MANUAL DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA

PRÁTICAS DE CUIDADO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO GUAJAJARA



ORGANIZADORES

Sílvia Ferreira Costa

Joseneide Teixeira Câmara

Arlane Silva Carvalho Chaves

ORGANIZADORES
Sílvia Ferreira Costa, Joseneide Teixeira Câmara, Arlane Silva Carvalho Chaves

MANUAL DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA

PRÁTICAS DE CUIDADO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO GUAJAJARA

editora redeunida

Copyright © 2026 Sílvia Ferreira Costa; Joseneide Teixeira Câmara; Arlane Silva Carvalho Chaves

Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA
Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial
Editores-Chefes: Alcindo Antônio Ferla e Hêider Aurélio Pinto

Editores Associados:
Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Denise Bueno, Diéssica Roggia Piexak, Fabiana Mânica Martins, Fernanda Cornelius Lange, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Michelle Kuntz Durand, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Ceccon, Sheila Rubia Lindner, Stela Nazareth Meneghel, Stephany Yolanda Ril, Suliane Motta do Nascimento, Virgínia de Menezes Portes

Conselho Editorial:
Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Àngel Martínez-Hernáez (Universitat Rovira i Virgili, Espanha).
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália).
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália).
Berta Paz Lorido (Universitat de les Illes Balears, Espanha).
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América).
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil).
Êrica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil).
Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal da Bahia, Brasil).
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).
Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense).
João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil).
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil).
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil).
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina).
Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil).
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil).
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil).
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil).

Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália).
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil).
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil).
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil).
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil).
Priscilla Viégas Barreto de Oliveira (Universidade Federal de Pernambuco).
Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil)
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil).
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra).
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil).
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil).
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).
Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil).
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil).
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial
Alana Santos de Souza
Jaqueline Miotto Guarnieri
Camila Fontana Roman
Carolina Araújo Londero

Revisão do Texto
Sílvia Ferreira Costa
Joseneide Teixeira Câmara
Arlane Silva Carvalho Chaves

Imagem da capa
Ana Cecilia Cardozo Soares
Bianca Maciel de Araújo

Diagramação
Ana Cecilia Cardozo Soares
Bianca Maciel de Araújo

Financiamento
Recursos próprios



editora redeunida

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C837 Costa, Silvia Ferreira

Manual de atenção à saúdeindígena/ Silvia Ferreira Costa; Joseneide Teixeira Câmara; Arlane Silva Carvalho Chaves – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2026.
72 p. (Série Conhecimento em Movimento, v. 20).
E-book: PDF.

Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-5462-263-9
DOI 10.18310/9786554622639

1. Educação em Saúde. 2. Saúde de Populações Indígenas. 3. Serviços de Saúde do Indígena. 4. Atenção Primária à Saúde.
I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM WA 300-395
CDU 614 (=1-82)

Ficha catalográfica elaborada por Alana Santos de Souza – Bibliotecária – CRB 10/2738

Manual de atenção à saúde indígena

9 786554 622639

FICHA TÉCNICA

Este manual foi elaborado como tecnologia educacional em saúde, a partir de dissertação desenvolvida no âmbito do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), fundamentada nos resultados da pesquisa e nas evidências da literatura sobre saúde indígena, interculturalidade, educação permanente e tecnologias educacionais, bem como no diagnóstico situacional realizado com os profissionais que atuam em comunidades indígenas do povo guajajara, no contexto do Distrito sanitário Especial Indígena do Maranhão . O material tem finalidade pedagógica e operacional, devendo ser utilizado como apoio à formação inicial, à capacitação em serviço, às rodas de educação permanente e à prática cotidiana das equipes.

A proposta assume que o cuidado em saúde indígena não pode ser reduzido à aplicação de protocolos biomédicos universais. Ao contrário, exige atenção diferenciada, escuta qualificada, negociação intercultural, vínculo, respeito às formas próprias de organização social e reconhecimento dos saberes tradicionais como dimensões legítimas da vida comunitária. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas estabelece que a organização da atenção deve respeitar a diversidade cultural, geográfica, histórica e política dos povos indígenas, reconhecendo suas medicinas e modos próprios de produzir saúde[1].

Orientação de uso: esta versão diagramada foi preparada para leitura em PDF, impressão e atividades de educação permanente. Os quadros, tabelas e destaques visuais foram organizados para apoiar consulta rápida, formação inicial e discussão de situações-problema em equipe.

NOTA DE ADEQUAÇÃO SOCIOCULTURAL:

As orientações deste manual devem ser adaptadas a cada aldeia, considerando pactuações com lideranças, Agente Indígena de Saúde, Agente Indígena de Saneamento, pajés, parteiras, professores indígenas, famílias e demais referências comunitárias. Qualquer tradução para a língua indígena, inclusão de termos locais ou representação cultural deve ser validada com lideranças e especialistas reconhecidos pela própria comunidade.

FICHA TÉCNICA

Autora



SILVIA FERREIRA COSTA

Mestra em Saúde da Família pelo Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA). Enfermeira pela Universidade CEUMA. Possui experiência na Atenção Primária à Saúde, em cuidado de enfermagem, educação em saúde e saúde indígena.

http://lattes.cnpq.br/0513710687606592

Orientadora



JOSENEIDE TEIXEIRA CÂMARA

Doutora em Medicina Tropical pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Coordenadora do Programa de Pós-Graduação de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA).

http://lattes.cnpq.br/5718882034193418

Coorientadora



ARLANE SILVA CARVALHO CHAVES

Doutora em Enfermagem (UNESP - FMB), Mestre em Ensino em Ciência e Saúde (UFT), Enfermeira (UEMA) e Docente no curso de Medicina na UFMA/CCSST. Professora na Pós Graduação - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF).

http://lattes.cnpq.br/645942136656767

Diagramação:

Ana Cecilia Cardozo Soares; Bianca Maciel de Araújo

Recursos gráficos, ícones e ilustrações: biblioteca de elementos do Canva.

FICHA TÉCNICA

Elemento	Descrição
Natureza do produto	Manual instrucional e tecnologia educacional leve-dura
Campo de aplicação	Atenção Primária à Saúde Indígena e processos de educação permanente
Contexto prioritário	Comunidades Guajajara e territórios vinculados ao DSEI Maranhão
Finalidade	Subsidiar práticas interprofissionais, culturalmente sensíveis e territorializadas
Base de construção	Revisão da literatura, diagnóstico situacional, diretrizes normativas e princípios de design instrucional
Forma de uso	Consulta rápida, formação inicial, capacitação em serviço, rodas de educação permanente e planejamento de ações
Público-alvo	Equipes multidisciplinares, Agente Indígena de Saneamento, gestores e apoiadores institucionais.
Base pedagógica	Design instrucional, educação permanente em saúde, aprendizagem significativa e diálogo intercultural.
Identidade visual	Composição em tons terrosos e verdes, com formas geométricas, elementos vegetais suaves e recursos ilustrativos. Os elementos gráficos promovem identidade e continuidade visual, sem atribuição a grafismos tradicionais específicos do povo Guajajara.

SUMÁRIO

Sumário didático	09
Objetivo educacional geral	10
Apresentação	11
Como utilizar este material	12
Trilhas de aprendizagem	13
Cap. 01 - Princípios da atenção diferenciada à Saúde Indígena	14 -20
Cap. 02 - Organização do cuidado no território	21 - 26
Cap. 03 - Práticas de acolhimento intercultural	27 - 32
Cap. 04 - Vigilância em saúde e prevenção de agravos	33 - 40
Cap. 05 - Práticas de educação em saúde	41 - 48
Cap. 06 - Atuação Interprofissional	49 - 54
Cap. 07 - Diretrizes operacionais adaptadas ao contexto local	55 - 62
Roteiros de apoio rápido	63 - 65
Considerações finais	66
Glossário	67 - 68
Referências essenciais	69
Referências interativas	70

SUMÁRIO DIDÁTICO

Este manual foi organizado para acompanhar a progressão formativa dos profissionais desde os fundamentos político-institucionais da saúde indígena até as orientações operacionais do cuidado cotidiano. A sequência dos módulos busca favorecer a aprendizagem gradual, a articulação entre teoria e prática, e o uso do material em diferentes contextos de formação e serviço.

Unidade do manual	Conteúdo central	Uso recomendado
Apresentação e como usar	Finalidade pedagógica, público-alvo, sinalizações visuais e modos de consulta	Leitura inicial por profissionais recém-ingressos e facilitadores de capacitações
Módulo I	Atenção diferenciada, direitos indígenas, PNASPI, SASI-SUS e competências culturais	Formação introdutória e alinhamento ético-político da equipe
Módulo II	Organização do cuidado, território, visita domiciliar, remoção e referência	Planejamento de entrada em área e organização da rotina assistencial
Módulo III	Acolhimento intercultural, comunicação, mediação linguística e negociação terapêutica	Consultas, visitas, cuidado da mulher e manejo de conflitos culturais
Módulo IV	Vigilância, prevenção de agravos, doenças infecciosas, condições crônicas e saúde mental	Planejamento de ações preventivas e vigilância participativa
Módulo V	Educação em saúde, metodologias participativas e aprendizagem dialógica	Rodas comunitárias, ações escolares e capacitações em serviço
Módulo VI	Atuação interprofissional, papéis da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena e cuidado com a equipe	Reuniões de equipe, discussão de casos e educação permanente
Módulo VII	Registro, Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena, planejamento, compartilhamento do cuidado, avaliação e melhoria contínua	Gestão cotidiana do cuidado, monitoramento e qualificação dos processos
Roteiros de apoio rápido	Checklists e perguntas orientadoras para consulta no serviço	Uso prático em campo, reuniões e capacitações breves

OBJETIVO EDUCACIONAL

Subsidiar a atuação de profissionais da Atenção Primária à Saúde Indígena por meio de conteúdos, orientações e estratégias educacionais baseadas na literatura, no diagnóstico situacional e nos princípios da educação permanente em saúde, promovendo cuidado integral, intercultural, interprofissional e territorialmente contextualizado em comunidades indígenas Guajajara.

Competências formativas e e resultados esperados



Compreender a atenção diferenciada

Atuar reconhecendo direitos, diversidade cultural, território e participação indígena.



Planejar o cuidado no território

Organizar ações considerando logística, família, liderança, rede e prioridades locais.



Acolher com sensibilidade intercultural

Comunicar-se com respeito, escutar saberes tradicionais e negociar condutas seguras.



Prevenir agravos e promover saúde

Integrar vigilância, educação em saúde, saneamento, prevenção e cuidado longitudinal.



Trabalhar de forma interprofissional

Valorizar os papéis de Agentes Indígena de Saúde, Agentes Indígena de Saneamento e demais membros da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena na tomada de decisão.



Registrar e avaliar processos

Produzir informações úteis, seguras e eticamente responsáveis para qualificar o cuidado.

APRESENTAÇÃO

Por que este manual foi criado?

Este manual é produto do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), e foi construído a partir da realidade vivenciada no território Guajajara.. A partir do diagnóstico situacional realizado através de entrevistas com profissionais que atuam nas comunidades, identificamos desafios que afetam o cuidado e a educação.



Embora alguns princípios apresentados possam subsidiar reflexões e práticas em outros contextos da atenção à saúde indígena, este manual foi desenvolvido especificamente a partir da realidade do povo Guajajara, no contexto do DSEI-MA. Assim, sua utilização em outros territórios deverá considerar as especificidades socioculturais, epidemiológicas, organizacionais e territoriais de cada povo indígena. O manual não substitui normas técnicas, protocolos clínicos, diretrizes do Ministério da Saúde ou pactuações locais. Sua função é atuar como ponte pedagógica entre a literatura, as políticas públicas, a experiência dos profissionais e a realidade sociocultural das comunidades Guajajara.

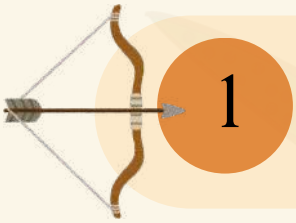
COMO UTILIZAR ESTE MATERIAL

Este manual foi organizado em sete módulos temáticos. Cada módulo apresenta uma finalidade formativa, objetivos de aprendizagem, orientações práticas, quadros de alerta, sugestões de atividades de educação permanente e instrumentos de apoio à tomada de decisão. A leitura pode ser sequencial, para formação inicial, ou pontual, conforme as necessidades da equipe.

Sinalização pedagógica	Finalidade no manual	Como utilizar em serviço
Quadro de alerta	Indicar riscos éticos, clínicos, culturais ou operacionais	Ler antes de decisões sensíveis, encaminhamentos e visitas complexas
Dica prática	Sugerir atitudes aplicáveis ao cotidiano	Usar em reuniões de equipe e situações de campo
Diálogo intercultural	Apoiar negociação entre saberes biomédicos e tradicionais	Discutir com AIS, lideranças e usuários antes de impor condutas
Fluxograma	Organizar o compartilhamento do cuidado	Fixar em sala de equipe, levar em visitas ou usar em capacitações
Roda de educação permanente	Estimular aprendizagem a partir de problemas reais	Realizar mensalmente ou após situações críticas vividas pela equipe

Para uso em formação inicial, recomenda-se que os módulos sejam trabalhados em sequência, iniciando pelos fundamentos da atenção diferenciada e avançando para organização do cuidado, acolhimento intercultural, vigilância, educação em saúde, interprofissionalidade e diretrizes operacionais. Para uso em educação permanente, cada módulo pode ser retomado a partir de uma situação-problema vivida pela equipe.

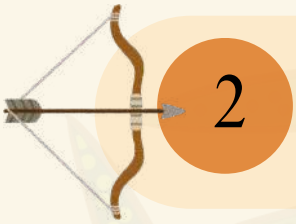
TRILHA DE APRENDIZAGEM



1

Princípios da atenção diferenciada à saúde indígena

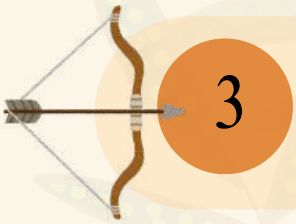
Compreender direitos, políticas, território, cultura e atenção diferenciada



2

Organização do cuidado no território

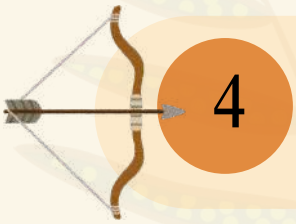
Planejar ações considerando distância, logística, família, liderança e rede de atenção



3

Acolhimento intercultural

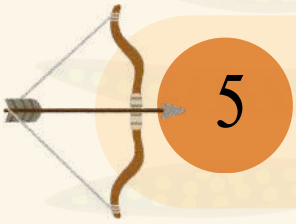
Comunicar-se com respeito, escutar e negociar cuidados culturalmente sensíveis



4

Vigilância em saúde e prevenção de agravos

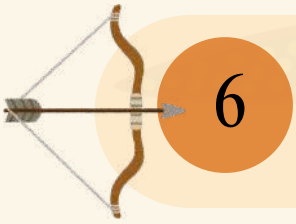
Reconhecer riscos prevalentes e atuar de forma preventiva, comunitária e integrada



5

Práticas de educação em saúde

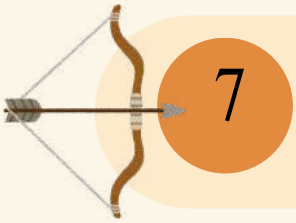
Desenvolver ações participativas, visuais, dialógicas e contextualizadas



6

Atuação interprofissional

Fortalecer o trabalho colaborativo da EMSI, com protagonismo de AIS e AISAN



7

Diretrizes operacionais adaptadas ao contexto local

Registrar, planejar, referenciar e avaliar o cuidado de forma segura e territorializada

1

PRINCÍPIOS DA ATENÇÃO DIFERENCIADA À SAÚDE INDÍGENA

Objetivo do módulo

Ao final deste módulo, espera-se que a equipe compreenda a atenção diferenciada como princípio ético, político, cultural e assistencial que orienta a organização do cuidado em territórios indígenas. A atenção diferenciada não deve ser entendida apenas como adaptação logística de serviços, mas como reconhecimento dos direitos indígenas, da diversidade sociocultural, das formas próprias de organização social e dos saberes tradicionais.

A Constituição Federal de 1988 reconheceu direitos fundamentais dos povos indígenas, incluindo sua organização social, costumes, línguas, crenças, tradições e direitos originários sobre os territórios tradicionalmente ocupados. A Lei nº 9.836/1999 instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS, e a PNASPI estabeleceu diretrizes para uma atenção que considere especificidades étnicas, culturais, geográficas, históricas e políticas[1].

MARCOS HISTÓRICOS PARA A SÁUDE INDÍGENA

Constituição Federal de 1988

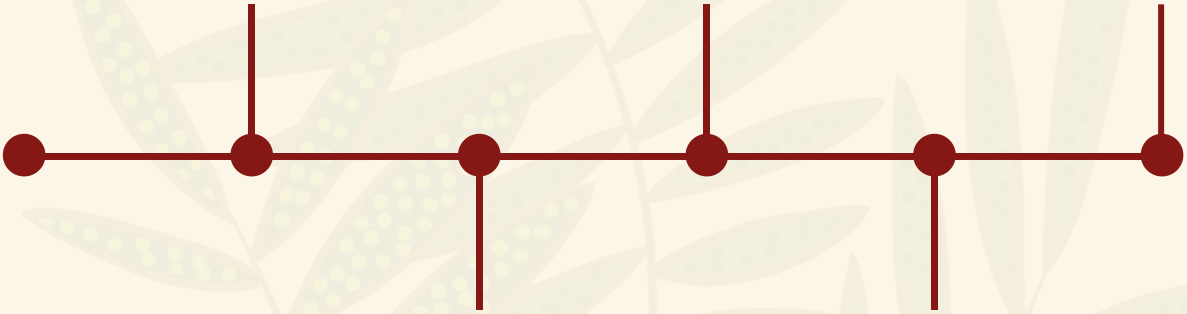
Reconhecimento dos direitos dos povos indígenas e da saúde como direito de todos

PNASPI

Portaria nº 254/2002 - organização da atenção diferenciada, respeitando diversidade cultural e territorial

PNEPS

Valorização da aprendizagem no trabalho, da problematização e da educação permanente



Lei nº 9.836/1999

Instituição do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no SUS

Criação da SESAI em 2010

Reestruturação da gestão federal da saúde indígena e coordenação dos DSEI

ATENÇÃO DIFERENCIADA COMO PRÁTICA COTIDIANA

A atenção diferenciada exige que a equipe reconheça que o território indígena possui organização própria, tempos comunitários, formas de decisão coletiva, relações de parentesco, práticas tradicionais de cuidado e lideranças que influenciam diretamente o acesso, a adesão e a continuidade do cuidado. Não se trata de abandonar protocolos técnicos, mas de aplicá-los com diálogo, pactuação e adequação cultural.

QUADRO DE ALERTA

Não interpretar a procura por pajés, parteiras, rezadores ou especialistas tradicionais como "atraso", "desinformação" ou "resistência". O diagnóstico situacional mostrou que muitas famílias recorrem inicialmente ao cuidado tradicional e buscam o serviço biomédico quando percebem necessidade de complementar o cuidado. Essa trajetória deve ser compreendida como parte do itinerário terapêutico indígena.

Condutas inadequadas e condutas recomendadas

- Desqualificar práticas tradicionais
- Perguntar com respeito sobre os cuidados já realizados
- Impor conduta sem diálogo
- Explicar riscos, benefícios e possibilidades em linguagem acessível

ATENÇÃO DIFERENCIADA COMO PRÁTICA COTIDIANA

Condutas inadequadas e condutas recomendadas

- Ignorar lideranças e família
- Identificar quem participa das decisões de cuidado
- Tratar recusa como desobediência
- Compreender motivos, negociar e manter vínculo
- Aplicar protocolo sem considerar território
- Adaptar a operacionalização sem comprometer a segurança clínica

Competências essenciais do profissional

O diagnóstico situacional identificou que a atuação na saúde indígena exige competências que ultrapassam o domínio técnico. Respeito cultural, paciência, escuta, vínculo, adaptação ao território, comunicação acessível e capacidade de mediação são habilidades indispensáveis. A literatura também destaca que a segurança cultural depende de reflexão crítica sobre assimetrias de poder, colonialidade, racismo institucional e centralidade excessiva da biomedicina[3].

Competência	Humildade cultural
Significado prático	Reconhecer limites do próprio saber
Exemplo em território	Perguntar antes de concluir que uma prática local é “errada”



ATENÇÃO DIFERENCIADA COMO PRÁTICA COTIDIANA

Competências essenciais do profissional

Competência	Escuta qualificada
Significado prático	Ouvir sem interromper e sem julgar
Exemplo em território	Permitir que usuário e família expliquem a origem percebida da doença



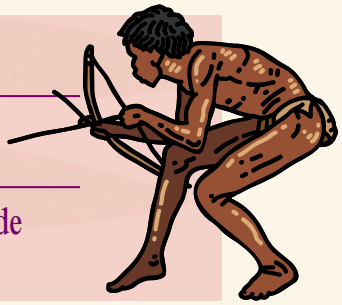
Competência	Mediação intercultural
Significado prático	Construir ponte entre saberes
Exemplo em território	Conversar com o Agente Indígena de Saúde (AIS) e pajé quando houver conflito terapêutico



Competência	Vínculo
Significado prático	Construir confiança ao longo do tempo
Exemplo em território	Retornar à família, cumprir combinados e manter presença respeitosa



Competência	Flexibilidade
Significado prático	Adaptar horários, estratégias e linguagem
Exemplo em território	Planejar vacinação respeitando períodos de roça, rituais ou deslocamentos



VAMOS PRATICAR?
SITUAÇÃO PROBLEMA

Em reunião de equipe, cada profissional deve relatar uma situação em que uma orientação biomédica encontrou resistência ou precisou ser negociada. O grupo deve reconstruir a situação sem culpabilizar usuário, família ou comunidade, identificando quais elementos culturais, comunicacionais, logísticos e institucionais influenciaram o desfecho.

Pergunta disparadora

Qual era o problema de saúde?

Pergunta disparadora

Quem participou da decisão?

Pergunta disparadora

Houve barreira linguística?

VAMOS PRATICAR?
SITUAÇÃO PROBLEMA

Pergunta disparadora

O AIS ou liderança foi envolvido?

Pergunta disparadora

Que saber tradicional apareceu na situação?

Pergunta disparadora

Como a equipe poderia ter negociado melhor?

2

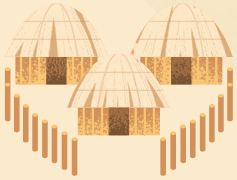
ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO NO TERRITÓRIO

Objetivo do módulo

Ao final deste módulo, espera-se que a equipe seja capaz de planejar ações de saúde considerando a realidade territorial, a distância entre aldeias, as condições de transporte, a disponibilidade de insumos, a organização familiar, os ciclos comunitários e a articulação com a rede de atenção. O cuidado em território indígena depende de planejamento flexível, comunicação prévia e pactuação com referências comunitárias.

O diagnóstico situacional permitiu identificar que condições relacionadas à infraestrutura dos serviços, à oferta de insumos, às características geográficas do território, às dificuldades de acesso e à organização do processo de trabalho exercem influência sobre a continuidade do cuidado. Esses aspectos configuram elementos centrais para a qualidade e a resolutividade da Atenção Primária à Saúde Indígena

DESAFIOS TERRITORIAIS



Longas distâncias entre aldeias

Risco para o cuidado: Atraso em visitas e baixa continuidade.

Estratégias recomendadas: Agrupar ações por rota e priorizar casos de risco.



Falta de transporte regular

Risco para o cuidado: Cancelamento de atendimentos e ações coletivas.

Estratégias recomendadas: Pactuar agenda realista com Polo Base e lideranças.



Insuficiência de insumos

Risco para o cuidado: Interrupção de procedimentos e insegurança profissional.

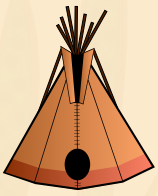
Estratégias recomendadas: Conferir materiais antes da saída e registrar faltas formalmente.



Períodos de roça, rituais ou eventos comunitários

Risco para o cuidado: Baixa participação em campanhas.

Estratégias recomendadas: Planejar calendário com AIS e lideranças.



Interferências políticas locais

Risco para o cuidado: Conflitos de acesso e priorização.

Estratégias recomendadas: Manter diálogo transparente e critérios técnicos pactuados.

PLANEJAMENTO DA ENTRADA EM ÁREA

Antes de cada deslocamento, a equipe deve realizar uma reunião breve de planejamento. Essa reunião não deve se limitar à divisão de tarefas. Ela deve considerar objetivos da visita, prioridades clínicas, ações educativas, riscos logísticos, pactuações culturais e instrumentos de registro.

Etapa	Pergunta orientadora	Responsável preferencial
Definir objetivo	Por que a equipe irá à aldeia nesta data?	Coordenação da equipe com participação do AIS
Identificar prioridades	Há gestantes, crianças, idosos, crônicos, agravos ou urgências pendentes?	Enfermagem, medicina, odontologia, AIS
Pactuar agenda	A data respeita atividades comunitárias importantes?	AIS, liderança, equipe
Preparar insumos	Quais materiais, medicamentos, testes e formulários serão necessários?	Técnicos, enfermagem, farmácia/apoio
Planejar educação em saúde	Qual tema será abordado e qual metodologia participativa será usada?	Toda a equipe
Garantir registro	Onde e como as informações serão registradas?	Responsável pelo SIASI/ prontuários

DICA PRÁTICA

Sempre que possível, informe previamente ao AIS e à liderança local o objetivo da visita. A chegada sem comunicação pode gerar desencontro, baixa adesão e sensação de imposição externa.

VISITA DOMICILIAR E ABORDAGEM FAMILIAR

A visita domiciliar é uma estratégia fundamental de vínculo, vigilância, cuidado longitudinal e compreensão da dinâmica familiar. No contexto Guajajara, a família extensa pode ter papel central nas decisões de saúde. A orientação dada a uma pessoa pode não se transformar em prática se as referências familiares não compreenderem ou não concordarem com o plano de cuidado.

1. **Preparar a visita**
   Definir objetivo, revisar histórico e conversar com AIS sobre contexto familiar
2. **Chegar com respeito**
   Cumprimentar, apresentar-se e explicar o motivo da presença
3. **Solicitar permissão**
   Perguntar se é possível conversar naquele momento e naquele espaço
4. **Identificar participantes**
   Observar quem influencia decisões de cuidado na família
5. **Escutar antes de orientar**
   Perguntar o que a família percebe sobre o problema
6. **Negociar plano**
   Construir conduta possível, compreensível e culturalmente respeitosa
7. **Registrar e retornar**
   Anotar pactuações e combinar acompanhamento

FLUXO DE REMOÇÃO E REFERÊNCIA

A remoção de um usuário de seu território pode gerar sofrimento emocional, ruptura familiar, insegurança e resistência. Portanto, deve ser indicada com clareza técnica, explicada em linguagem acessível e, sempre que possível, pactuada com família, AIS e liderança.



QUADRO DE ALERTA

A remoção não deve ser tratada apenas como transporte sanitário. Ela envolve deslocamento cultural, familiar e emocional. Quando for inevitável, garanta informação clara, acompanhante quando pertinente, registro completo e comunicação com a rede de apoio.

VAMOS PRATICAR?
SITUAÇÃO PROBLEMA

Realize uma roda de discussão sobre uma visita domiciliar complexa ou uma remoção difícil. O objetivo é identificar o que funcionou, o que falhou e como melhorar o fluxo local.



Comunicação
O usuário e a família compreenderam o motivo da conduta?

Interculturalidade
Alguma prática tradicional precisou ser considerada?

Logística
Houve transporte, insumo e documentação suficientes?

Rede
O serviço de referência recebeu informações adequadas?

Retorno
A equipe acompanhou o usuário após a contrarreferência?

3

PRÁTICAS DE ACOLHIMENTO INTERCULTURAL

Objetivo do módulo

Ao final deste módulo, espera-se que a equipe desenvolva práticas de acolhimento baseadas em escuta, respeito, comunicação clara, mediação linguística e negociação terapêutica. Acolher em contexto indígena significa reconhecer que saúde, doença, corpo, sofrimento, cura e cuidado podem ser compreendidos de forma distinta pela comunidade, pela família e pela equipe Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI).

O diagnóstico situacional mostrou que a barreira linguística é uma das principais dificuldades vividas pelos profissionais. A linguagem não é apenas meio de transmitir informações; ela é condição para vínculo, compreensão, confiança e corresponsabilização.

PRÁTICAS DE ACOLHIMENTO INTERCULTURAL

Princípios do acolhimento intercultural

- **Escutar antes de orientar:** perguntar o que a pessoa, a família e o AIS compreendem sobre o problema.
- **Usar linguagem simples:** evitar termos técnicos e explicar com exemplos do cotidiano.
- **Respeitar silêncio e tempo:** não pressionar respostas imediatas em situações delicadas.
- **Validar saberes locais:** reconhecer que práticas tradicionais fazem parte do cuidado comunitário.
- **Negociar condutas:** construir plano possível, seguro e compreendido por todos.
- **Registrar pactuações:** anotar orientações, recusas, acordos e necessidade de retorno.

Comunicação acessível

A comunicação deve ser clara, objetiva e funcional. Termos técnicos como "hipertensão", adesão", "comorbidade", "fator de risco"ou encaminhamento"precisam ser traduzidos para expressões compreensíveis, preferencialmente com apoio do AIS quando houver barreira linguistica.



Evite dizer apenas

"Você precisa aderir ao tratamento"



Prefira explicar assim

"Este remédio precisa ser tomado todos os dias para ajudar seu corpo; vamos combinar um horário que seja possível?"



Evite dizer apenas

"A pressão arterial está descompensada"



Prefira explicar assim

"A força do sangue está alta e pode machucar coração, cabeça e rins"

PRÁTICAS DE ACOLHIMENTO INTERCULTURAL

Comunicação acessível



Evite dizer apenas

"O quadro evoluiu"

Prefira explicar assim

"O problema piorou desde a última vez, por isso precisamos cuidar agora"



Evite dizer apenas

"Você será referenciado"

Prefira explicar assim

"Vamos levar você para outro serviço que tem o atendimento necessário"



Evite dizer apenas

"Há risco de complicações"

Prefira explicar assim

"Se não cuidarmos, isso pode trazer perigo maior para sua saúde"

DICA PRÁTICA

Aprender saudações, formas de agradecimento e expressões básicas na língua local pode fortalecer o vínculo. No entanto, não invente palavras nem use traduções sem validação. Peça orientação ao AIS, professores indígenas ou falantes indicados pela comunidade.

DIÁLOGO ENTRE SABER BIOMÉDICO E SABER TRADICIONAL

A intermedicalidade é o campo de encontro entre diferentes sistemas de cuidado. Ela não deve significar apropriação, subordinação ou uso instrumental dos saberes indígenas pela biomedicina. Deve significar reconhecimento, diálogo e negociação respeitosa[4].

Situação frequente	Postura inadequada	Postura recomendada
Usuário informa que já procurou o pajé	"Isso não resolve"	"Entendo. Você pode me contar o que já foi feito e como a pessoa está agora?
Família usa planta medicinal	"Pare imediatamente"	"Qual planta foi usada? Como foi preparada? Houve melhora ou piora? Vamos avaliar se há algum risco junto com o tratamento"
Mulher solicita presença de acompanhante	"Aqui não precisa"	"Vamos garantir privacidade e respeitar quem você deseja que acompanhe, sempre que possível"
Família recusa remoção	"Vocês não querem cuidar"	"Vamos conversar sobre seus motivos e explicar os riscos para decidir juntos o que é mais seguro"
Liderança questiona ação da equipe	"É norma, precisa aceitar"	"Vamos explicar o objetivo e ouvir como essa ação pode ser organizada melhor na comunidade"

ACOLHIMENTO DA MULHER INDÍGENA

O cuidado da mulher indígena exige privacidade, presença de acompanhante quando desejado, comunicação sensível e respeito às decisões da usuária. Exames físicos, coleta de preventivo, pré-natal, puerpério e orientações reprodutivas precisam ser conduzidos com delicadeza, evitando exposição, pressa ou linguagem coercitiva.

INTEGRALIDADE

Pré-natal

Explicar cada procedimento, envolver família quando a mulher desejar e respeitar práticas culturais seguras

Exame ginecológico

Garantir privacidade, consentimento e possibilidade de acompanhante escolhido pela mulher

Puerpério

Escutar práticas locais e orientar sinais de alerta sem desqualificar costumes

Planejamento reprodutivo

Ofertar informações, sem imposição, respeitando autonomia e contexto familiar

Violência

Acolher sem julgamento, garantir sigilo, avaliar risco e acionar rede de proteção conforme pactuação legal

QUADRO DE ALERTA

Nenhuma prática cultural justifica negligenciar sinais clínicos graves. O desafio consiste em explicar os riscos, negociar o cuidado e acionar o apoio comunitário sem desrespeitar, deslegitimar ou desqualificar os saberes e as decisões familiares.

VAMOS PRATICAR?
SITUAÇÃO PROBLEMA

Simule, em reunião de equipe, uma situação de conflito terapêutico: a família deseja manter cuidado tradicional e a equipe identifica risco clínico. Distribua os papéis entre profissional, AIS, familiar, liderança e usuário. Após a simulação, discuta linguagem, postura corporal, escuta, negociação e alternativas construídas.

CRITÉRIO DE REFLEXÃO	PERGUNTA
Linguagem	A explicação foi compreensível?
Respeito	Algum saber foi desconsiderado ou desvalorizado?
Segurança	Os riscos clínicos foram explicados de forma clara?
Mediação	O AIS foi acionado de modo respeitoso e não apenas como tradutor?
Pactuação	O plano final foi possível para a família e seguro para o usuário?



4

VIGILÂNCIA EM SAÚDE E PREVENÇÃO DE AGRAVOS

Objetivo do módulo

Ao final deste módulo, espera-se que a equipe reconheça os principais agravos que afetam comunidades indígenas, organize ações de vigilância no território e desenvolva práticas preventivas culturalmente adequadas. A vigilância em saúde indígena deve articular dados epidemiológicos, observação comunitária, conhecimento dos AIS e AISAN, participação das famílias e ações intersetoriais.

Em muitos territórios indígenas, os agravos não podem ser analisados isoladamente. Doenças infeciosas, condições crônicas, sofrimento psíquico, insegurança alimentar, saneamento inadequado, distância de serviços e mudanças socioculturais se combinam, exigindo respostas integrais.

EIXOS PRIORITÁRIOS PARA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Para fins de organização do cuidado e da vigilância no território, são apresentados seis eixos prioritários, que se articulam entre si e com os conteúdos desenvolvidos nos diferentes módulos deste manual.

1

Doenças infecciosas e parasitárias

Infecções respiratórias, diarreias, malária, tuberculose, IST/HIV

Ações prioritárias: Busca ativa, vacinação, orientação familiar, notificação e saneamento

2

Doenças crônicas

Hipertensão, diabetes, doença renal crônica

Ações prioritárias: Rastreamento, acompanhamento longitudinal e orientação alimentar contextualizada

3

Saúde da criança

Desnutrição, diarreia, infecção respiratória, atraso vacinal

Ações prioritárias: Monitoramento de crescimento, vacinação e visita domiciliar

4

Saúde da mulher

Pré-natal, puerpério, câncer do colo do útero, violência

Ações prioritárias: Acolhimento, exames, vigilância de risco e cuidado sensível

5

Saúde mental

Sofrimento psíquico, uso abusivo de álcool e outras drogas, suicídio

Ações prioritárias: Escuta, rede comunitária, apoio psicossocial e articulação intersetorial

6

Saúde ambiental

Água, lixo, vetores, saneamento e território

Ações prioritárias: Atuação conjunta entre AISAN, equipe e comunidade

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS

A prevenção de agravos infecciosos exige ação rápida e territorializada. Em crianças, quadros de diarreia e infecção respiratória podem evoluir rapidamente, especialmente quando há desidratação, dificuldade de acesso e atraso na busca por atendimento.

AGRAVO PRIORITÁRIO	SINAIS DE ALERTA	CONDUTA DA EQUIPE
 **Diarreia em crianças**	• Sede intensa; • Olhos fundos • Letargia; • Sangue nas fezes; • Vômitos persistentes.	Avaliar hidratação, orientar sobre o uso do soro de reidratação oral, acompanhar e compartilhar o cuidado se grave
 **Infecção respiratória**	• Tiragem; • Cianose; • Febre persistente; • Dificuldade para mamar ou respirar.	Avaliar gravidade, tratar conforme protocolo e compartilhar o cuidado se necessário.
 **Suspeita de tuberculose**	• Tosse persistente; • Emagrecimento; • Febre; • Suor noturno.	Investigar, coletar exames, buscar contatos e acompanhar tratamento
 **Arbobiroses**	• Febre; • Exantema; • Dores articulares intensas; • Cefaleia; • Sangramentos ou sinais de desidratação.	Identificação precoce dos casos, classificação de risco, hidratação adequada, monitoramento clínico e eliminação de criadouros conforme o território.
 **Infecção Sexualmente Transmissível**	• Corrimento; • Feridas; • Dor pélvica; • Exposição sexual.	Acolhimento sigiloso, testagem, tratamento e orientação sem julgamento.

DOENÇAS INFECCIOSAS E CUIDADO OPORTUNO

DICA PRÁTICA

- Explique os sinais de gravidade em linguagem simples.
- Utilize exemplos visuais sempre que possível.
- Confirme se a família compreendeu quando deve retornar ou procurar ajuda.
- Conter com o apoio do AIS para reforçar orientações e acompanhamento.

DIÁLOGO INTERCULTURAL

A busca por práticas tradicionais de cuidado não deve ser interpretada como **resistência ao tratamento**. O papel da equipe é dialogar com respeito, explicar riscos e construir estratégias compartilhadas para garantir o cuidado seguro e oportuno.

QUADRO DE ALERTA

Sinais de gravidade devem ser explicados à família em linguagem simples e visual. Não basta entregar orientação; é necessário verificar se a família compreendeu quando retornar ou acionar a equipe.

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMIOSSÍVEIS

A prevenção e o cuidado das doenças crônicas não transmissíveis devem valorizar a alimentação tradicional, a roça, a caça, a pesca, a coleta e práticas comunitárias que fortalecem autonomia alimentar. A orientação nutricional precisa evitar culpabilização individual e considerar mudanças no acesso a alimentos, influência de produtos ultraprocessados, renda, deslocamentos e alterações territoriais.

Orientação Biomédica: Reduzir ultraprocessados	**Adequação cultural recomendada:** Conversar sobre alimentos comprados na cidade e alternativas viáveis no território
Orientação Biomédica: Melhorar alimentação	**Adequação cultural recomendada:** Valorizar alimentos tradicionais e discutir formas de preparo com a família
Orientação Biomédica: Fazer atividade física	**Adequação cultural recomendada:** Reconhecer trabalho na roça, caminhada, pesca e atividades comunitárias
Orientação Biomédica: Tomar remédio diariamente	**Adequação cultural recomendada:** Pactuar horários compatíveis com rotina da aldeia e deslocamentos
Orientação Biomédica: Verificar pressão arterial sistêmica e glicemia	**Adequação cultural recomendada:** Organizar dias de monitoramento com AIS e registrar evolução



SAÚDE MENTAL E PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

O sofrimento psíquico em comunidades indígenas deve ser compreendido considerando perdas territoriais, mudanças socioculturais, discriminação, violência, conflitos familiares, uso abusivo de álcool e outras drogas, luto, racismo e fragilização de redes de pertencimento. A abordagem não deve ser estritamente clínica ou individualizadas.

Rede de cuidado para jovens e famílias	Papel possível
Família	Proteção cotidiana, observação de mudanças de comportamento e apoio afetivo
AIS	Identificação precoce de sofrimento, mediação cultural e vínculo com equipe
Lideranças	Mobilização comunitária, pactuação de ações e proteção coletiva
Pajés e especialistas tradicionais	Apoio espiritual e cultural, quando reconhecidos pela comunidade
Escola indígena	Identificação de sinais em crianças e adolescentes e ações educativas
EMSI	Acolhimento, avaliação de risco, cuidado longitudinal e articulação com Rede de Atenção Psicossocial
Rede intersetorial	Assistência social, educação, proteção e serviços especializados quando necessário

DICA PRÁTICA

Em saúde mental, pergunte menos “por que você fez isso?” e mais “o que está pesando na sua vida?”, “quem pode caminhar com você agora?” e “o que ajuda você a se sentir protegido?”.

VIGILÂNCIA PARTICIPATIVA

A vigilância deve ser construída com a comunidade. AIS e AISAN são fundamentais porque conhecem famílias, caminhos, rotinas, fontes de água, mudanças na aldeia e sinais precoces de problemas. Eles não devem ser tratados apenas como auxiliares operacionais, mas como profissionais estratégicos para leitura do território.

- **Informação do território: Casos recentes de febre, diarreia ou tosse.**

  Quem pode contribuir → AIS, famílias, professores
  Uso para a vigilância → Busca ativa e investigação

- **Informação do território: Mudança em fonte de água.**

  Quem pode contribuir → AISAN, liderança, moradores
  Uso para a vigilância → Avaliação de risco ambiental

- **Informação do território: Baixa participação em vacinação.**

  Quem pode contribuir → AIS, liderança, equipe
  Uso para a vigilância → Reorganização de agenda e comunicação

- **Informação do território: Sofrimento de jovens.**

  Quem pode contribuir → Família, escola, AIS
  Uso para a vigilância → Cuidado psicossocial e proteção

- **Informação do território: Dificuldade de acesso.**

  Quem pode contribuir → Motoristas, liderança, equipe
  Uso para a vigilância → Planejamento de rota e priorização

VAMOS PRATICAR?
SITUAÇÃO PROBLEMA

Construa com a equipe um mapa simples da aldeia, indicando casas com gestantes, crianças menores de cinco anos, idosos, pessoas com hipertensão/diabetes, fontes de água, locais de reunião, escola, casa de liderança e possíveis barreiras de acesso. O objetivo não é expor famílias, mas planejar cuidado com responsabilidade e sigilo.



Mapa populacional

5

PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Objetivo do módulo

Ao final deste módulo, espera-se que a equipe seja capaz de planejar ações educativas participativas, dialógicas, visualmente acessíveis e culturalmente adequadas. A educação em saúde em comunidades indígenas não deve ser entendida como uma palestra unidirecional, na qual o profissional "leva conhecimento" à comunidade. Ela deve ser um processo de diálogo, troca, escuta e construção compartilhada.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde propõe que a aprendizagem parta dos problemas reais do trabalho e da reflexão sobre a prática. No contexto indígena, isso significa transformar situações cotidianas em oportunidades de formação, envolvendo a comunidade, os saberes tradicionais e a equipe interprofissional[5].

MODELOS DE COMUNICAÇÃO

Modelo tradicional a evitar



Palestra longa e técnica



Profissional como único detentor do saber



Material genérico, urbano e descontextualizado



Foco apenas na doença



Avaliação por presença

Modelo dialógico a adotar



Roda de conversa com escuta ativa



Comunidade como parceira do conhecimento



Material visual, simples e adaptado ao território



Foco na vida, no território, na família e na prevenção



Avaliação por compreensão, participação e mudança pactuada

PLANEJAMENTO DE UMA AÇÃO EDUCATIVA

Toda ação educativa deve responder a uma necessidade real identificada pela equipe ou pela comunidade. Antes de escolher o tema, pergunte se ele faz sentido para a aldeia naquele momento. Uma ação sobre vacinação, por exemplo, pode fracassar se ocorrer durante período de roça, ritual, luto ou deslocamento comunitário.

Etapa	Pergunta orientadora
Diagnóstico	Qual problema concreto motivou esta ação educativa?
Público	Quem precisa participar: crianças, jovens, mulheres, homens, lideranças, famílias?
Pactuação	A liderança, o AIS e a comunidade concordam com data, local e formato?
Linguagem	Como explicar o tema sem termos técnicos?
Metodologia	Roda de conversa, dramatização, desenho, história, demonstração ou visita?
Materiais	O que será usado: cartaz, objeto, imagem, mapa, álbum seriado ou demonstração prática?
Avaliação	Como saber se a ação foi compreendida e útil?

METODOLOGIAS PARTICIPATIVAS

As metodologias participativas valorizam a experiência dos participantes e reduzem a distância entre equipe e comunidade. Elas são especialmente importantes quando o tema envolve cuidado de crianças, alimentação, saúde mental, prevenção de agravos, uso de medicamentos, saneamento, gestação ou doenças crônicas.

Roda de conversa

Como aplicar:
Todos sentam em círculo; a equipe faz perguntas disparadoras e escuta antes de orientar
Tema adequado:
Saúde mental, alimentação, gestação, vacinação

Contação de histórias

Como aplicar:
Usar narrativas locais ou histórias construídas com a comunidade
Tema adequado:
Prevenção, cuidado infantil, uso de água segura

Dramatização

Como aplicar:
Simular situações cotidianas com participação de moradores
Tema adequado:
Visita domiciliar, sinais de alerta, remoção

METODOLOGIAS PARTICIPATIVAS

Demonstração prática

Como aplicar:

Mostrar preparo de SRO, higiene das mãos, uso de medicamento ou cuidado odontológico

Tema adequado:

Diarreia, saneamento, saúde bucal

Mapa falado

Como aplicar:

Desenhar território, caminhos, riscos, fontes de água e lugares de cuidado

Tema adequado:

Vigilância, planejamento, acesso

Oficina visual

Como aplicar:

Construir cartazes, cartões ou painéis com imagens

Tema adequado:

Alimentação, doenças crônicas, prevenção de vetores

QUADRO DE ALERTA

Material educativo com muita escrita, termos técnicos ou imagens distantes da realidade local tende a ter baixa efetividade. Priorize ilustrações, exemplos do cotidiano e validação comunitária.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NOS DIFERENTES CICLOS DE VIDA

As ações de educação em saúde devem considerar as diferentes fases do ciclo de vida, as necessidades de cada grupo e as especificidades socioculturais da comunidade. As estratégias educativas precisam ser adequadas à idade, ao contexto familiar e comunitário e aos temas abordados, utilizando linguagem acessível, metodologias participativas e abordagens culturalmente sensíveis.



Crianças
Estratégia recomendada: Histórias, desenhos, brincadeiras, demonstrações e linguagem concreta



Adolescentes
Estratégia recomendada: Roda de conversas, atividades participativas e linguagem adequada a faixa etária, com espaço para dúvidas e diálogos.



Homem
Estratégia recomendada: Conversas sobre cuidado, prevenção, paternidade, álcool e saúde sem culpabilização



Mulher
Estratégia recomendada: Espaços com privacidade, presença de profissionais mulheres quando possível e respeito à autonomia



Idosos
Estratégia recomendada: Escuta de memória, histórias, saberes e papel de orientação comunitária

VAMOS PRATICAR?
SITUAÇÃO PROBLEMA

Após cada ação educativa, a equipe deve fazer uma avaliação breve, preferencialmente no mesmo dia. A pergunta principal não deve ser "quantas pessoas participaram?", mas "o que a comunidade compreendeu, questionou ou propôs?".

Tema trabalhado:

Participantes:

Estratégia usada:

Principais dúvidas:

VAMOS PRATICAR?
SITUAÇÃO PROBLEMA

Saberes locais mencionados:

O que precisa ser retomado:

Próxima ação pactuada:

6 ATUAÇÃO INTERPROFISSIONAL

Objetivo do módulo

Ao final deste módulo, espera-se que a equipe fortaleça a prática colaborativa, compreendendo o papel de cada integrante da EMSI e reconhecendo que o cuidado em saúde indígena depende da integração entre saber técnico, saber territorial, mediação cultural, vigilância comunitária e gestão compartilhada.

A literatura e o diagnóstico situacional indicam que a presença de profissionais indígenas, especialmente AIS e AISAN, é um fator crítico para a qualidade do cuidado, pois reduz barreiras linguísticas, fortalece a confiança, amplia a leitura do território e favorece o acolhimento culturalmente apropriado[6].

INTEGRANTES DA EQUIPE

Integrante	Contribuição estratégica
 Agente Indígena de Saúde	Mediação cultural, vínculo com famílias, vigilância comunitária, identificação de prioridades e acompanhamento cotidiano.
 Agente Indígena de Saneamento	Mediação cultural, vínculo com famílias, vigilância comunitária, identificação de prioridades e acompanhamento cotidiano.
 Enfermeiro	Coordenação do cuidado, vigilância, procedimentos, educação em saúde, acompanhamento de grupos prioritários
 Médico	Avaliação clínica, diagnóstico, tratamento, referência e apoio à tomada de decisão em casos complexos
 Cirurgião-dentista	Promoção, prevenção e cuidado em saúde bucal, com integração a ações educativas e visitas
 Técnico de enfermagem	Procedimentos, apoio assistencial, acompanhamento de rotinas e participação em ações educativas
 Gestores e apoiadores	Garantia de insumos, transporte, educação permanente, registro e articulação da rede

REUNIÃO DE EQUIPE COMO ESPAÇO DE CUIDADO

A reunião de equipe deve ser compreendida como tecnologia de cuidado. É nela que os casos são discutidos, as ações são planejadas, os conflitos são analisados e a corresponsabilidade é construída. Reuniões apenas informativas tendem a reproduzir fragmentação; reuniões problematizadoras fortalecem a prática interprofissional.

Tipos de reunião

- **Planejamento de entrada em área:**

Tem como finalidade organizar rota, prioridades, insumos e ações educativas. Sugere-se a realização antes de cada deslocamento.

- **Discussão de casos:**

Tem como finalidade analisar casos complexos com olhar clínico, cultural e social. Sugere-se a realização semanal ou quinzenal.

- **Educação permanente:**

Tem como finalidade refletir sobre problemas reais do trabalho e construir soluções. Sugere-se a realização mensal .

- **Avaliação de indicadores:**

Tem como finalidade revisar vacinação, pré-natal, crônicos, agravos e registros. Sugere-se a realização mensal.

- **Pactuação comunitária:**

Tem como finalidade dialogar com lideranças e referências locais. Sugere-se a realização conforme necessidade e calendário comunitário.

DICA PRÁTICA

Reserve sempre espaço para que AIS e AISAN falem primeiro sobre o território. Muitas decisões clínicas e educativas ficam mais adequadas quando a equipe escuta previamente quem conhece a rotina das famílias.

TOMADA DE DECISÃO COMPARTILHADA

A atuação interprofissional não significa que todos fazem a mesma coisa, mas que todos compartilham informações relevantes, reconhecem limites e constroem decisões integradas. Em território indígena, a tomada de decisão também deve considerar usuários, famílias, lideranças e referências tradicionais, quando pertinente.

Situação	Profissionais envolvidos	Decisão compartilhada
Gestante com dificuldade de comparecer ao pré-natal	AIS, enfermagem, médico, liderança/família	Melhor dia, local, forma de acompanhamento e sinais de alerta
Criança com diarreia recorrente	AIS, AISAN, enfermagem, médico, família	Avaliação clínica, água, saneamento, SRO e retorno
Jovem em sofrimento psíquico	AIS, enfermagem, médico, psicossocial/rede, escola/ família	Acolhimento, proteção, acompanhamento e rede comunitária
Usuário com hipertensão descompensada	AIS, enfermagem, médico, família	Medicação, alimentação, rotina, acompanhamento e retorno
Conflito entre conduta biomédica e tradicional	AIS, equipe, família, pajé/ liderança quando aceito	Negociação terapêutica e plano seguro

CUIDADO COM A EQUIPE

A sobrecarga, a insegurança, a distância da família, a precariedade de recursos e as tensões interculturais podem produzir sofrimento nos profissionais. Cuidar da equipe também é cuidar da comunidade, porque trabalhadores exaustos tendem a ter menor capacidade de escuta, paciência e negociação.

Irritabilidade frequente

Medida coletiva possível: Roda interna de escuta e revisão de escala

Sensação de abandono institucional

Medida coletiva possível: Registro formal de necessidades e diálogo com gestão

Conflitos entre categorias

Medida coletiva possível: Reunião mediada com definição de papéis e fluxos .

Cansaço após longos períodos em área

Medida coletiva possível: Planejamento realista, pausas e apoio psicossocial quando necessário

Naturalização da precariedade

Medida coletiva possível: Documentar faltas de insumo, transporte e condições inseguras

VAMOS PRATICAR?
SITUAÇÃO PROBLEMA

Construa com a equipe uma matriz de responsabilidades. O objetivo não é fiscalizar indivíduos, mas evitar sobreposição, invisibilidade e fragmentação do cuidado.

Ação	Quem lidera	Quem apoia	Como registrar?	Quando avaliar?
Busca ativa de gestantes				
Monitoaramento				
Saneamento e água				
Edcuação em saúde				
Remoção/Referência				
Saúde Mental				

7

DIRETRIZES OPERACIONAIS ADAPTADAS AO CONTEXTO LOCAL

Objetivo do módulo

Ao final deste módulo, espera-se que a equipe utilize registros, sistemas de informação, planejamento, fluxos de referência e avaliação de forma integrada ao cotidiano do território. Diretrizes operacionais são fundamentais para garantir continuidade, segurança e responsabilidade institucional, mas devem ser aplicadas de modo contextualizado, considerando as especificidades locais.

O registro em saúde indígena não deve contemplar apenas procedimentos biomédicos. Deve também documentar ações educativas, reuniões comunitárias, visitas domiciliares, dificuldades de acesso, pactuações, recusas, participação de lideranças e atuação de especialistas tradicionais quando pertinente e autorizado

DIMENSÃO OPERACIONAL

Dimensão operacional	Finalidade	Cuidados necessários
Registro clínico	Garantir continuidade e segurança do cuidado	Linguagem objetiva, dados completos e sigilo
SIASI	Subsidiar planejamento e monitoramento	Atualização, qualidade do dado e conferência periódica
Planejamento de ações	Organizar prioridades do território	Pactuar com AIS, liderança e equipe
Compartilhamento do cuidado	Garantir continuidade entre aldeia, Polo Base, CASAI e referência de média e alta complexidade	Relatórios claros e acompanhamento do retorno
Avaliação de qualidade	Identificar avanços, lacunas e necessidades formativas	Usar indicadores e narrativas do território

REGISTRO COMPLETO E CULTURALMENTE SENSÍVEL

Registros incompletos fragilizam a continuidade do cuidado, dificultam planejamento e invisibilizam necessidades do território. Entretanto, registrar informações culturais exige responsabilidade de ética, evitando exposição indevida de práticas, nomes de especialistas tradicionais ou informações consideradas sensíveis pela comunidade.

Registrar sempre que pertinente

- ✓ Sinais, sintomas, condutas e orientações
- ✓ Participação de AIS, família ou liderança no cuidado
- ✓ Barreiras de acesso, transporte ou insumos
- ✓ Recusas, motivos relatados e orientações dadas
- ✓ Encaminhamento, transporte, vaga e retorno

Evitar registrar de forma inadequada

- ✗ Juízos de valor sobre cultura, família ou comunidade
- ✗ Informações sensíveis sem necessidade asistencial
- ✗ Termos preconceituosos ou culpabilizadores
- ✗ "Não adesão" sem explicar contexto e pactuação.
- ✗ Compartilhamento do Cuidado sem justificativa clínica e social.

QUADRO DE ALERTA

Dados de saúde e informações culturais pertencem a pessoas e comunidades. Devem ser utilizados para cuidado, planejamento e garantia de direitos, nunca para exposição, julgamento ou pesquisa sem consentimento.

FLUXOGRAMA OPERACIONAL REGISTRO DA RECUSA DE REMOÇÃO

1 Avaliar a condição clínica
Realizar avaliação clínica completa, identificar sinais de gravidade e registrar a indicação técnica da remoção.

2 Explicar a necessidade da remoção
Comunicar à pessoa indígena e à família, em linguagem clara e acessível, os motivos da remoção, os benefícios esperados e os possíveis riscos da permanência na aldeia.

3 Favorecer o diálogo intercultural
Sempre que possível, envolver o Agente Indígena de Saúde (AIS), familiares, lideranças e demais referências comunitárias para apoiar a compreensão e a tomada de decisão compartilhada.

4 Registrar a recusa
Registrar no prontuário que a remoção foi recusada, identificando quem manifestou a decisão, os motivos apresentados e as orientações fornecidas pela equipe.

5 Documentar as orientações
Registrar que os riscos clínicos foram explicados, bem como os sinais de alerta, as recomendações para retorno imediato e o plano de acompanhamento pactuado.

6 Manter o vínculo
Respeitar a decisão da família, evitando atitudes coercitivas ou julgamentos, preservando o diálogo e a relação de confiança com a comunidade.

FLUXOGRAMA OPERACIONAL REGISTRO DA RECUSA DE REMOÇÃO

7 **Reavaliar continuamente**
Programar reavaliação clínica conforme a gravidade do caso, mantendo monitoramento pela EMSI, pelo AIS e demais profissionais envolvidos.

QUADRO DE ALERTA

A recusa de remoção não exime a equipe de saúde da responsabilidade pelo acompanhamento do caso. O registro deve ser objetivo, completo e livre de julgamentos, documentando os fatos observados, as orientações prestadas, a participação dos envolvidos e o plano de cuidado pactuado. Quando pertinente, recomenda-se comunicar a coordenação do DSEI e manter o acompanhamento longitudinal.

PLANEJAMENTO MENSAL DA EQUIPE

O planejamento mensal deve combinar indicadores, demandas comunitárias e análise qualitativa do território. Nem tudo que importa aparece nos sistemas; por isso, a fala do AIS, das famílias e das lideranças deve orientar prioridades junto com dados epidemiológicos.

PERGUNTA DE PLANEJAMENTO	FONTE DE INFORMAÇÃO
Quais aldeias necessitam de visita prioritária?	AIS, registros, indicadores e liderança
Quais grupos estão com acompanhamento atrasado?	SIASI, prontuários e planilhas locais
Há surtos, sinais de agravos ou mudanças ambientais?	AIS, AISAN, famílias e vigilância
Quais ações educativas são necessárias?	Demandas comunitárias e problemas recorrentes
Que insumos e transportes serão necessários?	Planejamento de rota e procedimentos previstos
Que pactuações precisam ser feitas?	Liderança, Polo Base e equipe

AVALIAÇÃO DO MANUAL E MELHORIA CONTÍNUA

Como tecnologia educacional, este manual deve ser avaliado e aprimorado continuamente. A validação de conteúdo e aparência com especialistas e profissionais é importante, mas a efetividade cotidiana depende de uso, crítica, adaptação e devolutiva das equipes e comunidades.

CRITÉRIO	Pergunta orientadora
Clareza	A linguagem é compreensível para profissionais recém-ingressos?
Relevância	O conteúdo responde aos problemas reais do território?
Aplicabilidade	As orientações podem ser usadas nas condições concretas de trabalho?
Sensibilidade cultural	O material respeita saberes, práticas e organização comunitária?
Visualidade	Quadros, fluxos e tabelas facilitam a consulta?
Interprofissionalidade	O manual contempla o papel de todos os membros da EMSI?

VAMOS PRATICAR?
SITUAÇÃO PROBLEMA

A cada três meses, realize uma reunião para revisar o uso do manual. Escolha um módulo, identifique quais orientações foram úteis, quais não se aplicaram ao território e que adaptações precisam ser feitas. Registre sugestões e, quando possível, discuta com lideranças e profissionais indígenas.

Módulo revisado	O que foi útil?	O que precisa adaptar?	Quem deve participar da revisão?

ROTEIROS DE APOIO RÁPIDO

Os roteiros de apoio foram elaborados a partir das evidências identificadas na revisão de escopo, dos achados do diagnóstico situacional realizado com profissionais das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena e de referenciais sobre atenção diferenciada, interculturalidade e atuação profissional em territórios indígenas (Brasil, 2002; Garnelo; Pontes, 2012; Diehl; Pellegrini, 2014; Schweickardt et al., 2020).

Roteiro 1 — Primeiro contato do profissional com a aldeia

Passo	Conduta
1	Procurar orientação prévia com a equipe, AIS e coordenação sobre a comunidade
2	Apresentar-se à liderança e explicar sua função de forma simples
3	Escutar como a comunidade organiza o cuidado, as visitas e os espaços coletivos
4	Evitar prometer recursos ou ações que não dependem diretamente de você
5	Observar antes de opinar sobre práticas culturais
6	Registrar dúvidas e levá-las para reunião de equipe

ROTEIROS DE APOIO RÁPIDO

Roteiro 2 — Comunicação em consulta intercultural

Momento	Pergunta possível
Abertura	"Você pode me contar o que está acontecendo?"
Compreensão local	"O que você e sua família acham que causou isso?"
Cuidados prévios	"Alguém já cuidou disso? Foi usado algum remédio do mato, reza ou outro cuidado?"
Explicação biomédica	"Posso explicar como nós entendemos esse problema no posto de saúde?"
Negociação	"O que podemos combinar para cuidar sem desrespeitar o que sua família considera importante?"
Retorno	"Quando devo voltar ou quando você deve procurar a equipe novamente?"

ROTEIROS DE APOIO RÁPIDO

Roteiro 3 — Roda de educação permanente mensal

Etapa	Descricão
Escolha do caso	Selecionar uma situação real que gerou dúvida, conflito ou aprendizado
Reconstrução	Descrever o que aconteceu sem expor nomes desnecessários
Análise	Identificar fatores clínicos, culturais, logísticos, institucionais e comunicacionais
Aprendizagem	Relacionar a situação a um módulo do manual
Pactuação	Definir uma mudança prática para o próximo mês
Avaliação	Verificar se a mudança melhorou o cuidado

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde indígena é um campo de cuidado, direito, vínculo e aprendizagem permanente. Os resultados da revisão e do diagnóstico situacional que fundamentaram este manual evidenciam que a qualificação da atenção não depende apenas de ampliar conhecimentos técnicos, mas de transformar modos de escutar, dialogar, planejar, registrar, educar e decidir junto às comunidades.

O manual foi estruturado como recurso pedagógico e operacional para apoiar equipes que atuam em contextos de elevada complexidade sociocultural, logística e institucional. Sua proposta é fortalecer a autonomia, a corresponsabilidade e a atuação crítica dos profissionais, sem desconsiderar que a efetivação da atenção diferenciada também depende de condições adequadas de trabalho, financiamento, gestão, transporte, insumos, educação permanente e participação indígena nas decisões.

A atuação em comunidades Guajajara exige reconhecer que o território não é apenas espaço geográfico, mas lugar de memória, identidade, parentesco, espiritualidade, produção de vida e construção coletiva do cuidado. Por isso, este manual deve permanecer aberto à revisão, à escuta e à adaptação local. Seu valor maior não está apenas no conteúdo escrito, mas no uso que as equipes, comunidades e gestores farão dele para produzir práticas mais humanas, equitativas, interculturais e respeitosas.

GLOSSÁRIO



AIS (Agente Indígena de Saúde)
Profissional indígena que atua como elo entre a comunidade e a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), desenvolvendo ações de promoção da saúde, vigilância, educação em saúde e mediação intercultural.



AISAN (Agente Indígena de Saneamento)
Profissional indígena responsável por ações de saneamento ambiental, qualidade da água, manejo de resíduos, educação em saúde e prevenção de agravos.



Atenção diferenciada
Modelo de atenção que respeita as especificidades culturais, sociais, históricas, territoriais e epidemiológicas dos povos indígenas.



CASAI (Casa de Saúde Indígena)
Unidade de apoio destinada ao acolhimento temporário de indígenas encaminhados para atendimento especializado fora da aldeia.



DSEI (Distrito Sanitário Especial Indígena)
Unidade descentralizada responsável pela organização das ações de saúde nos territórios indígenas.



EMSI (Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena)
Equipe composta por diferentes profissionais responsáveis pela assistência integral às comunidades indígenas.



Interculturalidade
Processo de diálogo, respeito e interação entre diferentes culturas e sistemas de conhecimento na construção do cuidado em saúde.



Intermedicalidade
Articulação entre a medicina tradicional indígena e a biomedicina, respeitando a autonomia de ambos os sistemas de cuidado.



Liderança indígena
Representante reconhecido pela comunidade que participa das decisões coletivas e da interlocução com os serviços de saúde.

GLOSSÁRIO



Pajé
Autoridade tradicional responsável por práticas de cuidado, cura e orientação espiritual na comunidade.



PNASPI
Autoridade tradicional responsável por práticas de cuidado, cura e orientação espiritual na comunidade.Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, que orienta a organização da atenção diferenciada no SUS.



SASI-SUS
Subsistema de Atenção à Saúde Indígena integrante do Sistema Único de Saúde.



SESAI
Secretaria de Saúde Indígena do Ministério da Saúde, responsável pela coordenação da política nacional de saúde indígena.



SIASI
Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena utilizado para registro e monitoramento das ações de saúde.



Território indígena
Espaço geográfico, social, cultural e simbólico onde se desenvolvem os modos de vida e as práticas de cuidado dos povos indígenas.

REFERÊNCIAS ESSENCIAIS

1. AHMADPOUR, B. et al. Resolutividade no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no Brasil: revisão de escopo. Trabalho, Educação e Saúde, v. 21, 2023.
2. BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde/FUNASA, 2002.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde Indígena. Plano Distrital de Saúde Indígena – DSEI MARANHÃO, 2024-2027
5. 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, v. 32, n. 3, 2023.
6. DIEHL, E. E.; PELLEGRINI, M. A. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. Cadernos de Saúde Pública, v. 30, n. 4, 2014.
7. GARNELO, L.; PONTES, A. L. Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SE-CADI/UNESCO, 2012.
8. ROCHA, E. S. C. et al. Longitudinalidade e orientação comunitária na organização da Atenção Primária à Saúde em contexto indígena. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 74, n. 1, 2021.
9. SCHWEICKARDT, J. C. et al. Saúde indígena: práticas e saberes por um diálogo intercultural. Fiocruz, 2020.
10. SILVA, C. J. A. et al. Potencialidades, dificuldades e estratégias na assistência aos povos indígenas na atenção primária brasileira: revisão integrativa. Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde, 2021.
11. VICENTE, R. M. et al. Condições de trabalho dos profissionais de saúde indígena no maior Polo Base do Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 38, n. 12, 2022.

REFERÊNCIAS INTERATIVAS

Plano Distrital de Saúde Indígena – DSEI MARANHÃO, 2024-2027

Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

editora
redeunida