na fase de construção/ sistematização, a elaboração de projeto(s) de intervenção

com análise de viabilidade na implementação e multiplicação aos atores que não participaram da capacitação.

Destacam-se como principais resultados gerais alcançados nas formações: o fortalecimento de uma prática de atenção à saúde no SASISUS, por meio de um plano de micro intervenções propostas aos serviços de saúde; a formulação deste plano de ações no âmbito de atuação dos profissionais e lideranças dos territórios; e, o alcance expressivo de 185 participantes diretos com engajamento equilibrado entre os três eixos temáticos propostos: Criança e Adolescente, Mulher e Saúde Mental das populações indígenas abrangidas.

A FORÇA DA INTERDISCIPLINARIDADE: DIVERSIDADE DE OLHARES NO TERRITÓRIO

Considera-se que o sucesso e a profundidade das formações desenvolvidas residiram na sua composição **interdisciplinar e intercultural**. Ao reunir uma rede de 185 participantes, o projeto superou a barreira do conhecimento técnico isolado, promovendo um diálogo genuíno entre o saber científico e a vivência tradicional indígena, incitados a criarem soluções.

Os grupos contaram com a presença de participantes dispostos às formações e ocupando diferentes posições e representações.

Corpo Clínico e de Saúde: médicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistente social, farmacêutico e técnicos de enfermagem e de saúde bucal.

Gestão e Administração: coordenador do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), chefia da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI), técnicos administrativos, técnicos de edificações e responsáveis técnicos dos Polos Base.

Elo Comunitário e Territorial: Agentes Indígenas de Saúde (AIS), Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN), Conselheiros de Saúde, Lideranças e representantes das comunidades e medicinas indígenas.

O Impacto no Projeto de Intervenção

Essa pluralidade de atores sociais foi fator decisivo para a construção de **Projetos de Intervenção** que respeitam o olhar das pessoas do

território. Enquanto o corpo clínico trouxe o suporte técnico-científico nas discussões, as lideranças e os agentes indígenas garantiram a **pertinência cultural**, assegurando que cada ação proposta fosse sensível às especificidades do **contexto sociocultural indígena**. Essa interação permitiu que os gargalos assistenciais fossem vistos de forma integral. O resultado não é apenas uma formação teórica, mas a criação de estratégias de intervenção reais, centradas no Bem Viver e fortalecidas pela colaboração de quem executa, gere e vive a saúde no território.



Figura 01 – Distribuição dos quantitativos de participantes nas Formações

Imagem criada por IA

Em suma, os dados confirmam o sucesso na mobilização das frentes de saúde indígena, apresentando um programa de formação coeso, obtendo integração nas práticas propostas e com representatividade significativa em ambos os territórios.

MARCOS CONCEITUAIS NAS FORMAÇÕES

Os antecedentes aos marcos apresentados assentam-se nas seguintes premissas.

O Sistema de Saúde é um conjunto articulado de ações e serviços voltado para responder às necessidades de saúde das populações em uma dada sociedade. Os Sistemas de Saúde existem para a oferta de cuidados em saúde. A melhoria do cuidado em saúde exige ações estratégicas de aperfeiçoamento na **gestão** do sistema, na **organização** dos serviços e nas **práticas profissionais**. (PAIM,2009).

O que é o SUS?

O SUS (Sistema Único de Saúde) é o sistema de saúde do Brasil, que garante atendimento para **TODOS!** É um direito de todo cidadão brasileiro, assegurado pela Constituição de 1988.

Como funciona?

Do atendimento mais simples, como uma vacina ou um curativo, até tratamentos mais complexos, como uma cirurgia, o SUS está presente. Tudo isso é financiado com os impostos pagos pela população.



Figura 2 – Infográfico do Sistema Único de Saúde

Imagem criada por IA

O SUS é um dos maiores sistemas públicos do mundo, atendendo mais de 190 milhões de pessoas na assistência, beneficiando cerca de 80% da população que depende exclusivamente dele e ainda beneficiando os outros brasileiros que não utilizam os serviços de saúde pública, mas estão cobertos pelas ações de vigilância em todo o território nacional.

A Atenção Primária (APS)

A APS pode ser definida como “atenção essencial à saúde baseada em tecnologias e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitos, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade, a um custo que tanto a comunidade quanto o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento”. (STARFIELD, 2002)

É um modo de atenção à saúde que pode responder a maior parte das necessidades de uma população desenvolvendo ações integradas promotoras, preventivas e curativas individuais e coletivas.

A Atenção Primária, no país chamada Atenção Básica, é o primeiro lugar de pertencimento de cuidado na saúde.

É a principal **porta de entrada** do SUS. Ela funciona perto de onde vivemos, nas Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI) e nos Polos Bases.

Deve vincular e acompanhar a pessoa ao longo da vida de modo a compreender e cuidar de cada nova demanda ofertando **cuidado continuado - longitudinalidade**.

O princípio regente da **integralidade** remete a responsabilizar-se por todos os problemas de saúde num conceito ampliado de saúde como qualidade de vida, mesmo quando houver necessidade de

encaminhamento para os serviços especializados ou serviços de outros setores.

Deve ainda realizar a **coordenação** do cuidado, organizando e buscando integrá-los especialmente porque são realizados por diferentes profissionais e muitas vezes diversos serviços.

Figura 3 – Atributos essenciais e derivados da APS

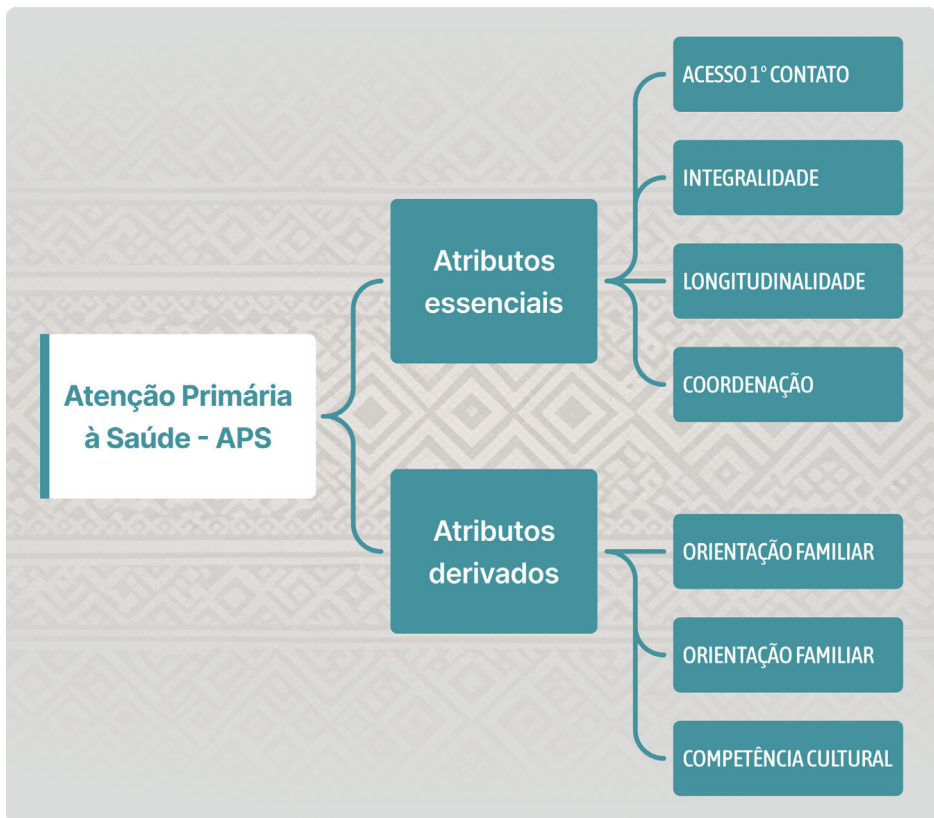


Imagem criada por IA (adaptado de Starfield, 2002)

Tecnologias do cuidado em saúde

“As tecnologias do cuidado em saúde dizem respeito a tudo o que é utilizado como instrumento para levar cuidado a outras pessoas e, dessa forma, o próprio profissional pode ser considerado tecnologia em suas interações”. (KOERICH et al,2006).

De modo sucinto as tecnologias do cuidado apresentam-se como:

- **Tecnologias leves** tais como acolhimento, vínculo e busca de autonomia dos sujeitos, por meio de um diálogo aberto e uma escuta qualificada, podendo ser identificadas na realização de dinâmicas de grupo, brincadeiras, uso de linguagem adequada;
- **Tecnologias leves-duras**, que compreendem conhecimentos técnico-científicos específicos, servem de subsídio para o manejo individual, grupal e coletivo, auxiliam na confecção de recursos pedagógicos como álbuns seriados, vídeos educativos, panfletos, cartazes, guias e manuais.
- **Tecnologias duras**, que são representadas por equipamentos, como glicosímetro, aparelho de pressão, balança, formulários para registro de atividades da prática de grupo, protocolos clínicos, e por procedimentos que são utilizados no processo de cuidado.

Na atenção básica todas essas tecnologias são utilizadas.

SOCIEDADE E SAÚDE INDÍGENA

O Brasil abriga uma das maiores sociodiversidades, além da biodiversidade do planeta. Segundo o Censo IBGE 2022, os mais de 305 povos indígenas somam 1.694.836 indígenas, sendo que a maioria da população indígena, cerca de 54% (914.746 pessoas), vive em áreas urbanas, enquanto 46% (780.090 pessoas) vivem em áreas rurais, o que corresponde aproximadamente a 0,83% da população total do país. (IBGE,2022)

O que esses números indicam?

Mudança de padrão

O Brasil inverteu uma tendência de décadas: a maioria dos indígenas agora vive nas cidades, e não nas áreas rurais. (IBGE,2022)

Aumento significativo

O número de indígenas no país cresceu 88,96% entre 2010 e 2022, sendo o aumento em áreas urbanas particularmente expressivo (181,6%). (IBGE,2022)

Melhor captação de dados

Parte do aumento da população indígena urbana não se deve a deslocamentos populacionais, mas a aprimoramentos metodológicos do Censo de 2022, que permitiram uma melhor captação dessas pessoas em áreas urbanas. (IBGE,2022)

Visibilidade para políticas públicas

O aprimoramento na captação, especialmente dos indígenas em áreas urbanas, torna essa população mais visível para o poder público, o que é crucial para a criação de políticas públicas necessárias. (IBGE, 2022)

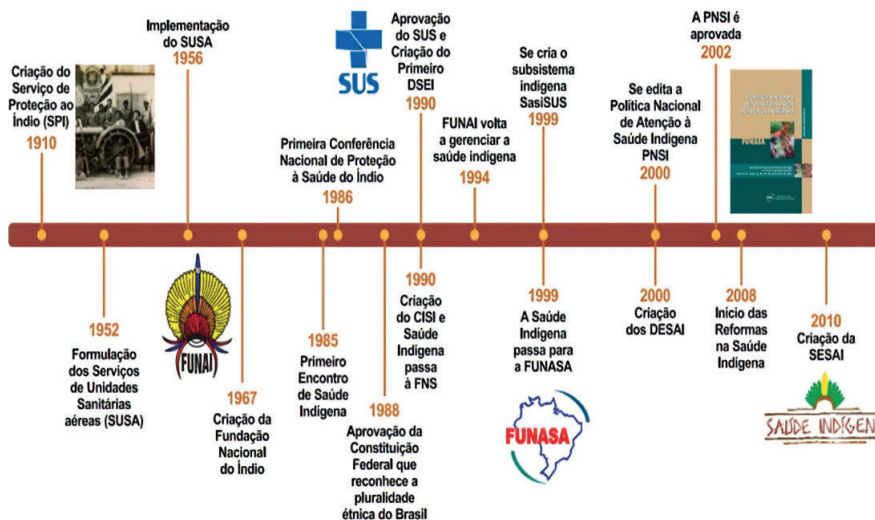
Contexto da Saúde Indígena

A história da população indígena demonstra um aspecto da exclusão social em nosso país. Desde o tempo da colonização esses povos foram submetidos a diversas formas de dominação, expropriação de territórios e proibições de suas manifestações culturais e religiosas.

Em relação à saúde, os serviços prestados aos Povos Indígenas estiveram vinculados desde a colonização, a ação missionária integrada a políticas governamentais da época, com o objetivo principal de evangelização e catequese. Em 1988, com a Constituição Federal, há o reconhecimento e respeito público às organizações socioculturais dos povos indígenas e a sua pluralidade étnica. Neste bojo, passa-se a pensar na estruturação de um modelo de saúde diferenciado que garanta o acesso universal e integral à saúde dos povos indígenas.

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL

Linha do tempo - Histórico das ações e políticas de saúde direcionadas aos povos indígenas



Fonte: Programa de Qualificação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN).

A Trajetória das Conferências Nacionais de Saúde Indígena: Marcos do SasiSUS

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) determina como uma de suas diretrizes o controle social, que garante a participação indígena no SasiSUS de maneira qualificada, deliberativa, independente e representativa, conforme as prerrogativas estabelecidas pela legislação do SUS.

O controle social na saúde indígena é composto pelas seguintes instâncias colegiadas de participação social: Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI), Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI), Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (FPCONDISI) e Conferências Nacionais de Saúde Indígena (CNSI). (BRASIL, 2022)

O histórico das Conferências Nacionais de Saúde Indígena (CNSI) reflete a luta histórica dos povos originários pela institucionalização de um modelo de atenção que respeite suas especificidades socioculturais. Abaixo, detalhamos os marcos legais fundamentais dessa evolução:

- **1986 – 1ª CNPSI: O Despertar do Modelo.** Realizada em um contexto de redemocratização, marcou o início das discussões formais sobre a necessidade de um modelo de atenção à saúde específico para os povos indígenas, rompendo com lógicas meramente assistencialistas.
- **1993 – 2ª CNSPI: A Base Jurídica.** Este encontro definiu as diretrizes da Política Nacional de Saúde para os Povos Indígenas. O maior legado deste período foi a mobilização que resultou na Lei Arouca (9.836/99), responsável por instituir o Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS) no âmbito do SUS.
- **2001 – 3ª CNSI: Consolidação e Humanização.** Com o tema “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização”, o foco voltou-se para a operacionalização do sistema e o fortalecimento do controle social, garantindo que os indígenas tivessem voz ativa na gestão da saúde.
- **2006 – 4ª CNSI: O Território em Foco.** Consolidou o conceito do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) não apenas como unidade administrativa, mas como um território vivo de produção de saúde, proteção da vida e valorização das tradições ancestrais.

- **2013 – 5ª CNSI: Atenção Diferenciada.** Reafirmou o direito ao acesso e à diversidade, aprofundando o debate sobre a Atenção Diferenciada — o princípio de que o SUS deve se adaptar às realidades indígenas, e não o contrário.
- **2022 – 6ª CNSI: Atualização e Futuro.** Marcou o processo de reformulação da PNASPI, buscando atualizar os mecanismos de gestão e cuidado frente aos novos desafios contemporâneos enfrentados pelos territórios.

Política Nacional de Atenção à Saúde dos povos indígenas

Aprovada pela Portaria n. 254, de 31 de janeiro de 2002, a PNASPI tem como objetivo: “garantir aos Povos Indígenas o acesso integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica e política [...] reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura” (BRASIL, MS, 2002, P.13).

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) é a lei que garante um cuidado de saúde específico e diferenciado para os povos indígenas, respeitando culturas, medicinas indígenas e formas de organização social.



Diretrizes da PNASPI

- Organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de distritos sanitários especiais e polos-base, no nível local;
- Preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural;
- Monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;
- Promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;
- Promoção do uso adequado e racional de medicamentos;
- Promoção de ambientes saudáveis e de proteção da saúde indígena;
- Controle Social.

O que vem a ser uma Atenção diferenciada em contexto Intercultural?

Para Langdon (2007), “a atenção diferenciada supõe que profissionais de saúde devem considerar a particularidade cultural da comunidade indígena e respeitar as práticas de saúde tradicionais”.

As práticas indígenas de auto atenção deveriam ser articuladas às rotinas dos serviços de saúde, entretanto, os profissionais precisariam compreender que os sistemas médicos constituem construções socioculturais. (LANGDON,2007)

ATENÇÃO DIFERENCIADA x INTERCULTURALIDADE EM SAÚDE INDÍGENA

ATENÇÃO DIFERENCIADA



Definição

Princípio da **PNASPI** – garante que a saúde indígena respeite especificidades culturais, sociais, epidemiológicas e territoriais.



Foco principal

Adequar as ações de saúde às realidades e modos de vida dos povos indígenas



Princípio

Direito à diferença dentro do SUS



Exemplos práticos

Campanhas de vacinação adaptadas a calendários culturais

Inclusão de Agentes Indígenas de Saúde

Respeito a práticas alimentares

INTERCULTURALIDADE



Definição



Processo de diálogo horizontal entre sistemas de saberes distintos (biomédico e Indígenas).



Foco principal

Valorizar e legitimar os saberes tradicionais, articulando-os ao biomédico.



Princípio

Construção conjunta de estratégias de cuidado sem hierarquização entre saberes



Exemplos práticos

Permitir pajelança junto a tratamento clínico

Uso de plantas medicinais em diálogo com protocolos médicos

Figura 6 – Atenção Diferenciada e Interculturalidade

Imagem criada por IA

Quem faz a gestão dos serviços?

Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) são responsáveis por levar e gerenciar os serviços de saúde nas terras indígenas.

A Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) é formada por: Agente Indígena de Saúde (AIS); Agente Indígena de Saneamento (AISAN) – da própria comunidade, Enfermeiro e Técnico de Enfermagem, Médico, Cirurgião–Dentista e outros profissionais.



QUEM REALIZA AS AÇÕES DE SAÚDE?

A Equipe Multiprofissional e o Trabalho Interprofissional

Na Atenção Primária em Saúde (APS), assegurar a integralidade da assistência, de modo que não haja descontinuidade no processo de cuidado em saúde, ainda, se apresenta como um grande desafio.

Desta forma, a **Política Nacional de Atenção Básica em Saúde (PNAB)** propõe a formação de equipes multiprofissionais e interprofissionais para realizar ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos, além da vigilância em saúde.

Objetivos do Trabalho Interprofissional

- Promover a integralidade do cuidado
- Evitar fragmentação das ações
- Ampliar comunicação entre profissionais
- Valorizar saberes diversos
- Ampliar resolutividade

Elementos-Chave do Trabalho Interprofissional

- Comunicação efetiva
- Tomada de decisão compartilhada
- Respeito mútuo entre categorias

- Clareza de papéis
- Gestão participativa e liderança colaborativa

Estratégias de Fortalecimento do Trabalho Interprofissional

- Educação interprofissional em saúde
- Reuniões de equipe
- Matriciamento, Supervisão Formativa e outras formas de apoio
- Protocolos integrados
- Incentivo à comunicação colaborativa
- Gestão horizontal

O Trabalho Interprofissional é essencial para o cuidado integral. Ele requer diálogo, colaboração e valorização dos saberes; assim como, compartilhamento de objetivos na construção conjunta do cuidado. Como benefícios deste trabalho temos:

- Cuidado mais integral e humanizado
- Redução de erros e duplicidades
- Maior satisfação de usuários e profissionais
- Melhores resultados em saúde



Figura 7 – Trabalho Interprofissional

Imagem criada por IA

VIGILÂNCIA EM SAÚDE E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: INTEGRAÇÃO ESTRATÉGICA PARA A INTEGRALIDADE DO CUIDADO

A Vigilância em Saúde constitui um dos pilares estruturantes do sistema público de saúde brasileiro, articulando ações de promoção, prevenção, proteção e controle de riscos e agravos. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a vigilância não se limita à notificação de doenças, mas abrange um conjunto integrado de práticas que envolve vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e de saúde do trabalhador, e promoção a saúde, orientada pelo monitoramento contínuo da situação de saúde da população.



Figura 8 - Vigilância em Saúde

Imagem criada por IA

As Redes de Atenção à Saúde (RAS), por sua vez, são organizadas de forma que articulam diferentes pontos de atenção, da Atenção Primária à Saúde (APS) aos serviços de média e alta complexidade — com o objetivo de garantir o cuidado integral, contínuo e coordenado. Essas redes se estruturam com base na regionalização, na hierarquização e na cooperação interfederativa (União, estados e municípios), buscando superar a fragmentação histórica dos serviços em saúde.

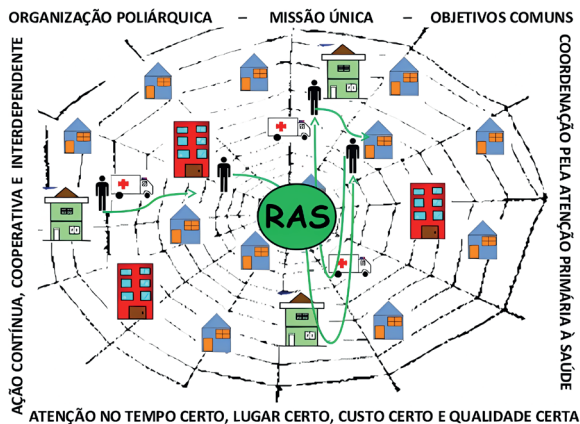
Uma Interface entre Vigilância e Atenção

A integração da Vigilância em Saúde nas Redes de Atenção à Saúde é condição essencial para a efetividade das políticas públicas. A vigilância produz informação estratégica que orienta o planejamento, a definição de prioridades e a alocação de recursos na rede assistencial. Ao identificar perfis epidemiológicos, territórios vulneráveis e grupos populacionais de maior risco, possibilita subsidiar intervenções mais equitativas e resolutivas.

A Atenção Primária à Saúde assume papel nessa articulação central, pois atua como ordenadora do cuidado e coordenadora da rede. É no território que se concretiza a integração entre vigilância e assistência, por meio do acompanhamento das famílias, da busca ativa, do monitoramento de agravos e da implementação de ações intersetoriais na promoção da saúde e prevenção de agravos.

Integralidade e Equidade como Eixos Norteadores

A articulação da Vigilância na RAS fortalece os princípios da integralidade e da equidade. A integralidade se expressa na oferta de cuidado que considera o indivíduo em suas dimensões biológicas, sociais e culturais. Já a equidade orienta a priorização de população e territórios que apresentam maiores vulnerabilidades, promovendo a justiça social na distribuição de recursos e ações.



Fonte: <https://redehumanizaus.net/92464-redes-de-atencao-a-saude-ras>

Nesse sentido, **a vigilância territorializada** permite identificar determinantes sociais da saúde, orientar políticas intersetoriais e potencializar estratégias de prevenção e promoção da saúde, diminuindo desigualdades.

A Vigilância em Saúde constituinte das Redes de Atenção, deixa de ser apenas um instrumento de controle de doenças e passa a ser elemento estruturante do planejamento e da gestão do cuidado, promovendo a saúde com base na equidade e na integralidade.



O objetivo deste material não é esgotar nenhum dos conteúdos abordados, mas sim oferecer subsídios iniciais para apoiar e instrumentalizar as reflexões vivenciadas nas oficinas. Cada tema foi selecionado pela sua relevância e pelo seu potencial de disparar novas perguntas, novas análises e novos caminhos de aprendizagem.

Assim, este se encerra reafirmando o propósito que o originou: estimular cada leitor e cada participante a seguir explorando, investigando e aprofundando os conhecimentos aqui apresentados. Que este material seja ponto de partida — e não de chegada — para que novas ideias, práticas e diálogos continuem sendo construídos, sempre com respeito aos saberes tradicionais, à diversidade cultural e ao compromisso com a promoção de uma saúde indígena integral, participativa e intercultural.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PAIM, J.S O que é SUS / Jairnilson Silva Paim – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148p. (Coleção Temas em Saúde).

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Bárbara Starfield. – Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Bárbara Starfield. – Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

KOERICH MS, BACKES DS, SCORTEGAGNA H DE M, WALL ML, VERONESE AM, ZEFERINO MT, ET AL.. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. Texto contexto – enferm [Internet]. 2006;15(spe):178–85. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000500022>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica. Cadernos HumanizaSUS, Série B., v. 2, Brasília, DF, 2010, 256p. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizassus_atencao_basica.pdf.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2022. Panorama do Censo 2022. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>. Acesso 19 ago 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde Indígena (SESAI). Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS (2012–2021). Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

LANGDON EJ. Diversidade cultural e os desafios da política brasileira de saúde do índio. Saúde social [Internet]. 2007maio;16(2):7–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000200002>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

PEDUZZI, M. AGRELI, H.F; SILVA, J.A.M.; SOUZA, H.S. Trabalho em equipe: uma revista ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/RLtz36Ng9sNLHknn6hLBQvr/?format=pdf&lang=pt>.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. Interface comunicação saúde educação (Botucatu). vol.22 supl.2 p.1525– 34, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601525.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde – 2023. 8p. Disponível em: <https://www.conass.org.br> – Acesso em: 04/02/26.

MINIBIO

Graduada em Odontologia (UMC). Especialista e mestre em Odontologia em Saúde Coletiva e doutora em Ciências Odontológicas Aplicadas, área de concentração – Saúde Coletiva (FOB/ USP). A trajetória em Saúde Pública inicia-se em 1994, no município de Osasco/SP. No ano de 2000, começo o trabalho com populações indígenas na implantação do Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro/AM, e a partir deste, desenvolvo trabalhos na atenção, formação e gestão da saúde e da saúde indígena. Agrego a esta trajetória profissional defender o SUS e a Saúde como um direito fundamental e universal, que viabilizou uma práxis que aplica o conhecimento epidemiológico na prevenção e controle de agravos à saúde, bem como outros conhecimentos técnicos necessários visando ao melhor cuidado e respostas às necessidades em saúde e, as experiências vividas considerando o território em saúde na ótica da diversidade cultural, política, econômica e social.





Ciclo Saúde Indígena

Caminhos do cuidado

2026

Volume 1 – Saúde Indígena