

DESAFIOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS NO ATENDIMENTO À POPULAÇÃO INDÍGENA

QUERLY OLIVEIRA SILVA

MARCUS VINICIUS HENRIQUES BRITO

AMANDA DA COSTA SILVEIRA SABBÁ

ORGANIZADORES

QUERLY OLIVEIRA SILVA

MARCUS VINICIUS HENRIQUES BRITO

AMANDA DA COSTA SILVEIRA SABBÁ

DESAFIOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS NO ATENDIMENTO À POPULAÇÃO INDÍGENA

Available in English



BELÉM - PA

2026

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

Desafios clínicos e cirúrgicos no atendimento à
população indígena [livro eletrônico] /
organizadores Querly Oliveira Silva, Marcus
Vinicius Henriques Brito, Amanda da Costa
Silveira Sabbá. -- Belém, PA : Ed. dos Autores,
2026.
PDF

Vários autores.
Vários colaboradores.
Bibliografia.
ISBN 978-65-02-02527-7

1. Indígenas - Direitos fundamentais 2. Medicina e
saúde 3. Povos indígenas 4. Profissionais de saúde
5. Saúde - Aspectos sociais I. Silva, Querly
Oliveira. II. Brito, Marcus Vinicius Henriques.
III. Sabbá, Amanda da Costa Silveira.

26-348932.1

CDD-362.1089981

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde indígena : Atenção terciária : Brasil
362.1089981

Camila Aparecida Rodrigues - Bibliotecária CRB -
SP-010133/0

ORGANIZADORES



Querly Oliveira Silva

Enfermeira, graduada pela Universidade Estadual do Maranhão. Especialista em Urgência e Emergência pela Faculdade de Educação de Bacabal e em Obstetrícia e Neonatologia pela Faculdade Adelina Moura. Mestranda Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental pela Universidade do Estado do Pará. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0571489087706518>.



Marcus Vinicius Henriques Brito

Médico, graduado pela Universidade Federal do Pará. Possui Mestrado e Doutorado em Técnicas Operatórias e Cirurgia Experimental pela Universidade Federal de São Paulo. É docente permanente do Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental da Universidade do Estado do Pará. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1180984403274256>.



Amanda da Costa Silveira Sabbá

Cirurgiã-Dentista, graduada pela Universidade Federal do Pará. Possui Mestrado em Ciências Odontológicas pela Universidade de São Paulo e Doutorado em Biologia Parasitária na Amazônia pela Universidade do Estado do Pará. É docente permanente do Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental da Universidade do Estado do Pará. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3512649355304138>.

COLABORADORES / PROFISSIONAIS

Anderson Bentes Lima

Farmacêutico, graduado pela Universidade Federal do Pará. Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Pará e Doutor em Biotecnologia pela Universidade Federal do Pará. Atualmente é coordenador do Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental da Universidade do Estado do Pará.

Currículo Lattes: <https://lattes.cnpq.br/3455183793812931>.

Allan Kardec Lima Brandão

Enfermeiro, graduado pela Faculdade Santa Terezinha. Especialista em Urgência e Emergência pela Faculdade São Marcos. Mestrando Profissional em Cirurgia e Pesquisa *Experimental pela Universidade do Estado do Pará. Atua no Hospital Municipal Daniel Gonçalves em Canaã dos Carajás e no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Parauapebas.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1286637938073384>.

Anny Caroline Oliveira de Oliveira

Biomédica, graduada pelo Centro Universitário Luterano de Palmas. Sanitarista em Saúde Coletiva pela Fundação de Escola Pública de Palmas. Possui Mestrado em Biotecnologia pela Universidade Federal do Tocantins.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1377108934474792>.

Bruna Pereira Carvalho Sirqueira

Enfermeira, graduada pela Universidade Estadual do Maranhão. Mestra Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental pela Universidade do Estado do Pará e Doutora em Enfermagem Profissional na Universidade Estadual Paulista. Atualmente é docente na Universidade Federal do Maranhão, Campus Imperatriz.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7355631654992609>.

Caroline Mendes Santos

Biomédica, graduada pela Universidade do Estado do Pará. Especialista em Hematologia pelo Centro de Ensino Superior Dom Alberto LTDA e Saúde Coletiva pelo Instituto Brasileiro de Formação. Mestra Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental pela Universidade do Estado do Pará. Atua no Laboratório Central de Marabá e na Universidade do Estado do Pará, campus VIII, Marabá.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5543449421930735>.

Charles Alberto Villacorta de Barros

Médico, graduado pela Universidade do Estado do Pará. Possui residência médica em urologia realizada no Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo e Doutorado em Ciências (Urologia) pela Universidade Federal de São Paulo. É docente permanente do Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental da Universidade do Estado do Pará.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8079373168923525>.

Edicarla Torres Ribeiro

Enfermeira, graduada pelo Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos. Especialista em Enfermagem Obstétrica pelo Centro Universitário de Gurupi; Enfermagem em Nefrologia pela Faculdade Integrada de Patos e Enfermagem do Trabalho pela Faculdade Cândido Mendes. Mestra Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental pela Universidade do Estado do Pará. Atualmente é docente na Faculdade de Ciências Médicas do Pará e no Centro Universitário Anhanguera de Marabá.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5511182654386863>.

Fernanda Povoas dos Anjos

Fisioterapeuta, graduada pelo centro universitário Pitágoras de Marabá. Especialista em Terapia intensiva pela Faculdade Inspirar. Mestranda Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental pela Universidade do Estado do Pará. Atua no Hospital Regional do Sudeste do Pará. É docente na Faculdade de Ciências Médicas do Pará e na Faculdade Anhanguera Educacional de Marabá.

Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/6479690649009304>.

Francisco Alves Lima júnior

Enfermeiro, graduado pela Universidade Estadual do Maranhão. Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade de Ciências de Wenceslau Braz e Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva pelo Instituto Nordeste de Educação Superior e Pós-Graduação. Mestre Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental pela Universidade do Estado do Pará e Doutor Profissional em Enfermagem pela Universidade Estadual Paulista. Atualmente é docente na Universidade Federal do Maranhão, Campus Imperatriz.

Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/6992893738598161>.

Hyandra Gomes de Almeida Sousa

Nutricionista, graduada pelo Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão. Especialista em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Maranhão. Graduanda em Medicina na Universidade Ceuma. Mestranda Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental pela Universidade do Estado do Pará. Atua no Hospital Municipal de Açailândia.

Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/1432610489026259>.

Isaac Prado Ramos

Médico, graduado pela Universidade de Fortaleza. Especialista em Clínica Médica, pela Sociedade Brasileira de Clínica Médica e em Medicina de Família e Comunidade, pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Mestre Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental pela Universidade do Estado do Pará. Atua como coordenador de Clínica Médica no Hospital Municipal de Marabá, é preceptor do internato médico e professor preceptor e tutor na Faculdade de Ciências Médicas do Pará. Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/5422004529800762>.

Jennifer Pamella Balan

Enfermeira, graduada pela Universidade Paranaense. Mestra Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental pela Universidade do Estado do Pará. Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/0156778127901866>.

João Vitor Dias Pereira

Médico, graduado pelo Centro Universitário do Espírito Santo. Especialista em Geriatria e Gerontologia pela Universidade do Estado do Pará. Mestre Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental pela Universidade do Estado do Pará. Doutorando em Biotecnologia em Saúde pela Universidade Federal do Pará. Atua como Médico de Família e Comunidade e é docente da Universidade do Estado do Pará. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6327744458589149>.

Karine Keila de Sousa Vieira Sampaio

Médica, graduada pela Universidade Federal do Pará. Possui Residência Médica em Dermatologia pela Fundação Santa Casa de Misericórdia. Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde pela Universidade Ceuma. É docente na Universidade Federal do Maranhão, Campus Imperatriz. Mestranda Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental pela Universidade do Estado do Pará. Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/1558183420270488>.

Leonardo Yohan Santos Chucre de Lima

Médico, graduado pela Universidade do Estado do Pará. Estagiário do Laboratório de Cirurgia Experimental da Universidade do Estado do Pará. Atua na Marinha do Brasil. Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/3216459277689263>.

Lauany Silva de Medeiros

Enfermeira, graduada pela Universidade do Estado do Pará. Especialista em nefrologia pela Faculdade Venda Nova Imigrante. Mestranda Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental pela Universidade do Estado do Pará. Atua na Secretaria do Estado do Pará. Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/1997921019751995>.

Lorena de Oliveira Tannus

Fisioterapeuta, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Especialista em Cardiopulmonar e Terapia Intensiva pelo Centro de Estudos Avançados e Formação Integrada. Possui Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental pela Universidade do Estado do Pará. É docente efetiva na Universidade do Estado do Pará.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3887621214342902>.

Mauro de Souza Pantoja

Médico, graduado pela Universidade Federal do Pará. Especialista em Gastroenterologia pela Federação Brasileira de Gastroenterologia; em Terapia Nutricional Enteral e Parenteral pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral; em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica pelo Anhembi Morumbi. Possui Mestrado em Cirurgia pela Universidade Estadual de Campinas e Doutorado em Cirurgia pela Universidade Estadual de Campinas. É docente permanente do Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental da Universidade do Estado do Pará.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9416176335669684>.

Maria Juliana dos Santos Cortez

Enfermeira, graduada pela Universidade Estadual do Maranhão. Mestranda Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental pela Universidade do Estado do Pará. Atual no Hospital Regional de Grajaú e na Universidade Estadual do Maranhão, Campus Grajaú.

Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/8147544633477991>.

Priscila Xavier de Araújo

Farmacêutica, graduada pelo Centro Universitário do Estado do Pará. Especialista em Farmácia Magistral pela Faculdade Oswaldo Cruz. Mestre em Farmacologia pela Universidade de São Paulo, Doutora em Farmacologia pela Universidade Federal de São Paulo. Atua como docente permanente no Mestrado Profissional em Cirurgia e Pesquisa Experimental da Universidade do Estado do Pará.

Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/3083164466192212>.

COLABORADORES / DISCENTES

Ana Carolina Teixeira Costa

Discente do curso de Medicina pela Universidade do Estado do Pará.

Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/0451092083123585>.

Bárbara da Silva Souza

Discente do curso de Medicina pela Universidade do Estado do Pará.

Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/6628262944260595>.

Brunna Noletto Campos

Discente do curso de Medicina pela Universidade Federal do Pará.

Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/3538114324113212>.

Erine Souza Aguiar

Discente do curso de Medicina pela Universidade do Estado do Pará.

Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/6905709332504276>.

Fernando Franklin Ferreira da Costa

Discente do curso de Medicina pela Universidade Federal do Pará.

Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/8042099077352404>.

Itallo Oliveira Dias Correia

Discente do curso de Medicina pela Universidade do Estado do Pará.

Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/4919550922768108>.

Ingrid Neves Tavares

Discente do curso de Medicina pela Universidade do Estado do Pará.

Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/2881468631443596>.

Julia Vieira Sampaio

Discente do curso de Medicina da Universidade Ceuma.

Currículo lattes: <https://lattes.cnpq.br/9306453045659308>.

Láysa Rodrigues de Lima Gomes

Discente do curso de Medicina pela Universidade do Estado do Pará.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7458187716195335>.

Lyncoln Eduardo Alves Silva

Discente do curso de Medicina pela Universidade do Estado do Pará.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4908316173539249>.

Maria Eduarda de Souza

Discente do Curso de Medicina pela Universidade do Estado do Pará.

Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/8770262732991294>.

Maíra Fontel da Luz

Discente do curso de Medicina pela Universidade do Estado do Pará.

Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/1038959264222621>.

Marcelle dos Santos Alusiar

Discente do curso de Medicina pela Universidade do Estado do Pará.

Currículo Lattes: <https://lattes.cnpq.br/8094528563061399>.

Rubens de Paulo Rodrigues

Discente do curso de Medicina pela Universidade do Estado do Pará.

Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/5944827945676837>.

Sarah Menezes Albuquerque de Oliveira

Discente do curso de Medicina pela Universidade do Estado do Pará.

Currículo lattes: <http://lattes.cnpq.br/2059054655027714>.

Thawanny Gomes Varão

Discente do curso de Medicina pela Universidade do Estado do Pará.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3235662114872062>.

AGRADECIMENTOS

Minha profunda gratidão à Deus, fonte de força e direção em todos os momentos dessa caminhada. Aos meus professores, em especial à Dra. Bruna Sirqueira, Dra. Amanda Sabbá e Dr. Marcus Vinicius, cujo apoio constante, incentivo e confiança foram fundamentais ao longo dessa trajetória. A orientação, a disponibilidade e o compromisso deles fizeram toda a diferença na construção deste percurso, fortalecendo não apenas o conhecimento, mas também a segurança e a motivação para seguir adiante.

Estendo também meu reconhecimento aos colegas e ao programa CIPE, pela oportunidade enriquecedora proporcionada. A experiência vivenciada por meio do programa ampliou horizontes, fortaleceu aprendizados e contribuiu significativamente para meu crescimento acadêmico e profissional.

DEDICATÓRIA

À minha mãe Maria Célia e meus avós Lucília e Francisco (in memoriam) por todo amor e cuidado.

APRESENTAÇÃO

Garantir uma atenção à saúde que seja, ao mesmo tempo, técnica, resolutiva e culturalmente apropriada ainda é um dos maiores desafios do cuidado à população indígena no Brasil, pois persistem entraves importantes nas redes assistenciais e no cotidiano profissional. Entre eles destacam-se a heterogeneidade cultural e linguística, a formação insuficiente de profissionais preparados para dialogar com os saberes tradicionais e as dificuldades clínicas e cirúrgicas enfrentadas durante o atendimento.

Destarte, a construção de um modelo verdadeiramente inclusivo exige mais do que diretrizes normativas: requer integração real entre os saberes tradicionais e a prática clínica, respeitando às especificidades culturais. Essa transformação no modelo assistencial deve ir além da ampliação estrutural dos serviços. É indispensável investir na qualificação das equipes multiprofissionais, alinhando-as aos princípios do Sistema Único de Saúde e às diretrizes do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), com ênfase na integralidade, na equidade e no respeito à diversidade cultural.

Este e-book nasce dessa necessidade concreta. Fundamentado em evidências científicas, propõe-se como uma ferramenta de apoio ao aprendizado, ao planejamento e à intervenção em contextos indígenas. Apresentando estratégias aplicáveis à realidade dos serviços, oferecendo caminhos para superar barreiras comunicacionais, fortalecer o diálogo intercultural e qualificar a assistência clínica e cirúrgica. Mais do que um material teórico, esta obra é um instrumento de transformação, pois integra conhecimento técnico com sensibilidade cultural, inaugurando uma nova perspectiva de cuidado, mais humana, inclusiva e alinhada aos princípios que sustentam o nosso sistema público de saúde. Que esta leitura inspire reflexão, mudança de postura e, sobretudo, ações concretas em favor de uma assistência verdadeiramente integral à saúde dos povos indígenas.

Querly Oliveira Silva.

SUMÁRIO

Capítulo 1

COMPREENDENDO O SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA (SASISUS) - Uma visão geral da organização ao funcionamento..... 15

Capítulo 2

FLUXOS DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA - Desafios para o atendimento eficiente..... 24

Capítulo 3

A IMPORTÂNCIA DA COMPETÊNCIA CULTURAL - E seu impacto positivo no atendimento.33

Capítulo 4

DESAFIOS CLÍNICOS PREDOMINANTES NO ATENDIMENTO AO INDÍGENA - Desafios enfrentados na prática clínica e possíveis soluções.....40

Capítulo 5

IMPACTO DOS COSTUMES E QUESTÕES CULTURAIS DOS POVOS INDÍGENAS NO AMBIENTE HOSPITALAR - Como os valores e crenças influenciam na dinâmica hospitalar..... 49

Capítulo 6

RELEVÂNCIA DO DIÁLOGO INTERCULTURAL NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE INDÍGENA - A importância da comunicação respeitosa e eficaz entre profissionais de saúde e população indígena. 59

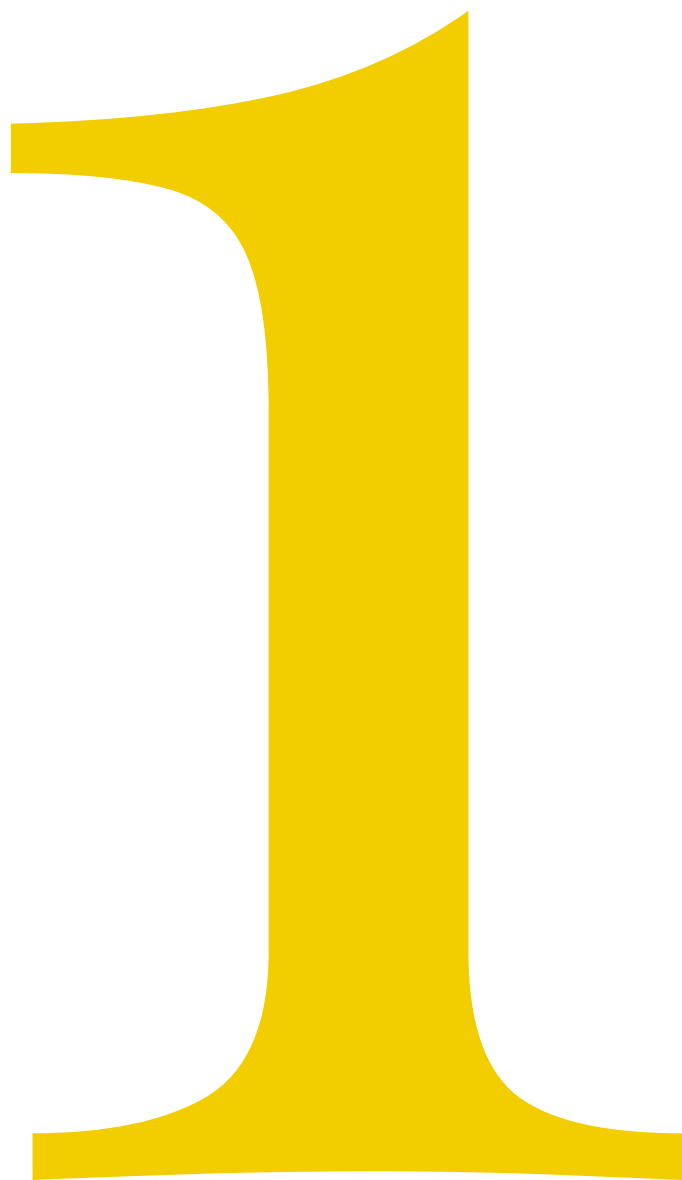
Capítulo 7

QUESTÕES CULTURAIS DA ALIMENTAÇÃO COTIDIANA E PÓS-OPERATÓRIO DO INDÍGENA - Dificuldades relacionadas à dieta e recuperação cirúrgica..... 67

Capítulo 8

DESAFIOS CIRÚRGICOS E PÓS-CIRÚRGICOS NA ASSISTÊNCIA AO INDÍGENA - Complexidades e estratégias de cuidado..... 76

**COMPREENDENDO O
SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À
SAÚDE INDÍGENA (SASISUS) – Uma
visão geral da organização ao
funcionamento.**



Capítulo 1

COMPREENDENDO O SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA (SASISUS) - Uma visão geral da organização ao funcionamento.

Autores:

Querly Oliveira Silva
Lyncoln Eduardo Alves Silva
Fernando Franklin Ferreira da Costa
Lauany Silva de Medeiros
Anny Caroline Oliveira de Oliveira
Anderson Bentes Lima
Marcus Vinicius Henriques Brito
Amanda da Costa Silveira Sabbá

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e definido como a principal política pública de saúde do Brasil, estabelecendo-a como direito de todos e dever do Estado. Nesta perspectiva, o SUS passou a ser responsável por garantir à população o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, em todos os níveis de complexidade assistencial, assegurando a promoção, a proteção e a recuperação da saúde de forma articulada e contínua, conforme as necessidades individuais e coletivas (Brasil, 1988).

Nesse contexto, o SUS fundamenta-se nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, contudo, ao longo da história do nosso país, observa-se que tais princípios nem sempre foram plenamente assegurados, especialmente no que se refere aos povos indígenas, que durante décadas tiveram intervenções de saúde pontuais, direcionadas principalmente ao controle de surtos epidêmicos e tratamento de doenças endêmicas.

Essa segregação foi intensificada por um forte discurso assimilacionista, sustentado na premissa de que essas populações tenderiam a desaparecer enquanto sociedade culturalmente diferenciada, sendo incorporada naturalmente à sociedade nacional brasileira. No entanto, ao longo dos anos, estatísticas revelaram uma realidade distinta da pressuposta, evidenciando uma expressividade numérica dessa população e ainda elevados índices de agravos à saúde (Weiss, 2023).

No que se refere a essa expressividade numérica, atualmente o Brasil possui cerca de 1,7 milhão de indígenas, organizados em 391 etnias, que falam aproximadamente 295 línguas, cada uma com cultura própria. Essa diversidade está presente em todas as unidades federativas do território nacional, reafirmando a identidade multicultural do

país e consequentemente, evidenciando a necessidade de políticas públicas culturalmente adequadas a essa população (IBGE, 2023).

A compreensão dessa magnitude contribuiu para a reformulação das políticas de saúde voltadas aos povos indígenas, dando origem ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), instituído pela Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. O modelo adotado reconhece as particularidades dos povos originários e busca integrar os saberes e as práticas tradicionais às ações de saúde pública convencionais (Brasil, 2002).

No contexto mundial, essa iniciativa representa uma das primeiras e mais significativas experiências de implementação de uma política pública voltada especificamente aos povos indígenas no âmbito de um sistema de saúde universal. A criação desse subsistema representa uma mudança significativa na abordagem do Estado em relação às necessidades de saúde das comunidades indígenas, fundamentada no reconhecimento de seu direito à saúde e na valorização de sua diversidade sociocultural. Desse modo, este capítulo tem por finalidade discorrer sobre o SASISUS como resposta aos desafios históricos e contemporâneos enfrentados pelas comunidades indígenas no Brasil.

SUSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA (SASISUS)

Para compreender o SASISUS, é necessário conhecer sua estrutura, organização e funcionamento. De maneira concisa, este subsistema é administrado pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), órgão do Ministério da Saúde responsável por organizar, coordenar e executar as ações em todo o território nacional. Em termos operacionais, o SASISUS é estruturado de forma descentralizada, por meio do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), que constitui a base organizacional para a administração da saúde em território indígena, sendo responsável, ainda, por gerenciar equipes, organizar a logística e articular remoções de média e alta complexidade. Para assimilar melhor esta composição, analise a figura 01 abaixo.

Figura 01: Organização hierárquica da saúde indígena no sistema público brasileiro.



Fonte: https://chatgpt.com/s/m_6990f2e1a670819191c35a9c1d75a0ee

O SASISUS deve operar de forma integrada ao SUS, observando condições essenciais, como o respeito às percepções indígenas sobre saúde e doença; o desenvolvimento de um processo colaborativo e participativo; e a adoção de mecanismos de controle social (Brasil, 1999).

Atualmente, existem 34 DSEI, organizados estrategicamente por critérios territoriais, conforme a ocupação geográfica das comunidades indígenas. Cada DSEI tem a responsabilidade de realizar ações de Atenção Primária à Saúde (APS) por meio de equipes multidisciplinares. A sua organização assistencial abrange a tríade Pólo Base, Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) e Casa de apoio à Saúde Indígena (CASAI) (Pontes; Machado; Santos, 2021).

O Pólo Base oferece apoio técnico e logístico; a EMSI é composta por agentes indígenas de saúde, médicos, dentistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem e de saúde bucal; e a CASAI faz parte da rede de referência, oferecendo suporte e cuidados a pacientes e acompanhantes durante tratamentos fora do território de origem (Cardoso *et al.*, 2012).

Normalmente, o Pólo Base fica localizado na cidade e as Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI) nos territórios, ambos são responsáveis por várias aldeias dentro de sua jurisdição. Essas unidades de saúde não oferecem apenas assistência médica, mas também realizam a formação e supervisão dos agentes indígenas de saúde. Quando o cuidado

necessário ultrapassa a atenção básica, o indígena é encaminhado para serviços de referência, como hospitais e ambulatórios especializados, a fim de garantir a continuidade do cuidado.

De maneira exemplificada, o Polo Base funciona como o eixo operacional do atendimento, é a base de apoio das equipes multidisciplinares, ele é responsável pela organização das ações, supervisão dos serviços e articulação com outros pontos da rede de saúde. A CASAI acolhe indígenas que precisam sair de suas aldeias para realizar tratamentos de média e alta complexidade, oferecendo hospedagem, alimentação e apoio durante todo o período de tratamento fora da comunidade. É importante ressaltar que a CASAI está localizada em municípios de referência, com o objetivo de facilitar o acesso da população indígena aos serviços de saúde de média e alta complexidade. Ela atua como instância intermediária entre as aldeias e a rede do SUS, oferecendo apoio logístico e assistencial, como serviços de tradução para indígenas não falantes da língua portuguesa, auxiliam na organização do retorno dos pacientes e de seus acompanhantes às comunidades de origem após a alta hospitalar, além de viabilizar os mecanismos de referência e contrarreferência.

Salienta-se que ao receber o paciente, a CASAI garante alojamento e alimentação durante todo o período de tratamento, presta assistência de enfermagem na fase de recuperação e coordena o acompanhamento necessário para consultas, exames e internações hospitalares, assegurando a continuidade do cuidado em articulação com a rede do SUS (SBMFC, 2018).

Em relação à implementação das ações nos territórios, é válido destacar que são realizadas por equipes contratadas pelos sistemas municipais de saúde, por entidades não governamentais e por universidades parceiras, além de alguns servidores federais que continuam envolvidos com a saúde indígena. No entanto, esse modelo de gestão mista enfrenta desafios, gerando conflitos que dificultam a adaptação do modelo de assistência às necessidades culturais indígenas (Cardoso *et al.*, 2012).

Acerca do funcionamento, as ações de saúde podem ser realizadas diretamente pelo nível federal, com o apoio dos estados e municípios, ou indiretamente por meio de organizações não governamentais, entidades indígenas e, mais recentemente, fundações universitárias. O financiamento do DSEI é predominantemente público, proveniente do Ministério da Saúde, com possíveis complementações dos estados e municípios onde há povos indígenas. Além disso, podem receber contribuições de organizações internacionais e do setor privado. A alocação desses recursos é baseada em critérios populacionais, epidemiológicos e geográficos (Cardoso *et al.*, 2012).

Nos últimos anos, diversas análises apontam para a necessidade de aprimorar a gestão e o financiamento do SASISUS. Segundo relatório do Tribunal de Contas da União (TCU) de 2021, persistem fragilidades na alocação e no monitoramento dos recursos financeiros destinados aos DSEI, especialmente quanto à execução orçamentária e à fiscalização da qualidade dos serviços prestados. O documento recomenda o

fortalecimento da capacidade técnica e gerencial das equipes, bem como maior participação das comunidades indígenas nos processos decisórios, assegurando a adequação cultural das ações de saúde (Brasil, 2021).

Essa participação pode ocorrer através do controle social, que no subsistema de atenção à saúde indígena a nível nacional é garantido pelo Conselho Nacional de Saúde, e inclui representantes indígenas que são assessorados pela Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI). Esta comissão desempenha uma função consultiva e é composta por representantes da Funai, da Sesai, da academia, entre outras entidades e organizações indígenas (Cardoso *et al.*, 2012).

Localmente, o controle social é exercido pelos conselhos distritais e locais de saúde indígena. Os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) têm caráter deliberativo e são compostos, de forma paritária, por usuários, prestadores de serviços e trabalhadores da saúde. Suas responsabilidades incluem a aprovação do plano distrital, a avaliação da execução das ações de saúde e a análise das prestações de contas dos órgãos responsáveis (Cardoso *et al.*, 2012).

Os conselhos locais, que têm caráter consultivo, são formados exclusivamente por representantes indígenas das áreas cobertas pelos pólos-base. Suas funções envolvem a avaliação das ações e serviços de saúde, a indicação de conselheiros para outras instâncias de controle social e a colaboração com os gestores locais para assegurar a efetividade da assistência à saúde (Cardoso *et al.*, 2012).

Cabe aqui salientar o papel de denúncia que, muitas vezes, cabe aos membros e ao presidente do CONDISI, uma vez que estes são indígenas que pertencem à comunidade e vivem no cotidiano as dificuldades de saúde do território. Em audiências públicas, recai sobre eles a responsabilidade de expor a realidade da vida na aldeia e, assim, auxiliar na escolha de políticas públicas que favoreçam a realidade indígena (Santos, 2024).

Nesse contexto, observa-se que a organização da atenção à saúde indígena exige um modelo de atenção diferenciado, fundamentado no respeito às especificidades socioculturais, territoriais e linguísticas, bem como nos princípios da integralidade, equidade e participação social (Brasil, 2002).

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS (PNASPI)

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) foi um importante passo para a integração da saúde indígena no SUS, pois ela reconhece e respeita as particularidades desse povo, baseando-se na Constituição Federal e nas Leis Orgânicas da Saúde. Instituída pela portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002, com o objetivo de garantir aos povos indígenas o acesso integral à saúde, contemplando a diversidade cultural, geográfica, histórica e política, reconhecendo a eficácia de sua medicina e controle social (Brasil, 2002).

Desde sua instituição, a PNASPI passou por revisões e aprimoramentos significativos, destacando-se o fortalecimento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) como a principal estratégia organizativa para a atenção à saúde desses povos. Esse modelo busca assegurar a resolutividade das ações em articulação com o SUS, respeitando a interculturalidade e promovendo o protagonismo das comunidades indígenas na gestão da saúde (Brasil, 2018).

Por conseguinte, é válido mencionar, que mesmo após a implementação da PNASPI, evidencia-se a persistência de desafios, como a dificuldade de acesso aos serviços especializados e a necessidade de capacitação contínua de profissionais para atuação em contextos interculturais. O Relatório Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil, ressalta que a precarização dos serviços de saúde indígena e a desvalorização das especificidades culturais podem comprometer o direito fundamental à saúde dessas populações, reforçando a urgência de políticas públicas mais efetivas e participativas (CIMI, 2023).

Para assegurar a efetivação dessa política, fundamenta-se às diretrizes essenciais, entre as quais se destacam, em primeiro lugar, a organização dos serviços de saúde, levando em consideração a população, a área geográfica e o perfil epidemiológico dos povos indígenas. Prevê o monitoramento das ações de saúde, a promoção do uso racional de medicamentos, a garantia de ética em pesquisas e práticas de saúde envolvendo comunidades indígenas e a criação de ambientes saudáveis, visando uma abordagem abrangente e respeitosa para atender às necessidades dessa população (Brasil, 2002).

Além disso, a PNASPI estabelece diretrizes para o monitoramento das ações de saúde, com a criação de um sistema de informações específico para essa população, denominado Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). Este sistema tem como finalidade coletar e sistematizar dados que permitam identificar os fatores condicionantes e determinantes do processo saúde-doença, subsidiando planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de saúde desenvolvidas nos territórios indígenas. Em síntese, busca promover uma abordagem de saúde mais inclusiva, equitativa e culturalmente sensível, que reconheça e valorize a diversidade sociocultural e as necessidades específicas das comunidades indígenas, ao mesmo tempo em que integra esses princípios à organização do SUS (Brasil, 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos investimentos consideráveis, a insuficiência de recursos humanos é um dos principais obstáculos para a implementação efetiva da política de saúde indígena. A terceirização dos serviços, necessários para suprir a carência de pessoal no DSEI, tem gerado desafios significativos, incluindo a baixa qualidade e irregularidade dos serviços. A gestão deficiente, a rotatividade de profissionais e a inadequação da formação profissional

tem exacerbado esses problemas, dificultando a efetivação do subsistema (Cardoso *et al.*, 2012).

As práticas de saúde indígena enfrentam problemas relacionados à fragmentação dos serviços e à falta de ações intersetoriais essenciais, como segurança alimentar e saneamento, o que compromete o princípio da integralidade na assistência. Diretrizes normativas frequentemente não se traduzem em práticas concretas, como o reconhecimento e a integração dos sistemas de medicina tradicional com os serviços de saúde convencionais. Além disso, a execução irregular dos serviços e as dificuldades nos convênios com ONGs afetam negativamente a efetividade dos serviços oferecidos nas aldeias, sendo essencial a realização de inquéritos regulares e representativos para adaptar as políticas de saúde às necessidades em constante transformação dos povos indígenas (Cardoso *et al.*, 2012).

Considera-se que a análise contínua e a implementação de estratégias para superar os desafios aqui apresentados, são essenciais para garantir que o SASISUS cumpra seu papel de forma eficaz, melhorando a articulação entre o subsistema e os demais níveis de assistência, além de produzir informações oportunas e confiáveis para auxiliar no planejamento e avaliação das políticas públicas indígenas.

REFERÊNCIAS

AUMENTO Populacional. Brasília: **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/brasil-indigena/>. Acesso em: 04 jan. 2026.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 05 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://api.saudeindigena.iciet.fiocruz.br/api/core/bitstreams/de3cf369-6672-4e73-ae63-d297a15e7e78/content>. Acesso em: 25 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas: revisão de diretrizes e normas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_indigenas.pdf. Acesso em: 25 jun. 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999**. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 24 set. 1999. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9836.htm. Acesso em: 05 mar. 2026.

BRASIL. Tribunal de Contas da União (TCU). **Relatório de auditoria operacional: ações de atenção à saúde indígena**. Brasília: TCU, 2021. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br>. Acesso em: 25 jun. 2025.

CARDOSO, A. M. et al. Políticas públicas de saúde para os povos indígenas. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil** 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 911-932. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413494.0033>. Acesso em: 25 ago. 2025.

COMO funciona a organização dos serviços de saúde indígena no Brasil. [S. l.]: **Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, 2018. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/como-funciona-a-organizacao-dos-servicos-de-saude-indigena-no-brasil/>. Acesso em: 25 ago. 2024.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). **Relatório Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil: dados de 2022**. Brasília: CIMI, 2023. Disponível em: <https://cimi.org.br/publicacoes/>. Acesso em: 25 jun. 2025.

PONTES, A. L. M.; MACHADO, F. R. S.; SANTOS, R. V. (Org.). **Políticas antes da política de saúde indígena**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557081228>. Acesso em: 25 ago. 2025.

SANTOS, P. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas: desmantelamento e resistência**. 2024. 240 f. Tese (Doutorado em Ciências Políticas) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2024. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/server/api/core/bitstreams/aa11970d-9a29-44f4-9974-b18245d70f2d/content>. Acesso em 16 nov. 2025.

WEISS, M. C. V. Direitos indígenas e políticas públicas de saúde no Brasil: passivo social ou “ninguendade”? **REAd. Revista Eletrônica de Administração**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 126-142, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-2311.375.120828>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/read/a/xJLCWSCzsgwj9MKcKKFgW5v/?lang=pt>. Acesso em: 05 mar. 2026.

FLUXOS DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA – Desafios para o atendimento eficiente.



Capítulo 2

FLUXOS DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA - Desafios para o atendimento eficiente.

Autores:

Querly Oliveira Silva
Ingrid Neves Tavares
Lyncoln Eduardo Alves Silva
Ana Carolina Teixeira Costa
Caroline Mendes Santos
Maria Eduarda de Souza
Marcus Vinicius Henriques Brito
Amanda da Costa Silveira Sabbá

INTRODUÇÃO

A organização dos fluxos de atenção à saúde indígena no Brasil é assegurada pela PNASPI e constitui um componente essencial para a garantia do direito à saúde. Os fluxos de atenção correspondem ao conjunto de mecanismos organizacionais que orientam o percurso do usuário indígena na rede de serviços de saúde, desde a atenção primária ofertada nas aldeias pelas EMSI até os serviços de média e alta complexidade do SUS. Esse arranjo pressupõe articulação entre o DSEI, Polos Base, CASAI e a rede assistencial complementar, exigindo integração sistêmica e efetividade nos processos de referência e contrarreferência (Brasil, 2002).

Entretanto, apesar dos avanços normativos, persistem desafios estruturais e operacionais que comprometem a eficiência do atendimento. Entre eles destacam-se barreiras geográficas, limitações logísticas, escassez e rotatividade de profissionais, dificuldades na comunicação intercultural e fragilidades na continuidade do cuidado (Garnelo; Pontes, 2012; Coimbra JR.; Santos, 2000). Tais fatores evidenciam que a organização formal dos fluxos não garante, por si só, a integralidade e a equidade preconizadas pelo SUS.

Dessa forma, analisar criticamente os fluxos de atenção à saúde indígena e seus desafios torna-se fundamental para compreender as lacunas existentes entre a normatização das políticas públicas e sua operacionalização nos territórios indígenas. Tal reflexão contribui para o fortalecimento de estratégias de gestão mais resolutivas, culturalmente sensíveis e alinhadas aos princípios que orientam o sistema de saúde brasileiro (Brasil, 1990; Brasil, 2002). Neste capítulo, serão abordados alguns aspectos do cuidado à população indígena no âmbito nacional e, com maior especificidade, como este serviço de saúde se organiza no estado do Pará.

ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL

O início da assistência à saúde do indígena no Brasil foi solidificada pelas Equipes Volantes de Saúde (EVS), vinculadas a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), elas realizavam atendimentos médicos e de enfermagem esporádicos nas comunidades. A implantação dessas equipes na década de 70, enfrentou grande dificuldade de efetivação, pois a organização dos serviços ainda dependia da capacidade administrativa e suporte financeiro relacionado aos centros urbanos e os profissionais que atuavam nas aldeias realizavam ações curativas e emergenciais sem o aparato tecnológico ou outro acompanhamento que exigisse maior nível de complexidade (Brasil, 2002).

Dessa maneira, observa-se que havia uma carência tanto no planejamento adequado das ações, quanto na capacitação diferenciada desses profissionais para atuarem junto às comunidades indígenas de forma continuada, emergindo um plano de atuação em favor da assistência e bem-estar dessa população. Foi quando em 2002 através da PNASPI, surgiu os Distritos Sanitários Especiais, dando origem às diretrizes para a organização dos serviços de atenção primária, monitoramento das ações de saúde e promoção de ações específicas em situações especiais (Brasil, 2002).

Desde então, a Atenção Primária figura como o primeiro nível de contato da população indígena com o sistema de saúde e desempenha um papel crucial na promoção da saúde e na prevenção de doenças, sendo responsável por abordar os problemas de saúde mais comuns e oferecer cuidados contínuos.

O estudo de Mestriner Júnior *et al.*, (2011) sobre o Projeto Huka-Katu enfatiza a importância da formação de competências específicas para o atendimento à saúde indígena na atenção básica e a necessidade de profissionais que compreendam e respeitem as particularidades culturais das comunidades para que possam manejar o cuidado a esses povos de maneira assertiva.

Com isso, a longitudinalidade, definida como a continuidade do cuidado ao longo do tempo, é um princípio fundamental na atenção básica, especialmente no contexto indígena (Rocha *et al.*, 2021). Ela assegura que o acompanhamento das condições de saúde seja contínuo, permitindo a construção de uma relação de confiança entre os profissionais de saúde e as comunidades atendidas. Contudo, com uma minuciosa análise dos últimos anos percebe-se como a efetividade desse modelo é limitada por desafios como a rotatividade dos profissionais e a distância geográfica, que tendem a dificultar o acesso regular aos serviços de saúde.

Além disso, a atenção primária envolve um espectro amplo de serviços, incluindo ações preventivas e de promoção da saúde mais complexas, além de diagnósticos e tratamentos iniciais para condições de saúde que possam atender as particularidades de cada população. Assim, percebendo a necessidade de um planejamento personalizado, Davy *et al.*, (2016), propuseram um quadro teórico para melhorar o acesso à atenção primária para povos indígenas, destacando a importância de garantir que os serviços

sejam culturalmente apropriados e acessíveis. Esse quadro sugere que a integração dos saberes tradicionais na prática clínica é fundamental para a construção de um modelo de atenção à saúde que seja verdadeiramente inclusivo, ainda que, na prática, não seja efetivamente utilizado.

Para tanto, é perceptível que a integração dos saberes tradicionais com as práticas biomédicas é um aspecto particularmente sensível no atendimento às populações indígenas. De acordo com Cuervo, Radke e Riegel (2015), o PET-Redes de Atenção à Saúde Indígena, projeto do Rio Grande do Sul que teve como objetivo mapear a rede de atenção à saúde indígena no município, tem buscado superar barreiras institucionais e culturais, promovendo uma reflexão crítica sobre a importância de valorizar e incorporar os conhecimentos tradicionais indígenas nos serviços de saúde. Contudo, diferente do que se propôs o projeto, Castro e Simonian (2024) destacam que a percepção da equipe multiprofissional sobre a medicina tradicional é muitas vezes marcada por preconceitos e desconhecimento, o que resulta na exclusão dessas práticas do atendimento regular e, portanto, superar esse desafio torna-se crucial para que o profissional de saúde seja capacitado, não apenas tecnicamente, mas também culturalmente, atuando de forma eficaz, respeitosa e eficiente nas comunidades indígenas.

Outro aspecto importante relatado por Vargas *et al.*, (2010), diz respeito a desarticulação entre os níveis de atenção à saúde observado dentre os Bororo no Polo-Base Rondonópolis do DSEI de Cuiabá-MT, demonstra que, sem uma integração efetiva entre os níveis de atenção, a continuidade do cuidado é comprometida, afetando negativamente a saúde das populações indígenas. Esse estudo ressalta a necessidade urgente de estratégias que promovam a articulação entre a atenção básica e os outros níveis de atenção, garantindo que os serviços de saúde funcionem de maneira integrada dentro de um fluxo coeso.

No que tange ao atendimento na atenção terciária, os serviços de saúde assumem um grau de maior complexidade, como tratamentos especializados e intervenções cirúrgicas, geralmente realizados em hospitais de referência. Embora as comunidades indígenas também necessitem desse tipo de cuidado, o acesso à atenção terciária é limitado por diversos fatores, incluindo barreiras geográficas, culturais e estruturais. O estudo de Casagrande *et al.*, (2024) revela que a atenção especializada à saúde indígena enfrenta dificuldades significativas, como a falta de capacitação dos profissionais de saúde para lidar com as especificidades culturais e, principalmente, a escassez de recursos especializados em áreas remotas.

A falta de articulação entre os diferentes níveis de atenção também impacta negativamente a resolutividade dos casos na atenção terciária. Ahmadpour *et al.*, (2023), em sua revisão de escopo, apontam que, apesar de avanços no subsistema de saúde indígena, a resolutividade dos serviços ainda é comprometida pela falta de integração entre os níveis de atenção, de bons encaminhamentos, apoio populacional e pela insuficiência de recursos hospitalares em muitas regiões do país.

Portanto, entende-se que o planejamento e a gestão dos fluxos de atenção à saúde indígena são cruciais para garantir que os serviços de saúde sejam prestados de maneira eficaz e culturalmente adequada. Cunha *et al.*, (2023) discutem os avanços e limites no planejamento e gestão do processo de trabalho no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Eles apontam que, embora haja esforços significativos para melhorar a organização dos serviços de saúde indígena, ainda existem barreiras culturais e informacionais que dificultam a implementação de um modelo de atenção integrado e eficiente.

ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NO ESTADO DO PARÁ E SEUS DESAFIOS

Se tratando do estado do Pará, com sua vasta extensão territorial e diversidade cultural, é visível que a área apresenta desafios específicos para a organização dos fluxos de atenção à saúde, especialmente no que concerne às populações indígenas. A análise dos níveis primário, secundário e terciário de Atenção à Saúde no Estado, revela uma série de questões relacionadas à acessibilidade, integração dos saberes tradicionais, interpretação linguística, marginalização social e a resolutividade dos serviços oferecidos.

No contexto regional, o nível primário de atenção à saúde indígena é a primeira porta de entrada para o sistema de saúde. Aqui, a percepção dos fluxos de atenção é marcada pela necessidade de uma maior adequação cultural dos serviços, porém, a rotatividade de profissionais em regiões remotas da região Paraense compromete a continuidade do cuidado, dificultando o estabelecimento de vínculos duradouros e eficazes com as comunidades.

Além disso, o Projeto Huka-Katu, conforme discutido por Mestriner Júnior *et al.*, (2011), tem sido relevante na capacitação dos profissionais de saúde, preparando-os para lidar com as especificidades culturais das populações indígenas. No entanto, a implementação dessas práticas ainda enfrenta barreiras, especialmente em áreas de difícil acesso, onde os recursos são limitados e a infraestrutura é insuficiente para vias de contato remoto e aprendizado.

A atenção secundária no Pará, que lida com condições de saúde mais complexas, também enfrenta desafios significativos, como apontam Vargas *et al.*, (2010), em que a desarticulação entre esses níveis resulta em interrupções no cuidado, o que é exacerbado pelas distâncias geográficas e pela falta de transporte adequado nas regiões mais isoladas do estado. No nível terciário, a percepção dos fluxos de atenção à saúde indígena no Pará é marcada por grandes desafios logísticos e estruturais. Como discutido por Casagrande *et al.*, (2024), o acesso aos cuidados especializados é frequentemente dificultado pela localização remota das aldeias e pela falta de infraestrutura adequada nos hospitais de referência. Ahmadpour *et al.*, (2023) também destacam a baixa resolutividade dos casos que chegam ao nível terciário e no Pará essa falta de resolutividade tende a ser ainda mais

evidente devido às barreiras geográficas e ao isolamento de muitas aldeias, estas podem sofrer influência de uma condição de vida precária e limitação econômica.

É válido também compreender que uma das maiores barreiras enfrentadas no Pará é a diversidade linguística das populações indígenas. Muitas comunidades falam línguas que não são amplamente compreendidas fora de suas aldeias, o que cria um obstáculo significativo para o acesso aos serviços de saúde no nível secundário. Castro e Simonian (2024) mencionam que a falta de intérpretes e a ausência de materiais de saúde traduzidos para essas línguas dificultam a comunicação entre os pacientes indígenas e os profissionais de saúde. Isso não apenas compromete o diagnóstico e o tratamento adequados, mas também gera desconfiança e desconforto entre os pacientes indígenas.

Além disso, a comunicação ineficaz pode levar a mal-entendidos sobre as orientações médicas, o que agrava as condições de saúde e pode resultar em tratamentos inadequados. E a falta de profissionais de saúde que compreendam as línguas indígenas ou que estejam treinados para lidar com barreiras linguísticas é um fator crítico que impede o pleno acesso dos indígenas aos cuidados de saúde neste nível de assistência.

Outro fator agravante do mau funcionamento dos fluxos de atenção se refere às comunidades indígenas localizadas em áreas mais remotas, que vivem em condições que frequentemente carecem de infraestrutura básica. A ausência de saneamento adequado, a falta de acesso à água potável, e a desnutrição são problemas comuns que agravam as condições de saúde e aumentam a demanda por serviços de saúde (Ahmadpour *et al.*, 2023).

Essas condições contribuem para o surgimento e a persistência de doenças infecciosas e parasitárias, que requerem intervenções que muitas vezes não estão disponíveis nas unidades de saúde locais. A precariedade das condições de vida também afeta diretamente a capacidade das comunidades indígenas de buscar e aderir aos cuidados de saúde, além da distância das aldeias em relação aos centros de saúde secundários, somada à falta de meios de transporte, torna o acesso ao cuidado médico um desafio logístico e econômico. Muitas vezes, as famílias precisam deslocar-se por longas distâncias, o que implica custos elevados e perda de dias de trabalho, o que, para populações já vulneráveis economicamente, pode ser inviável (Vargas *et al.*, 2010).

A marginalização social das populações indígenas também desempenha um papel crucial na perpetuação das desigualdades de saúde. As comunidades indígenas frequentemente enfrentam discriminação e estigmatização, tanto na sociedade em geral quanto dentro do próprio sistema de saúde. Esse estigma pode levar a um tratamento diferenciado por parte dos profissionais de saúde, que, muitas vezes, não estão sensibilizados e capacitados para entender e respeitar as especificidades culturais dessas populações (Castro e Simonian, 2024).

As limitações econômicas são outro fator significativo que afeta os fluxos de atenção à saúde indígena. Muitas comunidades indígenas vivem em condições de extrema pobreza, com acesso limitado a recursos financeiros. Essa limitação econômica impede o acesso a cuidados de saúde, uma vez que muitas vezes não há recursos para cobrir os

custos dos tratamentos necessários. Além disso, a dependência de subsistência agrícola e a falta de oportunidades de emprego formal exacerbam a vulnerabilidade econômica dessas populações (Ahmadpour *et al.*, 2023).

A insuficiência de recursos também se reflete na baixa capacidade dos serviços de saúde em oferecer cuidados adequados. As unidades de saúde que atendem populações indígenas muitas vezes carecem de financiamento adequado, resultando em uma infraestrutura precária e na falta de insumos e equipamentos médicos essenciais (Casagrande *et al.*, 2024). Essa situação cria um ciclo de ineficiência e ineficácia, onde as populações mais necessitadas são as menos atendidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestão participativa, que envolve as comunidades indígenas na tomada de decisões, é uma estratégia essencial para superar os desafios existentes. Esse modelo de gestão permite que as comunidades tenham voz ativa na definição das prioridades de saúde, garantindo que os serviços sejam mais alinhados com suas necessidades e expectativas. Além disso, o planejamento deve incluir a capacitação contínua dos profissionais de saúde, não apenas em termos técnicos, mas também em termos de compreensão e respeito pelas práticas e saberes tradicionais indígenas.

É necessário pensar na possibilidade da reelaboração dos fluxos de atenção à saúde da população indígena, dando destaque à articulação entre os níveis de atenção básica, secundária e terciária, o qual é essencial para garantir a continuidade do cuidado e a resolutividade dos serviços de saúde prestados. E ainda, a integração dos saberes tradicionais com as práticas biomédicas e o fortalecimento da gestão participativa são elementos fundamentais para a construção de um sistema de saúde que respeite as especificidades culturais e sociais deste povo.

Para avançar nesse sentido, é necessário investir em políticas públicas que promovam a capacitação cultural dos profissionais de saúde, o fortalecimento dos serviços em áreas remotas e a articulação eficaz entre os diferentes níveis de atenção. Somente assim será possível garantir o direito à saúde das populações indígenas e promover a equidade no acesso aos serviços de saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

AHMADPOUR, B. *et al.* Resolutividade no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no Brasil: revisão de escopo. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 82-90, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2227>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/PyXB7kGVKtNc87Xqr5mYDDQ/?lang=pt>. Acesso em: 05 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em: 05 mar. 2026.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 05 mar. 2026.

CASAGRANDA, F. *et al.* A saúde indígena na atenção especializada: perspectiva dos profissionais de saúde em um hospital de referência no Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 6, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311xpto94622>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/mvyr9vWfBZqrgqhfcJyYgJ/?lang=pt>; Acesso em: 23 fev. 2025.

CASTRO, N. J. C.; SIMONIAN, L. T. L. Percepções e ações da equipe multiprofissional em saúde sobre a medicina tradicional indígena. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 32, 2024. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.77903>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/77903>. Acesso em: 23 fev. 2025.

COIMBRA JR., C. E. A.; SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas inter-relações. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 125-132, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bQ5j56fyrtBvsN5Hv43PQhz/?lang=pt>. Acesso em: 05 mar. 2026.

CUERVO, M. R. M.; RADKE, M. B.; RIEGEL, E. M. PET-Redes de atenção à saúde indígena: além dos muros da universidade, uma reflexão sobre saberes e práticas em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, p. 953-963, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1364>. Disponível em: <https://interface.org.br/pet-redes-de-atencao-a-saude-indigena-alem-dos-muros-da-universidade-uma-reflexao-sobre-saberes-e-praticas-em-saude/>. Acesso em: 23 fev. 2025.

CUNHA, M. L. S. *et al.* Planejamento e gestão do processo de trabalho em saúde: avanços e limites no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 3, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902023220127pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bxbwqr5yK4VXZYhshXtpttN/?lang=pt>. Acesso em: 23 fev. 2025.

DAVY, C. *et al.* Access to primary health care services for Indigenous peoples: a framework synthesis. **International Journal for Equity in Health**, Londres, v. 15, n. 1, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0450-5>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12939-016-0450-5>. Acesso em: 23 fev. 2025.

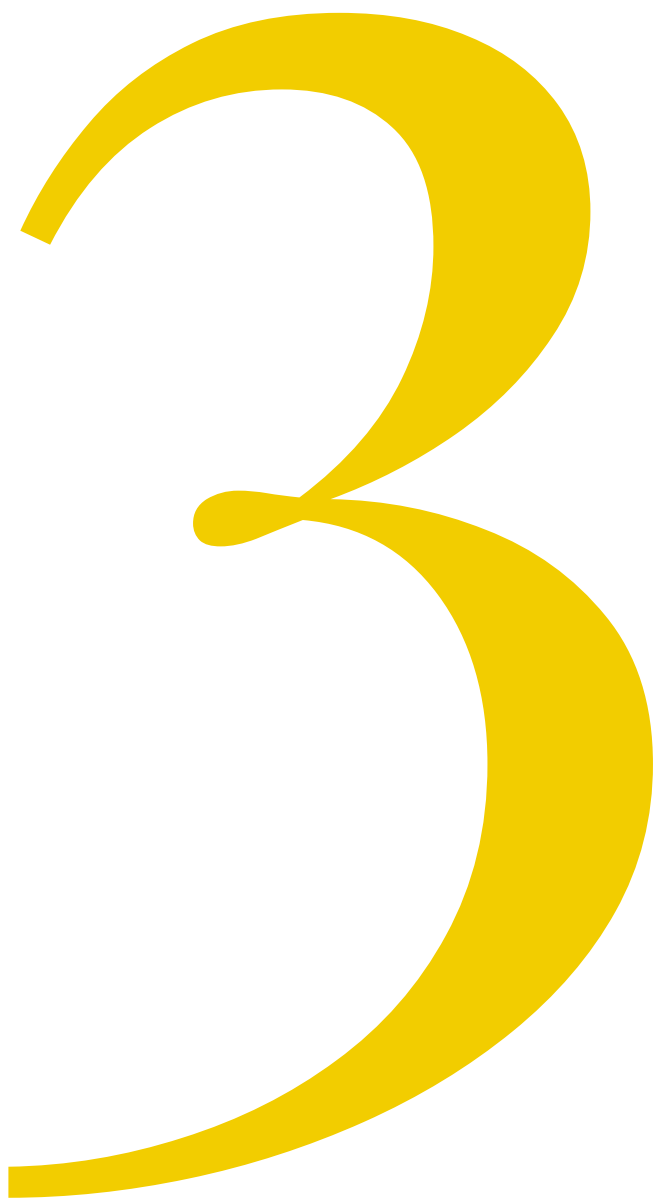
GARNELO, L.; PONTES, A. L. (Orgs.). **Saúde indígena: uma introdução ao tema**. Brasília, DF: Ministério da Educação; UNESCO, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_uma_introducao_tema.pdf. Acesso em: 05 mar. 2026.

MESTRINER JÚNIOR, W. *et al.* O desenvolvimento de competências em atenção básica à saúde: a experiência no projeto Huka-Katu. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 903-912, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232011000700022>. Disponível em: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/o-desenvolvimento-de-competencias-em-atencao-basica-a-saude-a-experiencia-no-projeto-hukakatu/3503?id=3503>. Acesso em: 23 fev. 2025.

ROCHA, E. S. C. *et al.* Longitudinality and community orientation in the context of indigenous health. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 74, n. 1, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0872>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/WXjHkpXgsTZVWRVCcwfQB7P/?lang=en>. Acesso em: 23 fev. 2025.

VARGAS, K. D. *et al.* A (des)articulação entre os níveis de atenção à saúde dos Bororo no Polo-Base Rondonópolis do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá-MT. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1399-1418, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312010000400018>. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/115362/000941128.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 23 fev. 2025.

**A IMPORTÂNCIA DA
COMPETÊNCIA CULTURAL – E seu
impacto positivo no atendimento.**



Capítulo 3

A IMPORTÂNCIA DA COMPETÊNCIA CULTURAL - E seu impacto positivo no atendimento.

Autores:

Querly Oliveira Silva
Isaac Prado Ramos
Allan Kardec Lima Brandão
Caroline Mendes Santos
Julia Vieira Sampaio
Rubens de Paulo Rodrigues
Marcus Vinicius Henriques Brito
Amanda da Costa Silveira Sabbá

INTRODUÇÃO

A competência cultural representa uma dimensão essencial da prática clínica contemporânea, definida como a capacidade de oferecer um cuidado efetivo, empático e eticamente sensível, alinhado às crenças, valores e práticas de saúde do paciente, bem como ao seu idioma e contexto sociocultural. Concebido originalmente no cenário norte-americano, o conceito consolidou-se na literatura biomédica como um marco epistemológico da relação médico-paciente em contextos interculturais, enfatizando que a qualidade da atenção à saúde depende não apenas do domínio técnico, mas também da compreensão das dinâmicas culturais que moldam a percepção do adoecimento e do cuidado.

No atendimento ao indígena, cultura e saúde são termos indissociáveis, que servem não só para a oferta de um serviço de qualidade e individualizado, mas para viabilizar a permanência de tradições e reconhecimento da cultura indígena dentro desse contexto (Ahmadpour *et al.*, 2023). Posto isso, a competência cultural representa um dos grandes pilares no processo de saúde e doença e quando isso não é efetivado plenamente, surgem barreiras no atendimento ao paciente indígena (Magalhães *et al.*, 2023).

Sabe-se que um dos objetivos da medicina ocidental é proporcionar o bem-estar de diversos povos, independentemente da cultura ou organização social de uma comunidade. Mas quando os profissionais de saúde se propõem a esse objetivo, torna-se notável que em um contexto amplo de saúde a medicina ocidental nem sempre é considerada regra e para que a saúde do outro realmente seja posta em primeiro lugar é preciso desconstruir o preconceito e oportunizar os horizontes para outras formas de fazer medicina (Pereira *et al.*, 2021).

Em uma pesquisa que descreve a assistência obstétrica em uma comunidade indígena, observou-se que alguns médicos tendem a silenciar o conhecimento tradicional

ao colocar o próprio conhecimento em primeiro plano, tal conduta além de ser uma forma de negar a cultura de outro, dificulta a criação de um diálogo cultural que é indispensável para o atendimento médico (Veloso, 2021).

Conhecimento técnico sobre práticas médicas normatizadas é necessário, mas está longe de ser o suficiente ao considerar a importância da construção da competência cultural no meio médico. Para alguns profissionais da área da saúde, existe a dificuldade em ampliar e aprimorar esse tipo de habilidade principalmente por ser algo que vai contra a zona de conforto já estabelecida (Gouveia; Silva; Pessoa, 2019).

COSMOVISÃO INDÍGENA

A população indígena dentro da própria cosmovisão valoriza técnicas médicas e orientações vindas de curadores da própria aldeia. Quando postos diante das ofertas de serviços médicos fora da sua cultura há um debate interno sobre a possibilidade de buscar atendimento de alguém fora do seu círculo ou permanecer no próprio meio (Cavusdens, 2019). Evidencia-se que a plena assistência aos povos indígenas também é afetada pela dificuldade de aceitação profissional e o apego a práticas médicas culturalmente conhecidas (Conceição *et al.*, 2022).

Dessa maneira, algumas etnias indígenas da região amazônica que moram em regiões mais isoladas, muitas vezes precisam de atendimento médico na grande capital do Estado, Manaus. Em um estudo recente, alguns indígenas relataram que receber atendimento dentro da aldeia é fundamental para valorizar a própria cultura e devido a isso, deslocamentos até grandes centros são menos preferíveis e só são aceitos como um último recurso. Nessa mesma pesquisa, profissionais revelaram sua preocupação quanto ao hábito de procurar locais de atendimento de saúde só quando a doença está em um estágio avançado (Ahmadpour; Turrini; Camargo-Plazas, 2023).

O apego aos costumes representa um entrave para o início, meio e seguimento do tratamento na medida em que há o confronto entre as práticas dos indígenas e da medicina ocidental. Segundo os profissionais do Hospital Yutaka Takeda localizado no estado do Pará, pro povo indígena da etnia Xikrin, parte dessa dificuldade deriva do medo de perder a ligação com as próprias raízes e pela falta de compreensão sobre a gravidade da própria doença, além de apontarem que existe a possibilidade de não ter compreensão acerca do tratamento realizado principalmente por ser algo que não pertence a cultura indígena (Oliveira *et al.*, 2022).

A familiaridade com a própria cultura, aldeia e cuidadores pode ser algo que afeta a relação médico e paciente a partir do momento que a confiança com o já conhecido é mais forte do que com práticas não familiares. Estabelecer confiança e se acostumar com quem está realizando o atendimento é fundamental para que haja conforto no momento de expor problemas de saúde a alguém que não faça parte da sua comunidade (Maia *et al.*, 2021).

As crenças desempenham papel fundamental no processo saúde-doença, e compreendê-las constitui passo essencial para a superação das barreiras culturais que interferem no cuidado. Quando o profissional de saúde reconhece e valoriza os saberes e práticas tradicionais do paciente indígena, os conhecimentos biomédicos tornam-se mais acessíveis e o atendimento ocorre em um ambiente de respeito e equidade, fortalecendo o vínculo terapêutico e a adesão ao cuidado (Freitas; Chagas, 2023).

BARREIRA LINGUÍSTICA

A linguagem indígena em si, é muito mais do que parte importante da sua cultura, pois proporciona para além da comunicação, a interação entre as formas de praticar saúde, desde procedimentos simples à cura de doenças mais específicas (Freitas; Chagas, 2023).

No entanto, este mesmo elemento representa um dos grandes impasses durante o atendimento médico. Um dos pontos levados em consideração, é a dificuldade na diversidade linguística. Isso se torna um problema preocupante no momento que põe em risco o atendimento, já que a não compreensão de queixas pode levar a uma análise precipitada do problema apresentado (Silva *et al.*, 2021).

Em um relato feito por um profissional que atuou na Casa de Saúde Indígena de Rondônia, a barreira linguística acaba afetando o atendimento médico já que a compreensão limitada principalmente de indígenas muito mais novos ou muito mais velhos prejudica o diálogo, logo as orientações não são tão esclarecidas como deveriam ser (Silva; Costa; Santos, 2023).

Um estudo feito na Terra Indígena Yanomami, reforça a importância da comunicação para uma boa relação médico paciente e que depender de recursos linguísticos não verbais ou tradutores é essencial para melhorar essa interação (Freitas *et al.*, 2021). Por isso, além de conhecer a cultura desses povos é importante reconhecer na vivência a linguagem deles para favorecer um diálogo comprometido, permitindo um esclarecimento melhor acerca das queixas ou do quadro clínico do paciente (Ahmadpour *et al.*, 2023).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma das formas de junção entre o atendimento médico de qualidade e a satisfação do indígena é a promoção da comunicação entre ambas as partes. Essa prática pode ser encorajada desde a graduação já que o desenvolvimento da visão homogênea pode ter início durante a formação profissional. Estudos apontam essa importância ao ressaltar que para minimizar a visão cartesiana sobre a saúde é preciso que as informações sobre as práticas culturais de outros povos sejam disseminadas ainda no contexto da graduação (Velo, 2021).

Destarte, experiências que promovam o contato entre profissionais e indígenas podem ser essencialmente importantes para construir uma visão crítica de conhecimentos, uma vez que, outrora estes foram considerados absolutos.

Para reafirmar isso, uma pesquisa feita com profissionais médicos que atuaram na Terra Indígena Yanomami, apontou que ter um contato mais familiarizado com o indígena foi fundamental para perceber que nem sempre a biomedicina é exata, e essa experiência foi importante a ponto de questionarem sua própria formação, pois, compreenderam que conclusões derivadas de um conhecimento puramente crítico e racional muitas vezes não são aplicadas no contexto indígena. Eles notaram ainda, que a relação de espaço e tempo para os indígenas são diferentes, e a forma como lidam com a dor também é peculiar, isso dificulta o raciocínio da história clínica e consequentemente prejudica a obtenção do diagnóstico preciso (Freitas *et al.*, 2021).

Portanto, é crucial compreender que a prática de imersão na cultura indígena poderá proporcionar trocas de experiências, sendo o diálogo uma boa forma de atualizar o profissional em relação a cultura dos povos originários e suas técnicas medicinais, gerando assim uma visão mais heterogênea acerca do processo de saúde-doença. (Pereira *et al.*, 2021).

REFERÊNCIA

AHMADPOUR, B. *et al.* Resolutividade no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no Brasil: revisão de escopo. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 82-90, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2227>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/PyXB7kGVKtNc87Xqr5mYDDQ/?lang=pt>. Acesso em: 05 mar. 2026.

AHMADPOUR, B.; TURRINI, R. N. T.; CAMARGO-PLAZAS, P. Resolutividade no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS): análise em um serviço de referência no Amazonas, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1757-1766, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023286.13672022>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4YwKzsryqFnkDCSFmhgfzQv/?lang=pt>. Acesso em: 05 mar. 2026.

CONCEIÇÃO, R. J.; CORREIA, S. S. **Políticas Públicas: uma Cosmovisão Sobre o Aspecto Indígena e Afrodescendente na Hodiernidade**. Alagoinhas, BA: Universidade do Estado da Bahia, 2022. Disponível em: <https://repositorio.pgsscogna.com.br/bitstream/123456789/55906/1/Pol%C3%ADticas%20P%C3%BAblicas-%20artigo.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2026.

FREITAS, F. P. P. *et al.* Experiências de médicos brasileiros em seus primeiros meses na Atenção Primária à Saúde na Terra Indígena Yanomami. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, p. e200212, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200212>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/cNHTRWZhC3JYTSYmFWDqzXS/?lang=pt>. Acesso em: 05 mar. 2026.

GOUVEIA, E. A. H.; SILVA, R. O.; PESSOA, B. H. S. Competência Cultural: uma Resposta Necessária para Superar as Barreiras de Acesso à Saúde para Populações Minorizadas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 43, n. 1, p. 82-90, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190066>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/N9VB6SJs3Yxfnyyv3kQcDbt/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 mar. 2026.

MAGALHÃES, C. M. *et al.* Perspectivas de estudantes de Medicina sobre a própria formação e competências para trabalhar com populações indígenas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 47, n. 4, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v47.4-2021-0475>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/tgvY4GZLT56sXRfpQWTnyvC/?lang=pt>. Acesso em: 05 mar. 2026.

MAIA, A. S. *et al.* Os desafios da enfermagem na atenção integral à saúde dos povos indígenas. **Enfermagem em foco**, Brasília, v. 12, n. 2, p. 333-8, 2021. DOI: <https://dx.doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.4166>. Disponível em: <https://enfermfoco.org/article/os-desafios-da-enfermagem-na-atencao-integral-a-saude-dos-povos-indigenas/>. Acesso em: 05 mar. 2026.

PEREIRA, M. T. F. *et al.* Medicina Tradicional e Ocidental a vivência na formação do enfermeiro: relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], v. 13, n. 1, p. e5672, 2021. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e5672.2021>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5672>. Acesso em: 05 mar. 2026.

SILVA, A. S.; COSTA, A. C.; SANTOS, A. D. Saúde indígena: desafios encontrados pelos enfermeiros para atender às necessidades de saúde de tribos indígenas do município de Jí-Paraná/RO. **Revista Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, [S. l.], v. 15, n. 3, 2023. DOI: <https://doi.org/10.36692/V15N3-53>. Disponível em: <https://revista.cpaqv.org/index.php/CPAQV/article/view/1496>. Acesso em: 05 mar. 2026.

CAVUSCENS, S. **Os napëpë e o universo dos povos indígenas na Amazônia**: a narrativa de um percurso indigenista. 2019. 275 f. Dissertação (Mestrado em Sociedade e Cultura na Amazônia) – Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2019. Disponível em: <https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/8145>. Acesso em: 05 mar. 2026.

FREITAS, A. B. M. C.; CHAGAS, B. R. F. Atenção à saúde indígena na realidade contemporânea: Considerações iniciais acerca da visibilidade das práticas tradicionais de saúde. **Somanlu: Revista de Estudos Amazônicos**, Manaus, v. 23, n. 2, p. 76-87, 2023.

OLIVEIRA, T. S. *et al.* Vivências relatadas por profissionais de saúde na transição do cuidado de pessoas indígenas. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 11, p. e194111133467, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i11.33467>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/download/33467/28338/375890>. Acesso em: 05 mar. 2026.

VELOSO, B. **Conhecimentos tradicionais do cuidado na gestação e no parto das mulheres Kaingangs na Terra Indígena de Nonoai** – RS. 2021. 65 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação Interdisciplinar em Educação do Campo: Ciências da Natureza – Licenciatura) – Universidade Federal da Fronteira Sul, Erechim, 2021. Disponível em: https://rd.uffs.edu.br/bitstream/prefix/4056/1/TCC_Bigaira%20Veloso_Jan_2021.pdf. Acesso em: 05 mar. 2026.

DESAFIOS CLÍNICOS PREDOMINANTES NO ATENDIMENTO AO INDÍGENA –

Desafios enfrentados na prática
clínica e possíveis soluções.



Capítulo 4

DESAFIOS CLÍNICOS PREDOMINANTES NO ATENDIMENTO AO INDÍGENA – Desafios enfrentados na prática clínica e possíveis soluções.

Autores:

Querly Oliveira Silva
Fernanda Povoas dos Anjos
Bárbara da Silva Souza
Priscila Xavier da Araújo
João Vitor Dias Pereira
Itallo Oliveira Dias Correia
Marcus Vinicius Henriques Brito
Amanda da Costa Silveira Sabbá

INTRODUÇÃO

A saúde dos povos indígenas reflete, de maneira contundente, as desigualdades estruturais e socioculturais historicamente impostas a essas populações. Embora a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena tenha representado um avanço normativo importante, ainda persiste uma distância expressiva entre o que é preconizado e o que se concretiza nas práticas assistenciais. As barreiras linguísticas, a falta de infraestrutura, a rotatividade de profissionais e a limitada incorporação da competência cultural no cuidado resultam em fragilidades assistenciais que repercutem diretamente nos indicadores epidemiológicos e de morbimortalidade.

Nesse contexto, os desafios clínicos presentes entre a população indígena têm uma relação direta com as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde, seja por questões culturais, técnicas ou pela precariedade estrutural presente no atendimento. O reflexo dessas dificuldades no âmbito da saúde, está bem evidenciado na literatura quando destacam os piores indicadores epidemiológicos de mortalidade entre os povos indígenas em comparação com a população não indígena (Cunha; Nazima; Castilho, 2022).

Além disso, há algumas condições clínicas que são um desafio para Saúde Pública há anos e apesar dos avanços, atualmente ainda são um grande problema, como por exemplo, a tuberculose e o HIV/Aids (Brasil, 2022). Na saúde indígena, é importante ressaltar que não é diferente disso, no entanto, há uma prevalência maior de estudos direcionados às complicações médicas no âmbito clínico envolvendo a saúde da mulher e da criança, com um déficit importante de literatura acerca de complicações cirúrgicas entre essa população, o que torna difícil o conhecimento das principais problemáticas no âmbito da cirurgia envolvendo esse grupo populacional. Deste modo, abordaremos neste capítulo os desafios predominantes e as possíveis estratégias de enfrentamento.

ATENDIMENTO À SAÚDE DA GESTANTE

Um estudo realizado no estado do Pará observou uma elevada taxa de mortalidade pós-neonatal por causas evitáveis entre os indígenas, fato esse atribuível a precariedade de assistência pré-natal, o que propiciam uma maior chance de intercorrências no parto e que, em virtude da precariedade estrutural e da ausência de insumos, não conseguem ser solucionadas em tempo oportuno culminando no pior desfecho clínico, que é o óbito (Lima *et al.*, 2020).

Outro estudo avaliou a qualidade da assistência ao pré-natal fornecida às mulheres indígenas e percebeu-se que em todas as regiões do país houve o início tardio, com destaque para região Norte que apresentou o pior desempenho. Do ponto de vista clínico-laboratorial, observa-se um déficit na solicitação de exames básicos para mulheres indígenas, a exemplo do hemograma, tal fato é preocupante, visto que dados indicam que cerca de um terço de mulheres indígenas apresentam anemia, condição essa que se associa a complicações na infância, como a anemia infantil, prematuridade, baixo peso ao nascer e desnutrição. Dentre essas complicações, a desnutrição é a mais marcante entre as crianças indígenas menores de 5 anos, com uma frequência de 44% dessa condição entre filhas de mães portadoras de anemia severa (Garnelo *et al.*, 2019). Sendo assim, a ausência de um exame laboratorial básico como um hemograma, dificulta o manejo precoce e a prevenção de complicações futuras.

Outra complicação frequente associada à gestação é a sífilis congênita, que entre a população indígena apresenta taxas de incidência duas vezes maiores que a nacional, segundo um estudo realizado no Mato Grosso do Sul. Sabe-se que a sífilis congênita está associada a prematuridade e o baixo peso ao nascer, sendo portanto de suma importância o bloqueio da transmissão fetal, no entanto, ao se tratar dos povos indígenas o início tardio do pré-natal e a demora no recebimento do resultado dos exames laboratoriais são fatores que explicam as oportunidades perdidas na prevenção da sífilis congênita (Pícoli; Cazola, 2022).

Ainda no contexto gestacional, um estudo realizado no Tocantins, analisou gestações de alto risco entre as mulheres indígenas, com a finalidade de identificar os riscos obstétricos mais frequentes neste grupo. Observou-se que, além da gravidez precoce e da multiparidade, a obesidade e as síndromes hipertensivas foram complicações comuns presentes nessas gestantes. Com destaque às síndromes hipertensivas, devido ao maior risco de morbimortalidade materna e perinatal, descolamento de placenta, hemorragia e convulsões. Já em relação ao estado nutricional, a obesidade está associada a um risco aumentado de diabetes gestacional, parto prolongado e pré-eclâmpsia (Castro, 2022).

Essas complicações servem de alerta e reafirmam a necessidade de implementação de um serviço de pré-natal de qualidade para atender as demandas de mulheres indígenas e evitar o óbito por causas evitáveis. Para reforçar essa necessidade, é

válido mencionar a discrepância entre a razão de mortalidade materna (RMM) da população indígena, que chega a ser 2,4 vezes maior que a da população não indígena no estado do Pará, com destaque para as complicações relacionadas às síndromes hipertensivas (Santos *et al.*, 2017).

A fim de elencar possíveis soluções para estes desafios, podemos citar a interação entre profissionais de saúde e comunidades indígenas como o caminho a ser seguido, pois a boa comunicação atrelado a confiança constituem elementos centrais para a efetividade das ações de saúde, afinal fortalece o vínculo terapêutico, amplia a segurança e favorece a adesão às práticas assistenciais.

Essa integração deve ocorrer com a participação ativa de pajés, parteiras, curandeiros e lideranças indígenas, promovendo o alcance de estratégias preventivas, como por exemplo, a captação precoce para o pré-natal. Ao reconhecer e dialogar com saberes tradicionais, a equipe multiprofissional legitima práticas locais e constrói corresponsabilidade no cuidado, incentivando as mulheres a buscar orientação desde o início da gestação e a compartilhar suas demandas com segurança, seja diretamente com a equipe de saúde ou por intermédio de lideranças de confiança. Tal abordagem encontra respaldo na PNASPI, que preconiza a atenção diferenciada e intercultural, bem como em estudos de Langdon (2007), que enfatizam a necessidade de articulação entre sistemas médicos distintos para a promoção de cuidado integral e culturalmente adequado.

ATENDIMENTO À SAÚDE DA CRIANÇA

No contexto da infância, a presença de doenças infecciosas e parasitárias nas aldeias é extremamente comum e refletem a precariedade das condições de vida desses povos, um exemplo disso é a ingestão de água de rios e fontes potencialmente contaminadas, que contribuem para a propagação dessas doenças, como por exemplo as helmintíases (Lima *et al.*, 2020).

Ademais, foi observado na literatura que complicações referentes ao crescimento e desenvolvimento são comuns entre as crianças indígenas, sendo um reflexo da desnutrição infantil. Esse cenário pode ser ainda pior a depender do contexto regional, foi identificado em uma população indígena da região do Amazonas que quase metade das crianças estavam em desnutrição crônica, enquanto entre as crianças indígenas no Brasil esse valor era de 25%, evidenciando essa diferença regional e a maior vulnerabilidade de determinadas populações indígenas, como aquelas localizadas na região Norte do país (Medeiros *et al.*, 2023).

Na análise da prevalência das complicações desse perfil nutricional no país tem-se que o déficit estatural tem uma prevalência média de 40,8% na região Norte e de 3,9% no Nordeste. Outra complicação são as hipovitaminoses e anemias carenciais, que ocorrem devido ao inadequado aporte nutricional, sendo observado uma prevalência média de 51,2% entre as crianças indígenas no Brasil, sendo que 66,4% está concentrada na região Norte, e

de 20,9% entre as não indígenas do país, isso evidencia a discrepância no perfil nutricional desse grupo. Por fim, a desnutrição se associa ao maior risco de óbitos por doenças respiratórias agudas e diarreias, sendo essas causas comuns de hospitalizações e óbitos de crianças indígenas (Barreto, 2014).

Destarte, as visitas domiciliares realizadas pelos AIS e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil se realizados da forma preconizada, constitui uma estratégia essencial para a vigilância da saúde da criança nas aldeias, pois permite identificação precoce de agravos nutricionais, doenças infecciosas e alterações no desenvolvimento neuropsicomotor.

A atuação do AIS, figura como uma importante contribuição, por sua inserção sociocultural e domínio da língua e dos costumes locais, além de favorecer o monitoramento contínuo, a orientação familiar e a mediação entre saberes tradicionais e práticas biomédicas, ampliando a adesão às ações de imunização, suplementação nutricional, acompanhamento antropométrico e manejo oportuno de doenças prevalentes na infância, como infecções respiratórias agudas, diarreias e parasitoses.

Evidências apontam que a vigilância regular do crescimento infantil é determinante para reduzir morbimortalidade e prevenir agravos evitáveis, sobretudo em contextos de vulnerabilidade social e sanitária (Black *et al.*, 2013). No contexto brasileiro, a PNASPI reforça que a atenção diferenciada deve incorporar agentes indígenas como protagonistas no cuidado primário, fortalecendo ações preventivas e promocionais no território. Além disso, estudos de Victora e colaboradores (2011) demonstraram que intervenções precoces e acompanhamento sistemático na atenção primária impactam diretamente na redução de doenças evitáveis e na melhoria dos indicadores de saúde infantil.

ATENDIMENTO À SAÚDE DA MULHER

No âmbito da Saúde da Mulher condições relacionadas com a saúde reprodutiva e sexual são destaques entre as mulheres indígenas. Um estudo realizado com populações da floresta amazônica revelou uma prevalência da infecção por Papilomavírus Humano (HPV) que chegou a cerca de 45% entre as mulheres Yanomami. Esses resultados demonstraram que esse grupo tem um alto risco para o câncer cervical, principal complicação decorrente da infecção por HPV (Fonseca *et al.*, 2015).

Aspectos culturais intrínsecos a essa população justificam esse risco elevado, pois há uma exposição sexual precoce, multiparidade com intervalo de tempo curto entre as gestações e isolamento das mulheres Yanomami, que dificulta o acesso a ações de prevenção e de diagnóstico precoce, como a realização do exame citológico (Rodrigues *et al.*, 2014).

Esse comportamento de risco associado com a dificuldade de acesso à saúde traz em discussão a possibilidade de adaptação do rastreamento do câncer cervical em

mulheres indígenas, com um início mais precoce do que o preconizado pelo Ministério da Saúde. Essa ideia é embasada em dados da literatura que trazem uma prevalência importante de lesões de alto grau entre a população mais jovem, como no estudo de Speck *et al.*, (2015) em que os casos com diagnóstico de NIC III se concentraram entre 22 a 24 anos, faixa etária excluída do rastreio padronizado.

Deve-se observar ainda fatores de risco determinantes para esses agravos, como as transformações socioculturais que vem ocorrendo nos últimos anos, à exemplo a crescente interação entre populações indígenas e não indígenas, associada à mobilidade territorial, tais situações podem está relacionada ao aumento da vulnerabilidade e acometimento de infecções sexualmente transmissíveis (IST) nos aldeados.

Frente a isto, devemos implementar estratégias eficazes de enfrentamento pautadas no fortalecimento da educação em saúde e na ampliação do acesso a diagnóstico e tratamento oportunos, pois a vulnerabilidade às IST decorre de determinantes sociais, desigualdades estruturais e barreiras de acesso aos serviços, o que exige intervenções precisas baseadas em direitos humanos e respeito à diversidade cultural (Ayres *et al.*, 2006).

Dessarte, a Organização Mundial da Saúde (2016) reforça que a prevenção de IST em populações vulneráveis deve priorizar educação, acesso a insumos preventivos e cuidado integral, enquanto a PNASPI destaca a necessidade de abordagens interculturais que valorizem a organização social e a autodeterminação dos povos indígenas. Desta forma, observamos de maneira direta a importância de mais pesquisas e promoção de educação em saúde nessa área, uma vez que descobriremos novas vertentes que possibilitarão inovações de cuidado e condutas frente aos problemas identificados durante o atendimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante desse cenário, fica evidente a importância de alguns fatores, como o fortalecimento da Atenção Básica nos territórios indígenas, a qualificação permanente das EMSI e a propagação da educação sexual nos territórios. A adoção dessas estratégias promoverão o cuidado integral, contínuo e sensível à cultura, mostrando-se fundamental para a redução das complicações clínicas aqui descritas e para a melhoria dos indicadores de saúde.

Ademais, a vigilância em saúde e o monitoramento contínuo dos agravos predominantes nas comunidades indígenas configuram estratégias essenciais para a identificação precoce de riscos e a prevenção de complicações clínicas. A utilização qualificada dos sistemas de informação em saúde, aliada ao planejamento de ações intersetoriais que considerem determinantes sociais como condições de moradia, segurança alimentar, saneamento básico e acesso à água potável, contribui para a redução da morbimortalidade e para o enfrentamento das iniquidades em saúde. Dessa forma, o

fortalecimento de políticas públicas baseadas em evidências e sensíveis às especificidades culturais são fundamentais para a qualificação da assistência e para a promoção integral da saúde.

REFERÊNCIAS

- AYRES, J. R. C. M. *et al.* Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 375-417. Disponível em: <https://professor-ruas.yolasite.com/resources/Tratado%20de%20Saude%20Coletiva.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2026.
- BARRETO, C. T. G.; CARDOSO, A. M.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. Estado nutricional de crianças indígenas Guarani nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, p. 657-662, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00117813>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/nfr8g6BTYdTSqPcgHHKSbBM/?lang=pt>. Acesso em: 05 mar. 2026.
- BLACK, R. E. *et al.* Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. **The Lancet**, Londres, v. 382, n. 9890, p. 427-451, 2013. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60937-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60937-X). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60937-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60937-X/fulltext). Acesso em: 05 mar. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Coinfecção TB-HIV 2022**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2022/coinfeccao-tb-hiv/boletim_coinfeccao_tb_hiv_2022.pdf. Acesso em: 05 mar. 2026.
- CASTRO, A. C. M. C. **Gravidez de alto risco em indígenas no estado do Tocantins**. 2022. 100 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Tocantins, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Palmas, 2022. Disponível em: <https://repositorio.uft.edu.br/bitstream/11612/6837/1/Ana%20Caroline%20Machado%20Costa%20Castro%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2026.
- CUNHA, A. A. D. A.; NAZIMA, M. T. S. T.; CASTILHO-MARTINS, E. A. Covid-19 entre indígenas na Amazônia brasileira: fatores associados ao óbito. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. e210368pt, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-1290202210368pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/dk3tzpMXhcnsNqYQcVMXR3g/?lang=pt>. Acesso em: 05 mar. 2026.
- FONSECA, A. J. *et al.* HPV Infection and Cervical Screening in Socially Isolated Indigenous Women Inhabitants of the Amazonian Rainforest. **PloS one**, São Francisco, v. 10, n. 7, e0133635, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133635>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0133635>. Acesso em: 05 mar. 2026.

GARNELO, L. *et al.* Avaliação da atenção pré-natal ofertada às mulheres indígenas no Brasil: achados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, p. e00181318, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00181318>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ycBy7zRHxVjPNNPvqKX3SRM/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 05 mar. 2026.

LANGDON, E. J.; CARDOSO, M. D. (Orgs.). **Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015.

LIMA, M. L. A. *et al.* Mortalidade infantil entre indígenas no estado do Pará. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 22, p. 1-8, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v22.61719>. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/61719>. Acesso em: 05 mar. 2026.

MEDEIROS, F. G. *et al.* Perfil nutricional de crianças indígenas menores de cinco anos de idade no Alto Rio Solimões, Amazonas, Brasil (2013). **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 23, p. e20220401, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202300000401>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/TRqtdxdtRN7CsvPy9Zrxwkv/?lang=pt>. Acesso em: 05 mar. 2026.

OLIVEIRA, P. M. V. *et al.* Dificuldades e necessidades na comunicação em saúde entre o enfermeiro e a população indígena em contexto hospitalar: uma revisão de escopo. **Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales**, [S. l.], v. 17, n. 5, p. 229, 2023. DOI: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.5-229>. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/6527>. Acesso em: 05 mar. 2026.

PÍCOLI, R. P.; CAZOLA, L. H. O. Oportunidades perdidas na prevenção da transmissão vertical da sífilis na população indígena do Brasil central. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 22, n. 4, p. 823-831, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202200040006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/tXqtdjYg3xr4KZNkwtQTz5r/?lang=pt>. Acesso em: 05 mar. 2026.

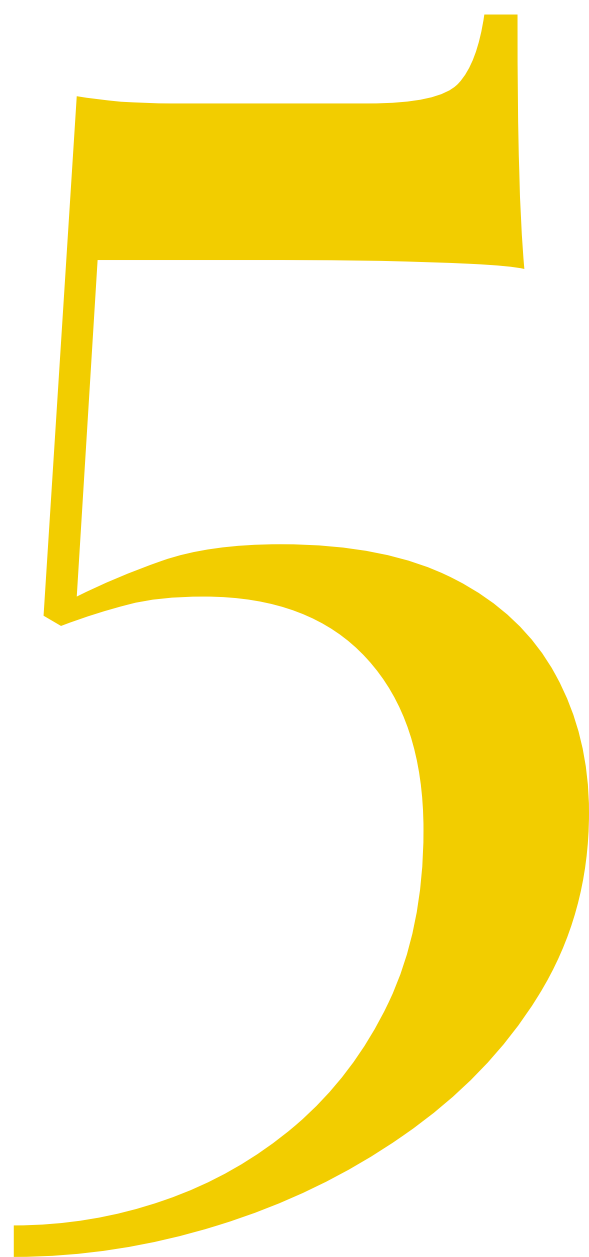
RODRIGUES, D. A. *et al.* Prevalência de atipias citológicas e infecção pelo papilomavírus humano de alto risco em mulheres indígenas Panará, povo indígena do Brasil Central. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2587-2593, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00152713>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/k8HdnvTjyQ7RJWyFT8YzQJS/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 05 mar. 2026.

SANTOS, D. V. *et al.* Mortalidade materna na população indígena e não indígena no Pará: contribuição para a vigilância de óbitos. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, e20170161, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0161>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/nr8xKdMLFJtftwLjLjrVWCJ/?lang=pt>. Acesso em: 05 mar. 2026.

SILVA, M. A. *et al.* Competência cultural: uma resposta necessária para superar as desigualdades em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 3, p. 1511-1517, 2018.

VICTORA, C. G. *et al.* Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet**, Londres, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60138-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60138-4). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60138-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60138-4/fulltext). Acesso em: 05 mar. 2026.

**IMPACTO DOS COSTUMES E
QUESTÕES CULTURAIS DOS
POVOS INDÍGENAS NO AMBIENTE
HOSPITALAR** – Como valores e
crenças influenciam na dinâmica
hospitalar.



Capítulo 5

IMPACTO DOS COSTUMES E QUESTÕES CULTURAIS DOS POVOS INDÍGENAS NO AMBIENTE HOSPITALAR - Como os valores e crenças influenciam na dinâmica hospitalar.

Autores:

Querly Oliveira Silva

Láysa Rodrigues de Lima Gomes

Marcelle dos Santos Alusiar

Maria Juliana dos Santos Cortez

Erine Souza Aguiar

Francisco Alves Lima júnior

Marcus Vinicius Henriques Brito

Amanda da Costa Silveira Sabbá

INTRODUÇÃO

O ambiente hospitalar, tradicionalmente estruturado segundo os princípios do cuidado médico moderno, reflete uma visão de saúde centrada na racionalidade técnica e na ausência de doença física. Essa concepção, entretanto, difere profundamente da perspectiva indígena, que compreende a saúde como um estado de equilíbrio entre dimensões físicas, espirituais, sociais e ambientais (Alves; Oliveira, 2018). Tal contraste de paradigmas faz com que o hospital, lugar de cura para a sociedade ocidental, seja frequentemente percebido pelos povos indígenas como um espaço estranho, e por vezes ameaçador, onde suas crenças, costumes e modos de viver são desconsiderados.

A compreensão do processo saúde-doença entre os povos indígenas parte da ideia de que o adoecimento não se limita a causas biológicas, mas pode decorrer de desequilíbrios morais, espirituais ou comunitários (Cruz, 2011). Essa visão influencia diretamente o modo como o indígena percebe e aceita o tratamento hospitalar, resultando em tensões culturais que desafiam os profissionais de saúde. A ausência de preparo para lidar com essas diferenças, somada às barreiras linguísticas e estruturais, compromete a comunicação, o vínculo terapêutico e a adesão ao cuidado (Silva *et al.*, 2021).

Diante disso, é imprescindível que o ambiente hospitalar se adapte a uma perspectiva de cuidado intercultural, na qual as práticas médicas dialoguem com os valores e crenças indígenas, reconhecendo a legitimidade de seus saberes tradicionais. Experiências relatadas em serviços especializados de atenção à saúde indígena mostram que o respeito às práticas culturais e a valorização das tradições espirituais contribuem significativamente para o acolhimento e a humanização do cuidado (Ribeiro *et al.*, 2017). Assim, mais do que um espaço técnico, o hospital deve se tornar um território de encontro entre diferentes formas de compreender e promover a saúde.

IMPACTO DOS COSTUMES E QUESTÕES CULTURAIS DOS POVOS INDÍGENAS NO AMBIENTE HOSPITALAR

Historicamente a perspectiva de povos antigos sobre a saúde representava um estado físico, espiritual e social, amplamente dependente do meio ambiente, o que era diretamente oposto à abordagem defendida pela medicina moderna, que considerava a saúde exclusivamente como o estado de ausência da doença física. Em detrimento disso, hoje a Organização Mundial de Saúde (OMS), a define como um estado de completo bem-estar biopsicossocial, sendo inegável a importância das questões culturais individuais para o processo saúde-doença (Alves; Oliveira, 2018).

O impacto dos costumes indígenas neste processo, fica ainda mais evidente quando se trata do ambiente hospitalar, pois além de doente, ele precisa lidar com um ambiente novo, regido por protocolos e regras estritas que muitas vezes fazem com que se sintam isolados e ainda ansiosos por estarem distante dos familiares, das tradições e da alimentação habitual, como aparece na figura 02.

Figura 02: Costumes indígena



Fonte: https://chatgpt.com/s/m_69a24cedc9c48191b6bc3cdb58db2f83

Nota-se que para a maioria dos povos indígenas, a saúde segue uma concepção xamanística, sendo resultado do tipo de relação individual e coletiva que se mantém com o grupo e com a natureza, sendo uma dádiva daquilo que é natural. De maneira contrária, as doenças são vistas como adquiridas ou provocadas, por algum tipo de castigo, seja de aspecto moral ou espiritual, sendo resultado da luta entre espíritos bons e maus (Cruz, 2011).

Desse modo aparecem os pajés, que são a principal liderança espiritual e curandeira, tendo sua existência relacionada à ideia de dois universos, um imaterial onde vivem espíritos capazes de produzir os males que trazem tristeza e destruição e outro

material, de nossas existências materiais. Os espíritos são descritos, na visão desse povo, como capazes de transitar entre esses dois mundos (Kapfhammer, 2004).

De acordo com Gersem, para o indígena o Pajé surge como um profundo conhecedor dos segredos e das capacidades da natureza, sendo ele um intermediário entre seres naturais e sobrenaturais. Seu papel tem grande importância, pois vai desde o poder de cura ao de provocar doenças ou mortes, buscando sempre manter o equilíbrio natural das coisas, para proteger o indígena e a natureza (Luciano, 2006).

Figura 03: pajé em ritual com medicina natural



Fonte: https://chatgpt.com/s/m_69a24d987bo48191939136ff5828eb28

Destarte, é importante considerar que o paciente indígena e suas particularidades percorrem um longo caminho até chegar ao ambiente hospitalar, recebendo atendimento primário de familiares, cuidados e terapias a base de plantas medicinais indicados pelo Pajé, como demonstrado na Figura 02, para só então buscar o auxílio da medicina ocidental.

Tal sequência, aliada à comum demora dos atendimentos no Subsistema de Saúde Indígena, faz com que muitos dos casos piores acentuadamente antes de chegar ao hospital, tendo um tratamento mais complexo e um pior prognóstico, como demonstrado no artigo de Silva *et al.*, (2022) que relata o caso de uma paciente indígena com osteossarcoma condroblástico metastático que evoluiu com uma osteomielite e precisou realizar uma desarticulação coxofemoral e quimioterapia.

Em consequência desses casos, a visão dos indígenas a respeito do ambiente hospitalar acaba sendo prejudicada, pois muitas vezes acreditam ser um local de morte, por isso são vistos como a última esperança, a última tentativa depois de esgotadas todas as possibilidades de cura dentro de sua comunidade. Essa perspectiva desanimadora aliada ao ambiente, que traz à tona as diferenças culturais e muitas vezes os preconceitos

que permeiam a relação entre os pacientes e os profissionais de saúde, contribuem para um ambiente mais hostil e distante do processo de cura.

Inegavelmente existem diferenças culturais substanciais entre os indígenas e os costumes e práticas ocidentais modernas (Figura 04).

Figura 04: Diferenças culturais



Fonte: https://chatgpt.com/s/m_69a254c305388191aa2ab4e0452599dd

As diferenças começam pela língua, entender o paciente indígena acaba por ser um desafio, tanto pela não-fluência no português, quanto pelas expressões incomuns utilizadas por eles para se comunicar, podendo ocasionar uma barreira ao acolhimento deste indivíduo, afetando a comunicação médico-paciente e o cuidado de modo geral.

Dessa forma, podemos observar que, à medida que os profissionais de saúde, se distanciam do contexto sociocultural do paciente indígena, enfrentarão dificuldades na compreensão do seu estado de saúde, na interpretação dos sintomas, no estabelecimento de diagnósticos precisos e na condução adequada do plano terapêutico. A exemplo disso, podemos citar a etnia Baniwa (AM), que vê a tuberculose como um mal chamado “manhein” causado pela ingestão de um veneno que mata lenta e gradualmente, adquirido por meio de rituais secretos pelos inimigos do indivíduo. Mesmo quando o paciente chega ao hospital, é diagnosticado e inicia o tratamento para tuberculose, quando ele controla a doença e volta para casa, interrompe o tratamento e a doença retorna, pois, a sua visão de que aquilo é o “manhein” não muda (Silva *et al.*, 2022).

Tal concepção acaba por entrar em conflito com o tratamento que deveria ser realizado por completo, contudo, deve-se compreender a importância de respeitar os valores culturais e crenças dos povos indígenas que, na maioria das vezes, para eles acabam sendo mais importantes do que as soluções oferecidas pela medicina, mas

sobretudo é importante conscientizar toda a comunidade acerca da relevância do tratamento medicamentoso e para isso podemos contar com o apoio do pajé e demais líderes da comunidade, a fim de promover a saúde da maneira mais holística possível.

Para além disso, vale lembrar que na perspectiva indígena o processo da doença figura como um desequilíbrio das forças espirituais, sendo necessário um tratamento envolvendo práticas tradicionais como rituais, chás, banhos de plantas medicinais e a presença de líderes espirituais. No entanto, nos hospitais, em geral não há espaço para estas atividades, deixando o paciente indígena ainda mais inseguro em relação ao tratamento médico oferecido. Tal fato é comprovado através do relatado de profissionais que trabalham na CASAI, eles observaram o comportamento retraído e desconfiado do indígena, destacando visivelmente o sentimento de não pertencimento àquele ambiente (Ribeiro *et al.*, 2017).

Outrossim, a distância de sua casa e dos próprios costumes pode gerar resistência na adesão ao tratamento médico convencional e prejudicar o processo de cura do indígena. Também é preciso considerar a importância da presença dos familiares e membros da comunidade como um suporte desejado e necessário para o doente, que muitas vezes lhe é restrito em virtude de regras hospitalares, as quais limitam o número e o tempo de permanência de visitantes, corroborando para que aquele seja um ambiente ainda mais estressante e desconfortável, já que seus valores culturais não estão sendo respeitados.

Embora saibamos que as regras hospitalares são feitas para a manutenção de um ambiente organizado e seguro, é crucial também um local acolhedor e respeitoso, por isso, às vezes faz-se necessário a flexibilização e adaptação dessas regras. Hoje em dia, vários hospitais já respeitam os costumes e tradições das grávidas indígenas na hora do parto e também no pós imediato, como no caso das mulheres da etnia Guaranis, sua alimentação até 40 dias após o parto não contém carne bovina ou suína, feijão, peixe, ovos entre outros, sendo composta exclusivamente de frango, arroz, mingau e milho. Além das restrições alimentares, o povo Guarani costuma enterrar a placenta na aldeia e a resolução determina que sua placenta seja devidamente condicionada e entregue para a mãe da grávida, a fim de preservar a tradição (Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2008).

Estudos realizados em um hospital da região Norte (Hospital da Criança Santo Antônio, em Roraima) evidenciaram que usuários indígenas relatam dificuldades relacionadas à barreira linguística, diferenças culturais e fragilidades na humanização do atendimento, incluindo o desrespeito às práticas tradicionais (Gomes, 2018). Dessa maneira, é imprescindível perceber a distância que os serviços, principalmente aqueles de maior complexidade, encontram de se oferecer um atendimento adequado às questões socioculturais dos povos indígenas.

No mesmo ano em que a pesquisa mencionada anteriormente foi realizada, o Ministério da Saúde estabeleceu 13 critérios para o atendimento de indígenas em hospitais, determinando um incentivo de até R\$ 2,4 milhões por ano para os serviços que se adaptem e atenderem um contingente mínimo de indígenas, respeitando sua cultura e

valores tradicionais. Algumas das medidas essenciais inclui a presença de intérpretes e de acompanhante, a garantia de dieta especial ajustada aos hábitos alimentares do paciente, a facilitação da assistência dos cuidadores tradicionais quando solicitado e a adaptação de espaço para viabilizar as práticas tradicionais. Além disso, deve-se viabilizar a adaptação de protocolos clínicos e assegurar o compartilhamento de diagnósticos e condutas de saúde de forma compreensível aos indígenas (Ministério da Saúde, 2017).

Contudo, apesar do determinado pela Portaria 2.663/2017, é evidente que, em grande parte dos hospitais, não existe uma atenção diferenciada, específica e direcionada aos povos indígenas e que atenda minimamente suas necessidades, estando a perspectiva biomédica sobrepondo os costumes e tradições dessa população.

Corroborando com Gomes (2018), na maioria das vezes os profissionais não têm conhecimento das políticas de saúde dos povos indígenas e nem mesmo tentam se informar como funciona, ou deveria funcionar a assistência deste povo. Tal desinteresse reflete diretamente nos atendimentos, especialmente no que se refere à atenção secundária e terciária.

Esses obstáculos presentes na assistência ao indígena no ambiente hospitalar deixam claro a necessidade de os profissionais adquirirem conhecimentos transdisciplinares para oferecer uma atenção diferenciada, baseada no respeito às diferenças culturais e no reconhecimento de seus saberes, para construir um atendimento mais eficaz e benéfico aos pacientes. Devendo o profissional ver o indígena como um ser holístico, com aspectos étnicos particulares e, a partir disso, tentar integrar a medicina indígena juntamente a medicina ocidental, pois a realidade das tradições e costumes deste povo faz parte de sua identidade e precisa ser acolhido no serviço.

Além disso, a equipe precisa ter uma postura política, de saber ouvir, dialogar e negociar, e que ultrapasse o respeito à diferença, chegando a integrar as práticas indígenas no plano terapêutico (Silva *et al.*, 2021).

No sentido da assistência aos povos indígenas, a PNASPI se destaca por estabelecer diretrizes para a organização e prestação de serviços de saúde que atendam às necessidades desses povos, levando em consideração sua diversidade e particularidades. Considerando tal perspectiva, não como um privilégio a estes, mas sim como a adequação do atendimento às suas necessidades específicas, durante a pandemia de COVID-19 foi implantada a ala especial para indígenas no Hospital Nilton Lins (Manaus-AM). Esta iniciativa surgiu da situação de extrema vulnerabilidade em que os indígenas se encontravam em 2020 frente ao coronavírus, pois para esses povos que preservam costumes milenares e seguem uma tradição bem estabelecida, é ainda mais difícil compreender a gravidade da situação e obedecer às recomendações que estavam sendo dadas no momento (Pedraça *et al.*, 2020).

Dessa forma, para tratá-los, a diretoria do hospital criou uma ala exclusiva com adaptações, contendo redes nas enfermarias e espaço para encenação de atividades culturais. Isso para tentar facilitar a adaptação do indígena ao ambiente hospitalar e fazer

com que ele se sentisse acolhido e confortável. Essas medidas demonstram a preocupação da equipe em fornecer um atendimento mais humanizado, mostrando ao indígena que ele tem o seu próprio lugar social e é aceito, permitindo-o interagir de modo mais espontâneo e próximo com os outros pacientes e também com a equipe multiprofissional (Pedraça *et al.*, 2020).

Além das alterações físicas no ambiente, é preciso ressaltar a preparação da equipe multiprofissional, que recebeu orientações para socializar de forma amistosa durante o atendimento, acolhendo-os e priorizando sua recuperação. Nessa ala exclusiva, o indígena é aculturado, os valores e tradições que os diferenciam são resguardados e preservados, oferecendo o devido respeito às suas particularidades de cultura e crenças.

Como visto, é essencial que os profissionais passem por treinamentos e desenvolvam habilidades para atuar no processo de saúde-doença dos pacientes indígenas, principalmente prepará-los para períodos delicados, como o de terminalidade da vida e luto da família, onde é um momento de fragilidade e permeado de valores socioculturais, que não podem ser ignorados ou subestimados. Afinal a atuação profissional deve estar fundamentada na compreensão do relativismo cultural e na valorização do conhecimento aprofundado sobre o paciente, incluindo seus costumes, crenças, hábitos, práticas tradicionais e prioridades relacionadas à saúde. Essa abordagem possibilita a construção de um vínculo entre profissionais e usuários e contribui para a efetividade das ações em saúde.

Desta maneira, fica claro que é possível adaptar o hospital para criar um ambiente mais acolhedor e adequado ao atendimento dos povos indígenas, assim como a PNASPI determina. No entanto, essas medidas que corroboram para o cumprimento da mencionada política são, em sua maioria, negligenciadas e não são difundidas, pois não é de interesse da maioria, e aquelas propostas para a melhoria dos serviços de atenção aos indígenas acabam por se arrastar e ficam restritas às diretrizes e mesas de gabinetes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como visto neste capítulo, programas de sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde para trabalhar com as especificidades culturais dos povos indígenas são fundamentais para reverter o quadro atual e fazer com que realidades como a da ala do Hospital Nilton Lins para indígenas sejam mais comuns. A disponibilidade para ouvir e dialogar também é de extrema importância no ambiente hospitalar, em especial quando se trata de povos indígenas e das tantas questões culturais que se apresentam nessa relação, muitas vezes o tempo de internação do paciente e a ociosidade geram nele ansiedade, que, aliada à saudade e à preocupação com a família, fazem com que o paciente indígena queira desistir do tratamento e voltar para a aldeia, causando, muitas vezes, um conflito interétnico (Pereira *et al.*, 2014).

Por isso, é fundamental que, no ambiente hospitalar, a equipe crie um contexto favorável à promoção do cuidado a partir do diálogo com o indígena e sua família, garantindo que, apesar das barreiras na comunicação, eles entendam o diagnóstico, o tratamento e a assistência como um todo, esclarecendo dúvidas e identificando as necessidades particulares de cada paciente. Uma forma de fazer isso é aceitar e permitir que, em situações onde paciente solicita a presença do pajé, haja um local reservado para a realização de rituais de cura, visando a recuperação do doente.

Por fim, o impacto dos costumes e questões culturais dos povos indígenas no ambiente hospitalar ressalta a necessidade de uma abordagem de saúde intercultural, que reconheça e respeite as diferenças socioambientais e busque integrar práticas tradicionais e ocidentais de forma harmoniosa. Só assim será possível oferecer um atendimento mais humanizado e eficaz, que respeite a dignidade dos povos indígenas e melhore os resultados em saúde para essas populações.

REFERÊNCIAS

ALVES, S. A. A.; OLIVEIRA, M. L. B. Sociocultural aspects of health and disease and their pragmatic impact. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 183, 2018. DOI: <https://doi.org/10.7322/jhgd.147236>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/147236/141056>. Acesso em: 05 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.663, de 11 de outubro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para redefinir os critérios para o repasse do Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas – IAE-PI, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 2017, Seção 1. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/portaria/portaria-gm-ms-no-2663-de-11-de-outubro-de-2017>. Acesso em: 05 mar. 2026.

CRUZ, M. M. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. In: **Qualificação de gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, 2011. p. 21-33. Disponível em: https://dms.ufpel.edu.br/sus/files/media/saude_doenca.pdf. Acesso em: 05 mar. 2026.

GOMES, E. S. **Políticas públicas e a saúde indígena: o atendimento das crianças indígenas no Hospital da Criança Santo Antônio**. 2018. 97f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional da Amazônia) – Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional da Amazônia, Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, 2018. Disponível em: <http://repositorio.ufrr.br:8080/jspui/handle/prefix/140>. Acesso em 03 nov. 2024.

ÍNDIAS guaranis têm tradição preservada em hospitais. São Paulo, SP: **São Paulo**, 2008. Disponível em: <https://www.imprensaoficial.com.br/Certificacao/GatewayCertificaPDF.aspx?notarizacaoID=31baf78b-1e02-429d-a380-a537ac674704>. Acesso em: 03 nov. 2024.

KAPFHAMER, W. De “sateré puro” (Sateré sese) ao “novo sateré” (Sateré pakup): mitopraxis no movimento evangélico entre os Sateré-Mawé. In: WRIGHT, R. (Org.). **Transformando os deuses: igrejas evangélicas, pentecostais e neopentecostais entre os povos indígenas no Brasil**. Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas, 2004. Disponível em: https://docvirt.com/docreader.net/DocReader.aspx?bib=mi_bibliografico&pagfis=21939. Acesso em: 05 mar. 2026.

LUCIANO, G. S. **O índio brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje**. Brasília: Ministério da Educação, 2006. Disponível em: <https://policycommons.net/artifacts/8875830/o-indio-brasileiro/9726488/>. Acesso em: 24 fev. 2025.

PEREIRA, E. R. *et al.* A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 1077-1090, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300027>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/9JQFrKm83b7SM6FLMwzVXXG/?lang=pt>. Acesso em: 05 mar. 2026. Acesso em: 05 mar. 2026. Acesso em: 05 mar. 2026.

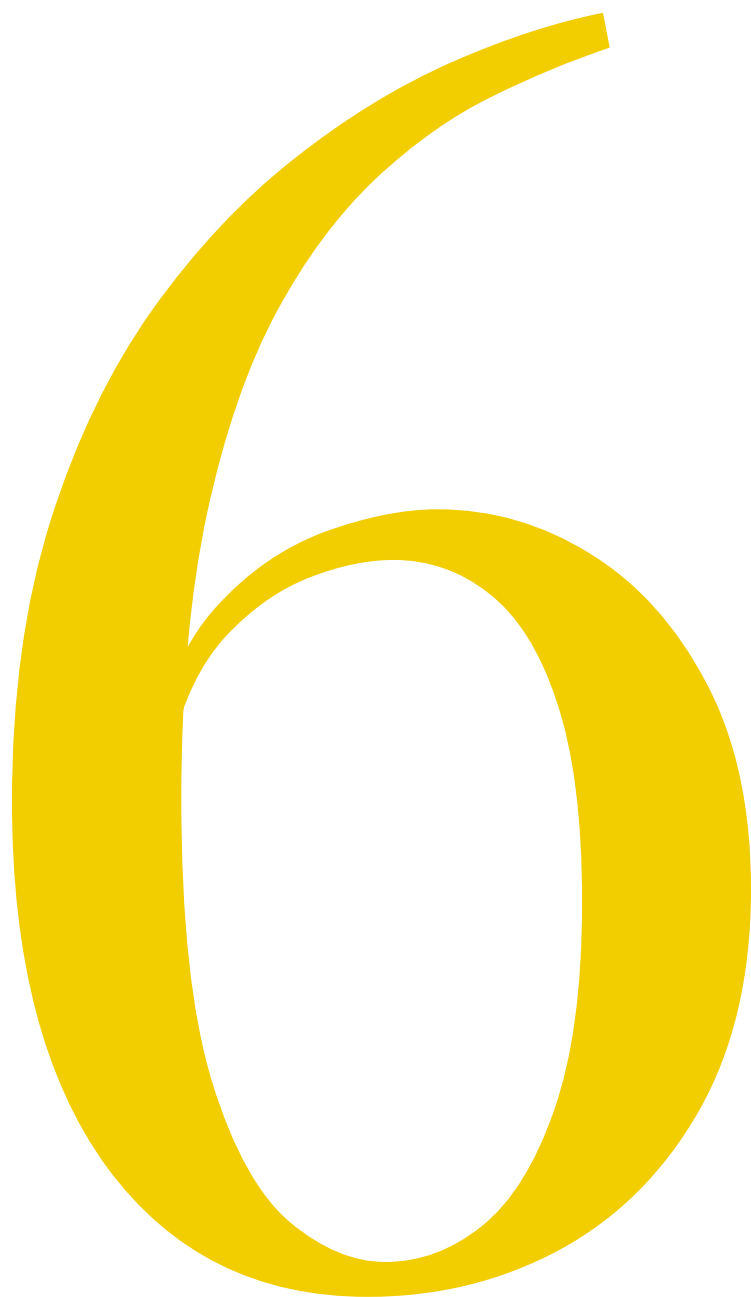
RIBEIRO, A. A. *et al.* Aspectos culturais e históricos na produção do cuidado em um serviço de atenção à saúde indígena. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 2003-2012, jun. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.13362016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Hgmtmkngc3YqWXg5hkLY3rP/?lang=pt>. Acesso em: 05 mar. 2026.

SANTOS, P. A *et al.* Ala hospitalar diferenciada: Perspectivas de atendimento humanizado aos indígenas para o tratamento da Covid-19 no Hospital Nilton Lins em Manaus/AM. **Somanlu: Revista de Estudos Amazônicos**, Manaus, v. 20, n. 2, p. 26-42, 2020. DOI: <https://doi.org/10.29327/233099.20.2-2>. Disponível em: <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/somanlu/article/view/8449>. Acesso em: 05 mar. 2026.

SILVA, E. C. *et al.* Dificuldades vivenciadas pelos profissionais de saúde no atendimento à população indígena. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], v. 13, n. 1, p. e5413, 2021. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e5413.2021>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5413>. Acesso em: 05 mar. 2026.

SILVA, F. P. A. *et al.* Desafios e peculiaridades do diagnóstico e tratamento oncológico na população indígena. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], v. 15, n. 8, p. e10644, 2022. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e10644.2022>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/10644>. Acesso em: 05 mar. 2026.

**RELEVÂNCIA DO DIÁLOGO
INTERCULTURAL NA ASSISTÊNCIA
À SAÚDE INDÍGENA** – A importância
da comunicação respeitosa e eficaz
entre profissionais de saúde e
população indígena.



Capítulo 6

RELEVÂNCIA DO DIÁLOGO INTERCULTURAL NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE INDÍGENA - A importância da comunicação respeitosa e eficaz entre profissionais de saúde e população indígena.

Autores:

Querly Oliveira Silva

Brunna Noletto Campos

Karine Keila de Sousa Vieira Sampaio

Charles Alberto Villacorta de Barros

Leonardo Yohan Santos Chucre de Lima

Maíra Fontel da Luz

Marcus Vinicius Henriques Brito

Amanda da Costa Silveira Sabbá

INTRODUÇÃO

Na visão antropológica, a interculturalidade na saúde implica reconhecer a coexistência de sistemas médicos distintos e a necessidade de articulação entre eles (Langdon, 2007). A inserção do diálogo intercultural nas práticas sanitárias constitui condição essencial para a efetividade das políticas públicas voltadas aos povos indígenas (Garnelo e Langdon, 2005). Ademais, a crítica ao modelo médico hegemônico constata que a imposição exclusiva do paradigma biomédico pode gerar invisibilização dos saberes tradicionais (Menéndez, 2009).

Contudo, a assistência à saúde indígena brasileira insere-se em um contexto sociocultural marcado pela pluralidade de saberes, cosmologias e práticas terapêuticas próprias. Nesse cenário, o diálogo intercultural emerge como elemento fundamental para a construção de um cuidado integral, equânime e eticamente comprometido, paralelo a isso surge o desafio da aprendizagem e construção desse processo pelos profissionais da saúde.

Por conseguinte, o diálogo intercultural não se limita apenas à tradução linguística, mas envolve a valorização dos sistemas tradicionais de cuidado, o respeito às lideranças, aos saberes ancestrais e a construção compartilhada de estratégias terapêuticas. Compreender sua relevância significa reconhecer que a qualidade da assistência à saúde indígena está diretamente relacionada à capacidade do sistema de articular conhecimentos biomédicos e saberes tradicionais de forma ética, horizontal e colaborativa.

DIÁLOGO INTERCULTURAL NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE INDÍGENA

Um marco histórico na sociedade brasileira são os conhecimentos tradicionais dos povos indígenas, desde práticas culinárias à costumes medicinais, tudo foi preservado e passado por gerações, sobretudo por meio da oralidade, mesmo com o domínio ocidental, os aspectos socioculturais foram mantidos ao longo de séculos tornando-se crucial para a manutenção de milhares de indígenas no país (IBGE, 2023).

Esses povos, além dos aspectos históricos próprios, possuem modos de vida diferentes e saberes tradicionais específicos, como por exemplo, são falantes de 295 línguas distintas, oriundas, em sua maioria, de dois troncos linguísticos principais: o Macro-Jê e o Tupi. O tronco linguístico representa um conjunto de línguas que têm a mesma origem. O Macro-Jê inclui os grupos Boróro, Guató, Jê, Karajá, Krenák, Maxakali, Ofayé, Rikbaktsa e Yatê, já o tronco Tupi abrange os Arikém, Awetí, Jurúna, Mawé, Mondé, Mundurukú, Puroborá, Ramaráma, Tuparí e Tupi-Guarani. Além dos troncos citados, há famílias que não possuem semelhanças e por isso não se enquadram em nenhum dos dois troncos linguísticos citados (Cabral *et al.*, 2014).

A partir disso, observa-se que a heterogeneidade cultural e linguística destacada acima influencia diretamente na assistência médica à saúde indígena, pois é um desafio integrar o atendimento às realidades plurais de cada grupo étnico existente. Isso é evidenciado no fato de que a maioria dos profissionais de saúde que atuam em territórios indígenas não dominam a língua nativa, nem os códigos e símbolos linguísticos, dificultando a compreensão do processo saúde-doença dentro da cultura (Schweickrdt; Silva; Ahmadpour, 2020).

Assim, os desafios da saúde indígena são intensos e persistentes. Em 1986, durante a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde Indígena (CNPSI), o Estado teve a oportunidade de ouvir, pela primeira vez, diversas lideranças para debater propostas que visavam a criação de diretrizes destinadas à saúde dessas comunidades, que até então, era gerida por diversos setores e órgãos, sem que houvesse continuidade de planejamento das ações. Nesse contexto, suas necessidades e particularidades, foram reconhecidas como legítimas e pactuadas com um enfoque especial na Atenção Primária à Saúde (APS) (Brasil, 1986).

Posteriormente a isso, veio a criação da SESAI, onde as pluralidades epidemiológicas, etnográficas e geográficas dos indígenas passaram a ter maior peso, pois o novo órgão permitia maior autonomia na gestão do DSEI, que pela primeira vez estava sem a tutela de outros setores e não colocava a saúde indígena em segundo plano. No entanto, de forma geral, na PNASPI, a teoria de diálogo entre as realidades saúde-doença-cuidado indígenas e ocidentais não está suficientemente desenvolvida e na prática essas orientações esbarram na falta de entendimento dos profissionais acerca do aprendizado permanente dos valores e das práticas sobre a saúde dos povos indígenas (Ferreira, 2015).

Desta maneira, o desenvolvimento da saúde desses povos é resultado de uma luta incessante de lideranças indígenas e não-indígenas que buscam sanar as mazelas existentes, como o pouco preparo para o atendimento especializado aos povos indígenas, a falta de médicos e remédios nas aldeias e a prevalência de doenças como malária, tuberculose e infecções respiratórias, por exemplo (ISA, 2010).

Esse fato revela o desafio do SASISUS em integrar o atendimento especializado conforme as características de cada grupo étnico e de alcance médico às aldeias espalhadas no vasto Território brasileiro (ISA, 2010). Tendo isso em vista, é possível salientar a importância do diálogo intercultural para a elaboração de projetos eficientes que promovam o desenvolvimento da saúde indígena de forma integral, considerando sempre as particularidades de cada grupo, a fim de garantir tanto sua integração adequada ao sistema de saúde quanto o respeito à cosmovisão dessa população.

Deste modo, o diálogo entre as culturas ocidental e indígena é de suma importância para a elaboração de políticas salutaras que promovam uma real melhora no atendimento médico aos indígenas. A escuta de líderes desses povos é o ponto de partida para identificar os reais problemas existentes e alinhar os planos de ação na Atenção Primária à Saúde, de forma que tanto o conhecimento médico científico quanto o saber tradicional originário participem das medidas de prevenção, rastreio e tratamento das doenças prevalentes nas aldeias, conforme as tradições de cada grupo étnico. Assim, além da interculturalidade como base para um ofício eficiente, é necessário que tenha uma notória comunicação com os saberes tradicionais dos pajés, rezadores, parteiras e outros especialistas em plantas e recursos naturais (Schwweickardt; Silva; Ahmادpour, 2020).

No entanto, é válido destacar que o diálogo intercultural na prática é construído lentamente. Isso se deve ao fato de que as orientações da PNASPI esbarram nos problemas de carência de profissionais permanentemente nas áreas indígenas, na alta rotatividade de profissionais e no conhecimento insuficiente para lidar com culturas diferentes. No que tange à carência e à alta rotatividade de profissionais, a falta de estabelecimento de vínculo é o primórdio do problema, pois dificulta a permanência da equipe e tende a inviabilizar o reconhecimento das especificidades culturais e linguísticas que permeiam o cuidado em saúde desses povos, além da realidade logística encontrada em algumas regiões, como o precário acesso a algumas aldeias, geralmente localizadas em áreas remotas, e a falta de infraestrutura para o atendimento médico na maioria das localidades. Somado a isso, a precariedade na formação permanente disponibilizada impede a compreensão do universo indígena, de modo que há pouca relativização do próprio saber médico em prol da comunicação dos serviços de saúde e dos saberes tradicionais.

A inconsistente formação permanente dentro das políticas de saúde indígena está relacionada à precária estrutura educacional disponibilizada pela SESAI. A educação permanente vem sendo desenvolvida como um processo ético e pedagógico de instrução aos trabalhadores dentro de sua realidade laboral, porém, no contexto das políticas de saúde dos povos originários os ensinamentos feitos pelos educadores, são em sua maioria

realizados por não indígenas, de forma que o conhecimento se perde por haver pouca aplicabilidade na realidade da atenção primária nas aldeias (Cantuária; Estevão, 2020).

Essa realidade torna frágil a atuação da equipe multidisciplinar em contextos interculturais, já que a qualificação e o aperfeiçoamento do trabalho na saúde indígena são insuficientes. Pereira (2017) menciona que a transgressão do direito à medicina tradicional e das práticas etnocêntricas compromete a integralidade e a complementaridade de conhecimentos que vão além do biomédico. Langdon (1999) aborda as intervenções no setor da saúde e destaca a carência de compreensão sobre a cultura indígena entre os profissionais da área. Ele observa que essas atitudes etnocêntricas resultam na falta de sucesso nas intervenções realizadas.

Diante disso, nota-se a importância de escutar as histórias de vida, valores, modos de viver e se relacionar na população indígena, bem como acolher as dificuldades no processo de cuidado, proporcionando contato com a família e intercâmbio com as práticas medicinais tradicionais dos ancestrais, de modo que essas são possibilidades reais de melhorias na política de saúde desses povos a longo prazo (Pereira; Martins, 2017).

Portanto, para desenvolver a habilidade cultural, é fundamental adquirir competências linguísticas e para isso torna-se necessário a presença de tradutores em meio a estratégias que ajudem a superar as barreiras na comunicação. Além disso, é crucial que os profissionais ampliem seus conhecimentos para que a consciência cultural ajude a reduzir preconceitos, estereótipos e suposições relacionadas aos diversos padrões culturais. Isso deve ser feito com uma postura respeitosa em relação aos diferentes pontos de vista, contribuindo para minimizar as dissonâncias culturais e evitando a imposição de uma cultura sobre outra.

No artigo Saúde indígena: práticas e saberes por um diálogo intercultural, Pereira discute experiências que evidenciam a presença de preconceitos e práticas discriminatórias no contexto da atenção à saúde indígena, onde o cotidiano dos serviços de saúde ainda é marcado por manifestações de racismo, estigmatização cultural e desqualificação das práticas tradicionais, fatores que comprometem tanto o acesso quanto a qualidade da assistência prestada no âmbito do Sistema Único de Saúde (Schweickardt, Silva e Ahmadpour, 2020).

Destarte, a repercussão da ausência de interculturalidade pode ser notória quando se observa a precariedade nos índices da saúde indígena brasileira, dentre as principais adversidades, destaca-se a taxa de mortalidade infantil mais elevada que de outros grupos populacionais, e ainda, a taxa de suicídio em indígenas é quatro vezes mais elevada do que a população brasileira em geral (Brasil, 2021).

O uso abusivo de álcool configura-se como outro importante desafio nas comunidades indígenas, estando associado a processos de desagregação social, fragilização de vínculos familiares e impactos na organização comunitária (BRASIL, 2019). Paralelamente, a desnutrição crônica entre crianças indígenas menores de cinco anos apresenta prevalências significativamente elevadas se comparadas às crianças não

indígenas. Esse cenário relaciona-se às condições de insegurança alimentar nas aldeias, nas quais o acesso à alimentação ocorre frequentemente por meio de doações e da aquisição de alimentos fora do território tradicional, além da crescente influência do padrão alimentar ocidental, caracterizado pelo consumo de produtos industrializados com baixo valor nutritivo (Fiocruz, 2021; UNICEF, 2019).

Observa-se, então, que a desconstrução de práticas etnocêntricas é necessária para que o respeito à cultura indígena e o interesse pela história desse povo sejam evidentes e funcionem como fatores de melhora nos índices de saúde, pois muitos dos atuais problemas, evidenciam a dificuldade de ampliar o diálogo intercultural, a escuta qualificada, a criação de vínculo e a participação dos povos originários como protagonistas do cuidado à sua saúde (Mendonça *et al.*, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A interculturalidade constitui elemento estruturante da atenção à saúde dos povos indígenas, uma vez que o cuidado envolve a interação entre sistemas distintos de conhecimento, práticas terapêuticas e concepções de saúde e doença. Nesse sentido, a consolidação de um modelo assistencial efetivamente diferenciado demanda mudanças que ultrapassem o âmbito clínico, abrangendo dimensões políticas, legislativas e organizacionais do sistema de saúde. Torna-se necessário reorganizar os serviços de forma a aproximá-los do cotidiano das comunidades, respeitando suas especificidades socioculturais.

A integração de rezadores, parteiras e demais detentores de saberes tradicionais às equipes multiprofissionais configura-se como estratégia fundamental para a promoção de um cuidado culturalmente sensível. Da mesma forma, a oferta de alimentação tradicional durante internações hospitalares representa medida concreta de humanização da assistência. Além disso, a garantia da presença de intérpretes nos serviços de saúde e a ampliação da participação de profissionais indígenas nos diferentes pontos de atenção do SUS permanecem como reivindicações essenciais para assegurar acesso qualificado com comunicação efetiva (Pereira; Martins, 2017).

Para além das adequações estruturais, a interculturalidade exige postura ética e sensível dos profissionais de saúde, pautada na escuta qualificada, no diálogo e na disposição para compreender valores, crenças e práticas distintas de cuidado, reconhecendo a legitimidade dos saberes indígenas nesse processo.

REFERÊNCIAS

BRANCO, F. M. F. C.; MIWA, M. J.; VARGAS, D. Consumo de álcool em comunidades indígenas brasileiras: uma revisão literária. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 9, n. 3, 2018. DOI: <https://dx.doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n3.1124>. Disponível em: <https://enfermfoco.org/article/consumo-de-alcool-em-comunidades-indigenas-brasileiras-uma-revisao-literaria/>. Acesso em: 05 mar. 2026.

BRASIL. Fundação Nacional do Índio (FUNAI). **Relatório sobre vulnerabilidades sociais em terras indígenas**. Brasília: FUNAI, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico da Saúde Indígena**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1_conferencia_nacional_protecao_saude_indio_relatorio_final.pdf. Acesso em: 05 mar. 2026.

CABRAL, A. S. A. C. *et al.* A linguística histórica das línguas indígenas do Brasil, por Aryon Dall'Igna Rodrigues: perspectivas, modelos teóricos e achados. **DELTA: Documentação de Estudos em Linguística Teórica e Aplicada**, São Paulo, v. 30, p. 513-542, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-445090644999061809>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-44502014000300513&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 14 dez. 2025.

CANTUÁRIA, A. O. C. **Educação permanente e a SESAI: uma análise da política nacional de educação permanente no âmbito da secretaria especial de saúde indígena**. 2020. 60 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação – Administração e Organização Escolar) – Universidade Católica Portuguesa, Braga, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstreams/8e2776fo-6c15-4a22-a621-6691d948c84f/download>. Acesso em: 05 mar. 2026.

FERREIRA, L. O. **A política de saúde indígena no Brasil: análise da atenção diferenciada e da interculturalidade**. 2015. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Fiocruz). **Insegurança alimentar e transição nutricional em populações indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Situação Mundial da Infância 2019: Crianças, alimentação e nutrição**. Nova Iorque: UNICEF, 2019. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/relatorios/situacao-mundial-da-infancia-2019-crianca-alimentacao-e-nutricao>. Acesso em: 05 mar. 2026.

GARNELO, L.; LANGDON, E. J. A antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na saúde indígena. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 13-24, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estudos especiais: Povos indígenas no Brasil**. Brasília, DF: IBGE, 2023. Disponível em: <https://indigenas.ibge.gov.br/estudos-especiais-3.html>. Acesso em: 24 ago. 2024.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (ISA). **Povos indígenas no Brasil 2006–2010**. São Paulo: ISA, 2010. Disponível em: <https://acervo.socioambiental.org/acervo/publicacoes-isa/povos-indigenas-no-brasil-2006-2010>. Acesso em: 05 mar. 2026.

LANGDON, E. J. **Saúde e povos indígenas**: os desafios na virada do século. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Orgs.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Antropologia, 1999. p. 11–34.

LANGDON, E. J.; CARDOSO, M. D. (Orgs.). **Saúde indígena**: políticas comparadas na América Latina. Florianópolis: Editora da UFSC; 2015.

LINARTEVICH, V. F. *et al.* Desafios dos profissionais de saúde no atendimento aos povos indígenas no Brasil – uma revisão. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 16, p. e303111638156, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i16.38156>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/download/38156/31670/418294>. Acesso em: 05 mar. 2026.

MENDES, A. M. *et al.* O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. **Revista Pan-Americana de Saúde Pública**, Washington, v. 42, p. 1–6, 2018. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.184>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2018.v42/e184/>. Acesso em: 05 mar. 2026. Acesso em: 05 mar. 2026.

MENDONÇA, S. B. M. *et al.* Modelo de atenção à saúde indígena: o caso do DSEI Xingu. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. e00008119, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00008119>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/3cHVRqwtP7mWCDgFDsDkZth/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 05 mar. 2026.

MENÉNDEZ, E. L. Modelo médico hegemônico e atenção à saúde: relações de subordinação e hegemonia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, 2009.

PÁGINA Inicial. São Paulo, SP: **Comissão Pró-Índio de São Paulo**, 2026. Disponível em: <https://cpisp.org.br/>. Acesso em: 10 mar. 2026.

PEREIRA, E. S.; MARTINS, A. L. **Interculturalidade e saúde indígena**: desafios para o SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, p. 234–245, 2017.

SCHWEICKARDT, J. C.; SILVA, J. M. B. DE F.; AHMADPOUR, B. (Orgs.). **Saúde indígena**: práticas e saberes por um diálogo intercultural. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2020. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2018/11/SAUDE-INDIGENA-praticas-e-saberes-por-um-dialogo-intercultural.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2026.

**QUESTÕES CULTURAIS DA
ALIMENTAÇÃO COTIDIANA E PÓS
OPERATÓRIO DO INDÍGENA -**
Dificuldades relacionadas à dieta e
recuperação cirúrgica.



Capítulo 7

QUESTÕES CULTURAIS DA ALIMENTAÇÃO COTIDIANA E PÓS-OPERATÓRIO DO INDÍGENA - Dificuldades relacionadas à dieta e recuperação cirúrgica.

Autores:

Querly Oliveira Silva
Hyandra Gomes de Almeida Sousa
Isaac Prado Ramos
Edicarla Torres Ribeiro
Mauro de Souza Pantoja
Lorena de Oliveira Tannus
Marcus Vinicius Henriques Brito
Amanda da Costa Silveira Sabbá

INTRODUÇÃO

As questões culturais da alimentação no pós-operatório de pacientes indígenas exigem uma abordagem sensível e adaptada às tradições e hábitos específicos de cada comunidade. A alimentação, entre os povos indígenas, carrega significados profundos e está intimamente ligada a valores, práticas de saúde e à conexão com a natureza. No contexto hospitalar, após um procedimento cirúrgico, o paciente indígena pode se deparar com alimentos e práticas de nutrição que contrastam com seus costumes e, em alguns casos, até com as restrições próprias da cultura.

Outrossim, a questão cultural pode influenciar não só na limitação dos cuidados alimentares prescritos, como também na recuperação e até no bem-estar emocional do paciente. Além disso, a introdução de alimentos industrializados ou de baixa familiaridade pode impactar a adesão ao tratamento e comprometer os benefícios esperados da nutrição pós-operatória. Portanto, entender e integrar as práticas alimentares indígenas no cuidado hospitalar pode promover uma recuperação mais eficaz e respeitosa, permitindo que a cultura e a saúde física caminhem juntas no processo de cura.

HISTÓRIA DA ALIMENTAÇÃO INDÍGENA

Os indígenas escravizados desempenharam um papel central na alimentação cotidiana dos europeus no Brasil, fornecendo peixes, mariscos, caça e cuidando de animais como ovelhas, cabritos e porcos. Além disso, trocavam pipas de vinho e azeite nas vilas. Grande parte da alimentação europeia no Brasil era baseada na culinária indígena, incorporando alimentos e técnicas como o preparo de beijus e tucupi de mandioca, o consumo de peixes e tartarugas, e o uso do milho em pratos como pamonha, pipoca e

canjica. Produtos florestais como castanhas e ervas também faziam parte da culinária indígena (Abate; Albuquerque, 2024).

Deste modo, a formação do que hoje consideramos uma alimentação brasileira indica que o colonizador influenciou e foi influenciado pela culinária nativa em termos de gostos, receitas e técnicas.

As mulheres indígenas foram fundamentais para a introdução de conhecimentos sobre alimentos, medicamentos, ferramentas, criação de crianças e higiene. Elas ensinaram técnicas agrícolas, como a coivara, e o cultivo de mandioca, milho, inhame, entre outros. Essas mulheres, muitas vezes unidas ou escravizadas pelos portugueses, construíram um modo de ensinar sobre o ambiente de formação mestiça. Os homens indígenas, por sua vez, atuavam como guias e força de trabalho escrava, influenciando a navegação e o comércio interno (Pereira; Magalhães; Nazareno, 2020).

CULTURA ALIMENTAR INDÍGENA

Os costumes alimentares indígenas são específicos e estão profundamente conectados a um vasto conjunto cultural, transmitido entre gerações e intimamente ligados a uma forma própria de uso do território (Costa; Silva, 2017).

Refletir sobre a alimentação indígena implica, antes de mais nada, considerar a grande diversidade que definem como sociedades indígenas. Isso significa que não podemos simplesmente afirmar "como os indígenas se alimentam", pois existem no Brasil numerosos povos indígenas com costumes que, frequentemente, mudam entre si. Essa variedade, no entanto, não se restringe apenas às práticas alimentares, mas também abrange outros aspectos da sua vida (Leite, 2007).

A cultura alimentar indígena valia-se da caça e da coleta, bem como do cultivo predominante da mandioca, da qual se obtinham algumas variedades de farinha (Abate; Albuquerque, 2024). Ao longo do processo de colonização, observa-se que as comunidades indígenas enfrentam grandes transformações nos âmbitos culturais, sociais, ambientais e econômicos. Essas mudanças, por sua vez, resultaram em alterações em seus hábitos, especialmente no que diz respeito à alimentação e aos modos de produção (Costa; Silva, 2017).

É relevante observar que, tanto antes da colonização quanto durante o período colonial, a farinha de mandioca serviu de base alimentar para diferentes grupos humanos, incluindo indígenas e portugueses. A mandioca consolidou-se como uma “planta dominante” entre os indígenas; era essencial e insubstituível, preenchendo lacunas nutricionais e servindo de base para alimentação indígena (Abate; Albuquerque, 2024). Na figura 05, mostra-se parte do processo de fabricação da farinha.

Figura 05: Indígena moendo mandioca



Fonte: https://chatgpt.com/s/m_69a3994156cc819180420f9e2aa076ed

Os principais alimentos tradicionais das comunidades indígenas brasileiras incluem frutas, hortaliças, legumes, raízes, peixes, cereais, castanhas e carnes de animais caçados na floresta, como capivara, porco-do-mato e macaco.

É importante ressaltar que, entre os povos indígenas as práticas alimentares assumem centralidade simbólica, social e cultural, por exemplo, na **Festa da Menina Moça** (rito de transição da infância para vida adulta) durante toda a sua celebração, os alimentos estão sendo preparados por meio da técnica ancestral do **moquém**, método que consiste na defumação lenta em um *jirau* disposto sobre brasas, sem contato direto com o fogo. Esse processo pode se estender por vários dias, promovendo a desidratação gradual e a conservação dos alimentos. Para além de sua dimensão técnica, o moquém integra o conjunto de saberes tradicionais transmitidos intergeracionalmente, configurando-se como prática que articula alimentação, ritualidade e identidade coletiva (Ribeiro, 1986; Melatti, 2007).

Figura 06: Técnica do **moqué**



Fonte: https://chatgpt.com/s/m_69a6c577b1188191b4cc4aacff55d56

Os pratos típicos da culinária indígena incluem tapioca (uma espécie de pão fino feito de fécula de mandioca), pirão (um caldo espesso feito de farinha de mandioca e caldo de peixe), pipoca e beiju (um tipo de bolo enrolado preparado com massa de farinha de mandioca fina), conforme disposto na figura 07.

Figura 07: Indígena assando beiju



Fonte: https://chatgpt.com/s/m_69a3a1241e548191bddd89614262b6f1

Os hábitos alimentares dos indígenas variam conforme a etnia e as diferentes regiões geográficas que residem, mas geralmente para garantir sua alimentação as comunidades mais isoladas como os Yanomamis, utilizam colheitas silvestres, além do cultivo pela técnica chamada coivara, consumindo frequentemente macaxeira, banana e ocasionalmente pupunha, açaí, cacau, mel, ovos de tartarugas, caça e pesca (Laudi *et al.*, 2023).

ABORDAGEM NUTRICIONAL NO PÓS OPERATÓRIO

A abordagem nutricional de pacientes cirúrgicos é fundamental. Em cirurgias eletivas, o pré-operatório costuma durar de 10 a 16 horas, ficando o paciente sem alimentação desde a noite anterior, para que o estômago fique vazio durante a anestesia e o risco de aspiração seja minimizado. A liberação da dieta no pós-operatório é outro ponto questionável, pois normalmente os cirurgiões aguardam a resolução do íleo pós-operatório, ou seja, a eliminação de apartamentos ou evacuação, para liberar a alimentação, o que geralmente ocorre entre o terceiro e o quarto dia. Tradicionalmente, a dieta é reintroduzida de forma progressiva, começando pela líquida, seguida da pastosa até chegar à sólida. No entanto, essa prática pode agravar o estado nutricional de pacientes desnutridos e prolongar a internação hospitalar. Em contrapartida, pacientes submetidos a grandes cirurgias que recebem alimentação precoce apresentam melhor oxigenação da mucosa intestinal, redução da resposta inflamatória e das complicações pós-operatórias, além de menor tempo de parada intestinal (Nascimento *et al.*, 2017).

A administração de nutrição precoce no pós-operatório também parece auxiliar na redução do estresse cirúrgico. Algumas pesquisas indicam que o fornecimento de nutrição enteral antecipada (dentro de 48 horas após a cirurgia) melhora a produção de albumina e globulina, reduz a excreção urinária de catecolaminas e acelera a recuperação de feridas, entre outros benefícios.

Na Diretriz ACERTO de Intervenções Nutricionais no Perioperatório em Cirurgia Geral Eletiva, o estado nutricional impacta os estágios pós-operatórios. Quanto mais debilitado estiver o estado nutricional, maiores serão os riscos de morbidade e mortalidade e, conseqüentemente, os custos hospitalares. Esse efeito é ainda mais notável em idosos. No período perioperatório, o uso de dietas com imunonutrientes foi associado à redução de complicações, especialmente infecciosas, e à diminuição do tempo de internação (Nascimento *et al.*, 2017).

NUTRIÇÃO PÓS-CIRÚRGICA PARA POPULAÇÕES INDÍGENAS: EQUILÍBRIO ENTRE TRADIÇÃO E RECUPERAÇÃO

Em um passado recente, as condições de saúde dos habitantes indígenas eram especificadas principalmente pela prevalência de doenças infecciosas e parasitárias.

Epidemias de viroses, como gripe e sarampo, devastaram milhares de indivíduos em curtos períodos. Com o passar das experiências do tempo, os povos indígenas tiveram mudanças em seu estilo de vida, o que contribuiu para o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis, como dislipidemias, diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, cânceres, transtornos psiquiátricos e alcoolismo, de modo que, a demanda por serviços de saúde especializados tende a crescer à medida que o perfil epidemiológico se modifica (Pereira *et al.*, 2014).

O Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas revela uma elevada incidência de desnutrição e anemia entre as crianças, além de sobrepeso e obesidade nas mulheres. Em relação aos adultos indígenas, destaca-se “a grande quantidade de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como diabetes mellitus e hipertensão arterial”.

Em um estudo sobre pós-parto entre os indígenas Kaiowá da Terra Indígena Pirakuá, Município de Bela Vista, Mato Grosso do Sul, Brasil, todos os conceitos ligados à alimentação demonstram como as regras sociais de cada grupo manipulam as dietas alimentares, com o objetivo de adquirir ou rejeitar características desejadas a criança.

As comunidades indígenas reconhecem a necessidade da puérpera seguir uma dieta específica. Contudo, os alimentos considerados mais adequados podem variar conforme o interlocutor, mesmo entre indivíduos que residem no mesmo território. De modo geral, observa-se consenso quanto à recomendação de evitar alimentos industrializados, bem como aqueles ricos em sal, açúcar, arroz e carne. No contexto do pós-operatório do parto, a alimentação desempenha não apenas a função de suprir necessidades nutricionais, mas também de atender preferências e costumes individuais. Em linhas gerais, a dieta indicada nesse período é composta predominantemente por alimentos de origem vegetal, com destaque para o milho, além de pescados e caldo de feijão-preto, considerados importantes para o fortalecimento da mulher. Entre as preparações mencionadas com maior frequência está a sopa de galinha. Ademais, muitas interlocutoras ressaltaram a restrição ao uso de água fria para banho e para o consumo de bebidas geladas, como o tereré (Rios *et al.*, 2023).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A alimentação no pós-operatório de pacientes indígenas requer uma abordagem que respeite suas tradições culturais e nutricionais, garantindo uma recuperação eficaz e humanizada. A culinária indígena está profundamente enraizada na identidade dos povos, influenciando não apenas a nutrição, mas também a relação com o território e a saúde. No contexto hospitalar, é essencial considerar essas especificidades para evitar impactos negativos na adesão ao tratamento e no bem-estar do paciente. Dessa forma, a integração de práticas alimentares tradicionais ao cuidado hospitalar não apenas promove melhores desfechos clínicos, mas também fortalece o respeito à diversidade cultural, contribuindo para uma assistência mais inclusiva e eficaz.

REFERÊNCIAS

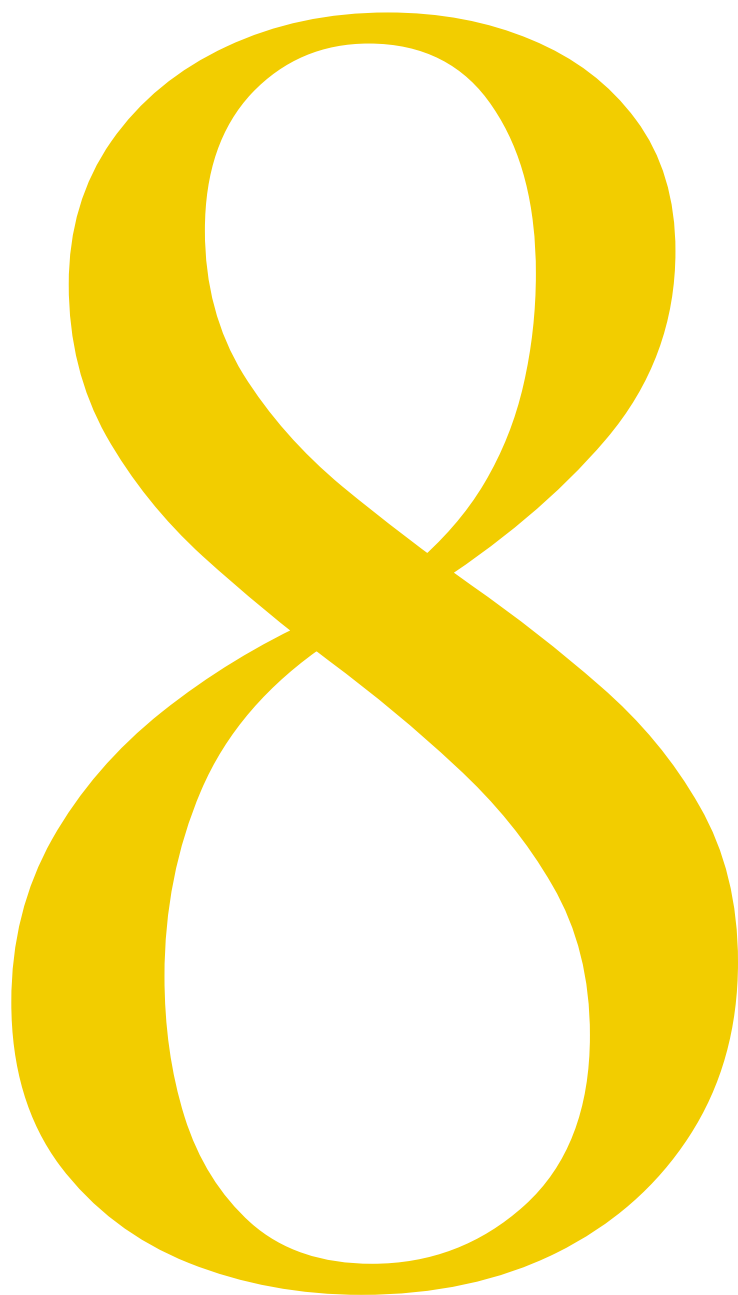
- ABBATE, F. M.; ALBUQUERQUE, M. B. B. Cultura alimentar indígena e os cuidados da cunhã, trocas culturais e educação não escolar na Amazônia colonial. **Revista Brasileira de História da Educação**, Maringá, v. 24, p. e340, 2024. DOI: <https://doi.org/10.4025/rbhe.v24.2024.e340>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbhe/a/BBnDtfJBKVMhYfzgFRD8Dzy/?lang=pt>. Acesso em: 05 mar. 2026.
- BOMFIM, L. B. C.; SILVA, C. S. M.; PORTO, F. Cultura dos cuidados do povo indígena com as crianças. **Cultura de los cuidados**, Valencia, v. 27, n. 65, p. 185-198, 2023. Disponível em: <https://ciberindex.com/index.php/cc/article/view/65185cc>. Acesso em: 05 mar. 2026.
- COIMBRA JR., C. E. A. Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 855-859, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00031214>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/sPF948SmwZbydf64HBfJgKH/?lang=pt>. Acesso em: 05 mar. 2026.
- COSTA, R.; SILVA, L. M. S. Soberania Alimentar e Povos Indígenas: a questão territorial e a insegurança alimentar e nutricional. In: JORNADA INTERNACIONAL POLÍTICAS PÚBLICAS, 7., 2017, São Luís. **Anais da VII Jornada Internacional Políticas Públicas**. São Luís, MA: Universidade Federal do Maranhão, 2017. Disponível em: https://pt.scribd.com/document/742080706/05-Texto-Soberania-Alimentar-e-Povos-Indigenas#google_vignette. Acesso em: 05 mar. 2026.
- LEITE, M. S. Sociodiversidade, alimentação e nutrição indígena. In: BARROS, D. C.; SILVA, D. O.; GUGELMIN, S.Â. (Orgs.). **Vigilância alimentar e nutricional para a saúde Indígena – Volume 1**. Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ, 2007. p. 180-210. Disponível em: <https://fiocruz.br/livro/vigilancia-alimentar-e-nutricional-para-saude-indigena-volumes-i-e-ii>. Acesso em: 05 mar. 2026.
- MELATTI, J. C. **Índios do Brasil**. 7. ed. São Paulo: Edusp, 2007.
- NASCIMENTO, J. E. A, *et al.* ACERTO guidelines of perioperative nutritional interventions in elective general surgery. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, Rio de Janeiro, v. 44, p. 633-648, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0100-69912017006003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/QRQS3Xxq5ztzp5RtCwr3JNz/?lang=en>. Acesso em: 05 mar. 2026.
- PEREIRA, E. R. *et al.* A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 1077-1090, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300027>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/9JQFrKm83b7SM6FLMwzVXXG/?lang=pt>. Acesso em: 05 mar. 2026. Acesso em: 05 mar. 2026.

PEREIRA, T. M. G.; MAGALHÃES, S. M.; NAZARENO, E. Estado do Conhecimento sobre História da Alimentação Indígena no Brasil. **História: Questões & Debates**, v. 68, n. 1, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5380/his.v68i1.63774>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/historia/article/view/63774>. Acesso em: 05 mar. 2026.

RIBEIRO, D. **Os índios e a civilização**: a integração das populações indígenas no Brasil moderno. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

RIOS, C. A. *et al.* **A cosmopercepção da gestação, do parto e pós-parto**: práticas de atenção entre os kaiowá. 2023. 126 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Florianópolis, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/252589/PASO0588-D.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>. Acesso em: 05 mar. 2026.

**DESAFIOS CIRÚRGICOS E PÓS-
CIRÚRGICOS NA ASSISTÊNCIA AO
INDÍGENA** – Complexidades e
estratégias de cuidado.



Capítulo 8

DESAFIOS CIRÚRGICOS E PÓS-CIRÚRGICOS NA ASSISTÊNCIA AO INDÍGENA - Complexidades e estratégias de cuidado.

Autores:

Querly Oliveira Silva
Sarah Menezes Albuquerque de Oliveira
Bruna Pereira Carvalho Sirqueira
João Vitor Dias Pereira
Thawanny Gomes Varão
Jenniffer Pamella Balan
Marcus Vinicius Henriques Brito
Amanda da Costa Silveira Sabbá

INTRODUÇÃO

A atenção à saúde indígena representa um dos maiores desafios dos sistemas públicos de saúde contemporâneos, especialmente no que se refere ao acesso a procedimentos cirúrgicos e aos cuidados pós-operatórios. A trajetória histórica de desigualdades estruturais que marcam a relação do Estado com os povos indígenas repercute diretamente nos indicadores de morbimortalidade e nas condições de acesso aos serviços especializados (Coimbra Jr.; Santos; Escobar, 2003). Nesse contexto, a organização da atenção diferenciada no âmbito do SASISUS busca mitigar tais desigualdades, embora enfrente limitações estruturais persistentes (Garnelo; Pontes, 2012).

As barreiras geográficas, culturais e organizacionais impactam significativamente o acesso oportuno a serviços de média e alta complexidade, incluindo procedimentos cirúrgicos, especialmente em territórios de difícil acesso e com infraestrutura sanitária limitada (Pontes; Rego; Garnelo, 2015). Ademais, tais desafios não se manifestam de forma isolada, mas refletem desigualdades mais amplas relacionadas aos determinantes sociais da saúde, à exclusão histórica e à insuficiência de investimentos estruturais direcionados aos povos originários (Anderson *et al.*, 2016).

Dessa forma, os entraves observados no acesso a procedimentos cirúrgicos e na continuidade do cuidado pós-operatório evidenciam a necessidade de fortalecimento dos fluxos assistenciais, da logística sanitária e da qualificação intercultural das equipes de saúde, a fim de garantir maior resolutividade e equidade na atenção ofertada às populações indígenas (Garnelo; Pontes, 2012). Neste capítulo abordaremos mais detalhes sobre estes desafios e as possíveis sugestões para enfrentamento.

ACESSO À CIRURGIA E DISPARIDADES PÓS-OPERATÓRIAS

Um dos principais desafios refere-se ao acesso à cirurgia propriamente dita. Populações indígenas frequentemente enfrentam disparidades no uso de procedimentos cirúrgicos, tanto em números absolutos quanto na oportunidade de realização. Evidências internacionais demonstram que povos indígenas recebem, proporcionalmente, menos intervenções cirúrgicas quando comparados às populações não indígenas, especialmente em casos de neoplasias respiratórias, em decorrência de fatores como barreiras geográficas, tempo de espera prolongado e limitações socioeconômicas (Anderson *et al.*, 2016).

A organização territorial do DSEI, associada à dispersão geográfica das aldeias e à necessidade de deslocamento para centros urbanos onde se concentram os serviços hospitalares, impõe desafios logísticos que impactam o acesso oportuno a procedimentos cirúrgicos e à continuidade do cuidado pós-operatório (Coimbra Jr. *et al.*, 2012).

A Organização Mundial da Saúde reconhece que o acesso seguro e oportuno à cirurgia constitui componente essencial da cobertura universal em saúde. No entanto, o relatório “Global Surgery 2030” estima que cerca de cinco bilhões de pessoas no mundo não têm acesso adequado a procedimentos cirúrgicos essenciais, sendo as populações rurais, vulneráveis e historicamente marginalizadas as mais afetadas (Meara *et al.*, 2015; OMS, 2015).

Nesse contexto, as populações indígenas inserem-se entre os grupos que demandam estratégias específicas para redução das iniquidades no acesso cirúrgico, essa realidade exige fortalecimento dos fluxos assistenciais, ampliação da capacidade resolutiva e implementação de políticas que considerem as especificidades territoriais e socioculturais dos povos indígenas.

Além das dificuldades de acesso, há uma literatura crescente demonstrando piores desfechos pós-operatórios em populações indígenas quando comparadas às não indígenas. Estudos conduzidos no Canadá indicam que povos indígenas apresentam taxas significativamente mais elevadas de complicações após procedimentos cirúrgicos, incluindo infecções e pneumonia, bem como maior risco de mortalidade no período pós-operatório, mesmo após ajuste para idade e comorbidades (Santos *et al.*, 2017; Simmonds *et al.*, 2018).

Essa disparidade está associada a múltiplos fatores, incluindo diagnóstico em estágios mais avançados no momento da cirurgia, acesso tardio aos serviços especializados, fragilidades nos cuidados perioperatórios e determinantes sociais adversos, como pobreza, insegurança alimentar e limitações no transporte para acompanhamento pós-cirúrgico (Anderson *et al.*, 2016; Santos *et al.*, 2017).

O cuidado pós-operatório em contextos indígenas enfrenta desafios adicionais decorrentes da escassez de serviços de suporte próximos às comunidades, interrupções no seguimento clínico e dificuldades logísticas para deslocamento até centros de referência

para consultas de retorno e monitorização. A ausência de redes assistenciais estruturadas e integradas contribui para maiores taxas de readmissão hospitalar e para a ocorrência de complicações potencialmente evitáveis, especialmente em populações socialmente vulneráveis (Meara *et al.*, 2015; Anderson *et al.*, 2016).

Somado a isso, determinantes sociais da saúde como insegurança alimentar, condições habitacionais precárias, acesso limitado a saneamento básico e baixa escolaridade em saúde, interferem diretamente no processo de recuperação cirúrgica e ampliam o risco de sequelas a longo prazo (Coimbra JR.; Santos; Escobar, 2003; Anderson *et al.*, 2016). A literatura internacional destaca que a ampliação do acesso cirúrgico, isoladamente, não é suficiente para reduzir iniquidades, sendo indispensável a implementação de mecanismos efetivos de suporte no período pós-operatório que considerem as especificidades socioculturais e socioeconômicas das comunidades indígenas (Browne *et al.*, 2016; Meara *et al.*, 2015).

BARREIRAS CULTURAIS E DE LOCALIZAÇÃO

Os desafios enfrentados pelas populações indígenas no acesso e nos desfechos cirúrgicos não se restringem a aspectos logísticos ou clínicos. A ausência de competência cultural nos sistemas de saúde pode comprometer significativamente a adesão ao tratamento e os cuidados pós-cirúrgicos, uma vez que práticas assistenciais que desconsideram crenças, valores e sistemas tradicionais de cuidado tendem a gerar distanciamento entre profissionais e pacientes (Betancourt *et al.*, 2003).

Além disso, experiências históricas de discriminação, racismo institucional e imposição de modelos biomédicos descontextualizados contribuem para a construção de desconfiança em relação aos serviços formais de saúde. Estudos em contextos indígenas demonstram que a ausência de segurança cultural nas práticas assistenciais está associada à menor adesão terapêutica, abandono do seguimento clínico e dificuldades na continuidade do cuidado pós-operatório (Browne *et al.*, 2016; Anderson *et al.*, 2016).

Segundo os fundamentos da Bioética Clínica é preciso considerar as limitações e vivências culturais de cada indivíduo para compreender amplamente sua realidade, principalmente quando se trata de comunidades tradicionais e a sua relação com os profissionais de saúde não-indígenas (Lorenzo, 2011).

Na relação médico-paciente em povos indígenas há uma miríade de dilemas e conflitos bioéticos, sendo o principal a recusa de tratamento por parte do paciente com base em discordâncias da abordagem escolhida com a cosmovisão do povo que faz parte. Isso acontece com maior frequência em situações cuja necessidade de intervenções tecnológicas de grande complexidade são imprescindíveis (Lorenzo, 2011).

Esse fator advém, além da estranheza, na dificuldade em comunicar ao paciente as necessidades de realizar tal procedimento cirúrgico e ainda garantir a acessibilidade ao acompanhamento pós-operatório. Esse travanco comunicativo é perceptível quando o

paciente internado não fala a língua portuguesa, somente sua língua nativa. Desse modo, as equipes de atendimento necessitam buscar estratégias para estabelecer um canal de comunicação, devendo reconhecer através de expressões faciais de dor, por exemplo, o que o paciente está comunicando. Essa sensibilidade é primordial para em uma visão holística e humanizada do cuidado (Araújo *et al.*, 2022).

No entanto, é preciso reconhecer em um caráter antropológico que fatores como a exclusão, violência e opressão histórica vivenciados no processo colonizador-exploratório por essas comunidades possuem influência direta na aversão aos tratamentos farmacológicos e procedimentos de saúde, dificultando a “cura” e prolongando quadros de doença (Lorenzo, 2011).

Esses contrastes entre os modos de vida constituem um ponto central na realização de interferências na saúde feita em terras indígenas. Nesse âmbito, Schweickardt & Barreto (2023), explicitam a existência de uma dualidade entre os modelos de conhecimento, sendo que a principal ferramenta de transmissão de informações está na diferença, na perspectiva indígena de ser baseada na prática da oralidade enquanto a prática do homem não-indígena é na escrita. Portanto, ocorre a necessidade de aproximar o conhecimento tradicional/medicinal indígena com as práticas médicas modernas e estabelecer um vínculo onde os povos tenham acesso facilitado aos centros de referência, mas também tenham o diálogo para participar das decisões, de acordo com o seu contexto social (Lorenzo, 2011).

Além dessas questões, importa tratar sobre aspectos geográficos acerca da dificuldade em interiorizar à saúde para locais isolados, haja vista demandas estruturais de equipamentos, energia elétrica, assepsia e acesso às localidades próximas (Sales *et al.*, 2016). Esses obstáculos perpetuam no território brasileiro e implicam na redução da qualidade de vida dessas populações.

No entanto, atividades exercidas por organizações não governamentais, como a “Expedicionários da Saúde” (EDS), garantem mais oportunidade de saúde para os moradores de localidades remotas. Esse trabalho vem sendo realizado desde 2003 através de expedições médicas para promoção do atendimento cirúrgico e ambulatorial, (Lorenzo, 2011). Na figura 08, temos a representação da estrutura de uma Expedição.

Figura 08: Estrutura da Expedição



Fonte: <https://chatgpt.com/c/69a5a3b6-3b34-8327-91c7-b53c9f6534bc>

Esse modelo de assistência se torna meritório, pois além de híbrido e gratuito, leva atendimento especializado, respeitando as práticas culturais locais (Ribeiro, 2010). Nessas expedições, ocorrem a implantação de um serviço de Centro Cirúrgico Móvel, que apesar de possuir um caráter inovador e tecnológico, cursa com limitações de investimentos, logística, apoio técnico, treinamento de pessoal e infraestrutura para realização das atividades (Ribeiro, 2010; Sales *et al.*, 2016).

Ademais, em decorrência da logística local, outro quesito merece atenção em relação a abordagem operatória e pós-operatória em comunidades indígenas, que é o risco de infecções em sítio cirúrgico relacionados a troca de curativos, insumos, esterilização e descarte correto do material contaminante, (Sales *et al.*, 2016).

Além do Centro Cirúrgico, o Complexo Hospitalar abriga um ambulatório de oftalmologia, consultórios de diferentes especialidades médicas e odontológicas, salas de exames, ambientes de pré e pós-operatório, farmácia, fábrica de óculos, recepção e triagem de pacientes, cozinha, alojamentos, banheiros, entre outros. É uma estrutura autossustentável que depende apenas da captação de água de rio para que seja capaz de operar, já que toda sua energia é produzida por modernos geradores móveis.

A atuação de instituições como EDS revela-se uma excelente estratégia para as populações tradicionais, pois são alternativas que vão de encontro à comunidade, dialogando diretamente com a realidade local. Logo, ao adentrar nos territórios com estruturas políticas integradas e culturalmente sensíveis em meio aos avanços científicos e tecnológicos amplia-se o acesso qualificado aos serviços, reduzindo desigualdades e fortalecendo a autonomia comunitária.

Portanto, considera-se que a continuidade e o fortalecimento dessas estratégias são fundamentais para o fortalecimento de políticas de saúde mais inclusivas e realistas. Pois investir em políticas estruturadas, intersetoriais e culturalmente sensíveis representa

um compromisso ético com as gerações presentes e futuras, reafirmando que o desenvolvimento depende de ações concretas e bem articuladas.

ENFRENTAMENTO DOS DESAFIOS NO ATENDIMENTO HOSPITALAR

Diversos estudos reconhecem que, apesar dos esforços para melhorar a saúde indígena, persistem obstáculos significativos no serviço hospitalar, incluindo desigualdades no acesso, barreiras organizacionais e fragilidades no atendimento clínico e cultural (Browne *et al.*, 2016). Como sugestão de melhora, recomenda-se:

- Criação de protocolos específicos: A maior parte dos hospitais carece de orientações precisas para o cuidado de pacientes indígenas, o que pode levar a práticas desvinculadas do contexto e pouco efetivas (Brasil, 2019).

- Educação continuada para os profissionais da saúde: Muitos deles não estão preparados para lidar com a diversidade cultural indígena, o que pode provocar desconfiança e dificultar a adesão ao tratamento (Mendes *et al.*, 2018).

- Instituir contrarreferência com todas as recomendações para continuidade do tratamento. Depois de receber alta do hospital, muitos indígenas encontram obstáculos para prosseguir com o tratamento devido à distância das unidades de saúde e à escassez de informações apropriadas sobre os cuidados pós-operatórios (Coimbra Jr., 2014).

- Inclusão das práticas tradicionais indígenas com a medicina ocidental, essa junção é crucial para co-criação de práticas terapêuticas que respeitem a diversidade cultural. Assim, o reconhecimento de pajés, parteiras e curandeiros como agentes importantes na promoção da saúde deve ser incentivado, permitindo, com isso, sua participação nos tratamentos e acompanhamentos médicos sempre que solicitado pelos pacientes e suas famílias (Garnelo e Pontes, 2012).

- Presença de intérpretes nos serviços de saúde, para auxiliar na compreensão mútua entre profissionais e pacientes indígenas. Eles desempenham papel fundamental na comunicação entre médico e paciente, permitindo que diagnósticos e tratamentos sejam explicados de maneira clara e compreensível (Garnelo e Pontes, 2012).

- Adaptação de espaços hospitalares, para permanência de familiares e lideranças indígenas durante a hospitalização. Sem desrespeitar as normas hospitalares o atendimento diferenciado deve considerar a realidade sociocultural dos indígenas e garantir espaços apropriados para suas práticas (Brasil, 2019). Além disso, a arquitetura e o ambiente hospitalar devem ser adaptados para acolher os indígenas de forma mais confortável. Isso inclui a criação de espaços de convivência para os familiares, a

disponibilização de alimentos típicos em refeitórios e a inclusão de ambientes reservados para práticas espirituais e rituais tradicionais. Essas medidas contribuem para que o paciente se sinta mais acolhido e confiante no tratamento (Ribeiro, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção à saúde indígena no Brasil representa um desafio complexo que envolve não apenas a garantia de acesso aos serviços de saúde, mas também a efetivação de políticas públicas sensíveis às especificidades culturais, territoriais e sociais desses povos. As barreiras geográficas, somadas às dificuldades de comunicação, transporte e as insuficiências de recursos humanos capacitados comprometem a continuidade e a qualidade do cuidado.

Como visto, os desafios cirúrgicos e pós-cirúrgicos na atenção à saúde indígena são multifacetados e vão além da simples prestação de procedimentos médicos. Eles envolvem barreiras estruturais em saúde, desigualdades sociais, falta de adaptação cultural dos serviços e déficits de infraestrutura. Superar esses obstáculos requer políticas públicas robustas, investimento em sistemas de saúde interculturais e estratégias integradas que considerem tanto os determinantes clínicos quanto os sociais da saúde indígena.

A implementação de protocolos no atendimento hospitalar ao indígena deve considerar as especificidades culturais e a interculturalidade na saúde. A capacitação dos profissionais, a presença de mediadores culturais e a adaptação dos espaços hospitalares são algumas das ações fundamentais para garantir um atendimento mais humanizado e eficaz.

Além disso, o fortalecimento da atenção primária é essencial para a prevenção de agravos e redução da necessidade de internação nessa população. Para que essas mudanças sejam efetivas, é necessário um esforço conjunto entre governos, instituições de saúde e lideranças indígenas, garantindo que as políticas públicas respeitem e valorizem a diversidade cultural dos povos originários.

Diante desse cenário, torna-se essencial um planejamento estratégico por parte do poder público, com investimentos em infraestrutura, qualificação profissional e fortalecimento do diálogo entre equipes de saúde, gestores e lideranças indígenas, a fim de promover uma assistência em saúde mais resolutiva, inclusiva e holística.

REFERÊNCIAS

41ª EXPEDIÇÃO Expedicionários da Saúde (EDS). [S. l.]: EDS, 2018. Disponível em: <https://www.abmths.org/post/41%C2%AA-expedi%C3%A7%C3%A3o-expedicion%C3%A1rios-da-sa%C3%BAde>. Acesso em: 18 fev. 2026.

AHMADPOUR, B.; TURRINI, R. N. T.; CAMARGO-PLAZAS, P. Resolutividade no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS): análise em um serviço de referência no Amazonas, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1757-1766, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023286.13672022>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4YwKzsryqFnkDCSFmhgfzQy/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 05 mar. 2026.

ANDERSON, I. *et al.* Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet–Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. **The Lancet**, Londres, v. 388, n. 10040, p. 131-157, 2016. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00345-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00345-7). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)00345-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)00345-7/fulltext). Acesso em: 05 mar. 2026.

BETANCOURT, J. R. *et al.* Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. **Public Health Reports**, Washington, v. 118, n. 4, p. 293-302, 2003. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0033-3549\(04\)50253-4](https://doi.org/10.1016/S0033-3549(04)50253-4). Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1497553/>. Acesso em: 05 mar. 2026.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em: 18 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_analise_situacao_sasisus.pdf. Acesso em: 05 mar. 2026.

BROWNE, A. J. *et al.* Enhancing health care equity with Indigenous populations: evidence-based strategies from an ethnographic study. **BMC Health Services Research**, Londres, v. 16, n. 544, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1707-9>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-016-1707-9>. Acesso em: 05 mar. 2026.

CASTRO, N. J. C.; SIMONIAN, L. T. L. Estructura de los servicios de atención a la salud: polo indígena de Oriximiná-PA, Brasil. **Amazônia Investiga**, Caquetá, v. 8, n. 18, p. 231-242, 2019. Disponível em: <https://amazoniainvestiga.info/index.php/amazonia/article/view/302>. Acesso em: 05 mar. 2026.

COIMBRA JR., C. E. A. Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 855-859, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00031214>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/sPF948SmwZbydf64HBfJgKH/?lang=pt>. Acesso em: 05 mar. 2026.

COIMBRA JR., C. E. A.; GARNELO, L. Saúde indígena no Brasil: desafios e perspectivas. In: GARNELO, L.; PONTES, A. L. (Orgs.). **Saúde indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: Ministério da Educação; UNESCO, 2012. p. 23-42. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_uma_introducao_tema.pdf. Acesso em: 05 mar. 2026.

COIMBRA JR., C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. (Orgs.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2003. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/bsmtd/pdf/coimbra-8575410229.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2026.

CONSÓRCIO IDS-SSL-CEBRAP. **Modelo de atenção à saúde indígena**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modelo_gestao_saude_indigena.pdf. Acesso em: 05 mar. 2026.

DAMASCENO, V. D. N. *et al.* Os desafios logísticos na saúde indígena: um estudo de caso na comunidade Inhãa-Bé. In: **Open Science Research VI**, 2022. 1547-1560, 2022. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/221010409.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2026.

GARNELO, L.; PONTES, A. L. (Orgs.). **Saúde indígena: uma introdução ao tema**. Brasília, DF: Ministério da Educação; UNESCO, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_uma_introducao_tema.pdf. Acesso em: 05 mar. 2026.

LORENZO, C. L. G. Desafios para uma bioética clínica interétnica: reflexões a partir da política nacional de saúde indígena. **Revista Bioética**, Brasília, v. 19, n. 2, p. 329-342, 2011. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/631. Acesso em: 05 mar. 2026.

MEARA, J. G. *et al.* Global Surgery 2030: evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development. **The Lancet**, Londres, v. 386, n. 9993, p. 569-624, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2015.09.006>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26597405/>. Acesso em: 05 mar. 2026.

MENDES, A. M. *et al.* O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. **Revista Pan-Americana de Saúde Pública**, Washington, v. 42, p. 1-6, 2018. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.184>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2018.v42/e184/>. Acesso em: 05 mar. 2026.

PEREIRA, E. R. *et al.* A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 1077-1090, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300027>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/9JQFrKm83b7SM6FLMwzVXXG/?lang=pt>. Acesso em: 05 mar. 2026.

PONTES, A. L.; REGO, S.; GARNELO, L. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões para o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3199-3210, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413->

812320152010.18292014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/cMLfkCcg8JcbcYsfqnCkm6P/?lang=pt>. Acesso em: 05 mar. 2026.

POVOS indígenas: quem somos. Brasília, DF: Brasil; **Fundação Nacional do Índio**, 2010. Disponível em: <http://www.funai.gov.br/index.html>. Acesso em: 18 fev. 2026.

RIBEIRO, A. S. **Soluções para micro sistema elétrico eficiente abastecendo centro cirúrgico móvel na Amazônia**. 2010. 97 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia Elétrica) – Escola Politécnica, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/3/3143/tde-20102010-115650/publico/Dissertacao_Alexandre_Ribeiro_dos_Santos.pdf. Acesso em: 05 mar. 2026.

SALES, C. R. G. *et al.* Logística de implementação de bloco cirúrgico na floresta: atuação do enfermeiro. **Revista SOBECC**, v. 21, n. 3, p. 162-169, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201600030007>. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/20>. Acesso em: 05 mar. 2026.

SANTOS, R. V. *et al.* Inequities in surgical outcomes among Indigenous populations in Canada: a population-based cohort study. **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v. 189, n. 21, p. E730-E738, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.191682>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8177941/>. Acesso em: 05 mar. 2026.

SCHWEICKARDT, J. C.; BARRETO, J. P. **Trançar, destrançar e tecer na dança e no canto: práticas da medicina indígena na Amazônia**. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2023. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2023/08/Livro-Trancar-destrancar-e-tecer-na-danca-e-no-canto.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2026.



ISBN: 978-65-02-02527-7

CDL



9 786502 025277