

<https://doi.org/10.51234/aben.20.e07.c07>

## ENFERMAGEM NA SAÚDE INDÍGENA

**Silmara de Campos Pacheco de Arruda<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0001-7688-8024

**Goya Pitágoras Freitas Santos<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0003-4688-7789

**Bruno Pereira da Silva<sup>III</sup>**

ORCID: 0000-0002-5825-7402

*“Temos o direito a ser iguais, sempre que a diferença nos inferioriza, temos o direito de ser diferentes sempre que a igualdade nos descaracteriza”*  
Santos Boaventura

<sup>I</sup>Secretaria Estadual da Saúde.  
Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>II</sup>Núcleo Hospitalar de Epidemiologia.  
Salvador, Bahia, Brasil.

<sup>III</sup>Universidade Federal de São Paulo.  
Guarulhos, São Paulo, Brasil.

**Autora Correspondente:**

 Silmara de Campos Pacheco de Arruda  
[isalena.arruda@gmail.com](mailto:isalena.arruda@gmail.com)

**Como citar:**

 Arruda SCO, Santos GPF, Silva BP, Souza ES. Enfermagem na saúde Indígena. In: Souza ES, Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF. (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade: volume 2. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 55-69 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e12.c07>

 Revisora: Profa. Dra. Lavinia Oliveira.  
Projeto Xingu/Unifesp.

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

### DEFINIÇÕES

No mundo, há por volta de 400 milhões de pessoas de origem indígena. De acordo com a Secretaria Especial Indígena, em 2021, vivem no Brasil 764 mil indígenas aldeados. Estes representam a minoria numérica e étnica nacional que corresponde a 0,4% da população, distribuídos entre 688 Terras Indígenas (TI) e cerca de 305 povos diferentes, que falam 180 línguas distintas. Estão presentes em todas as regiões do país, exceto nos estados do Piauí e Rio Grande do Norte<sup>(1)</sup>.

Cada um destes povos pertence a micro sociedades e tem sua própria maneira de entender e se organizar diante do mundo. Estes povos se manifestam nas suas diferentes formas de organização social, política, econômica, relação com o meio ambiente e ocupação de seu território. Diferem também no que diz respeito à experiência histórica na relação com as frentes de colonização e expansão da sociedade nacional, havendo desde grupos com mais de trinta anos até grupos com menos de dez anos de contato. Assim, essa população é caracterizada por uma multiplicidade de grupos, culturas e idiomas nativos<sup>(2-3)</sup>.

Desde a chegada dos colonizadores, os povos indígenas vêm sofrendo maus tratos, trabalhos forçados, confinamentos e sedentarização. Centenas de povos desapareceram com o processo de colonização e genocídio dos povos indígenas, com destaque para as práticas da escravidão, chacinas, guerras, e epidemias de doenças infecciosas<sup>(4)</sup>.

Essa população ainda enfrenta situações distintas de tensão social, ameaças e vulnerabilidade, em condições



de saúde desfavoráveis relacionadas a infecções, falta de higiene, desnutrição, superlotação, contaminação ambiental, muitas dessas ligadas à pobreza<sup>(3)</sup>.

As doenças transmissíveis, especialmente as infecções das vias respiratórias, parasitoses intestinais, e também as situações relacionadas à pobreza, como a desnutrição, ainda são as mais prevalentes nos povos indígenas. Todavia, Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como diabetes, hipertensão arterial, obesidade, abuso e a dependência de álcool têm ganhado cada vez mais importância. As DCNT estão diretamente relacionadas a uma taxa de mortalidade de três a quatro vezes maior nessa população do que na média nacional. Já as causas externas, especialmente a violência e suicídio, são a terceira causa de morte nesta população, afetando sobretudo regiões como Mato Grosso do Sul e Roraima<sup>(5)</sup>.

Ainda sobre os dados e as informações divulgadas sobre a saúde indígena, o que se conhece sobre o perfil epidemiológico deste grupo populacional é preocupante, principalmente pela persistência na prevalência de doenças infecciosas e parasitárias. Conforme relatório situacional SasiSUS<sup>(6)</sup>, as doenças infecciosas e parasitárias configuram-se como a terceira causa de óbitos nos menores de um ano e a segunda causa de óbitos entre os maiores de um ano. A predominância dessas configura um quadro sanitário que se mantém idêntico ao do Brasil rural do século XVII, que, no entanto, é concomitante à emergência de doenças crônicas e problemas de saúde mental, configurando um quadro de transição epidemiológica tardia<sup>(6-7)</sup>.

O contexto da Pandemia SARS-COVID evidencia a fragilidade e condição de vulnerabilidade em que a população indígena se encontra em decorrência da colonialidade, que subsiste até os dias atuais, pois o fator raça ainda permanece como determinante das desigualdades sociais. Dados epidemiológicos levantados pela SESAI até o dia 03/05/2021 apontam 661 óbitos de indígenas pela COVID-19, dados estes contestados pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB)<sup>1</sup> e outras Organizações não governamentais, que apontam valores duas vezes maior.

Corroborando a liderança indígena, Sônia Guajajara<sup>2</sup> 2020, acrescenta que a não divulgação pela SESAI de dados fidedignos relacionados aos óbitos na população indígena em decorrência da SARS-CoV-2 evidenciam o retrocesso, caracterizando em um estado omissão com o genocídio institucionalizado, que objetiva exterminar com os povos indígenas<sup>(8)</sup>.

A fragmentação e ausência dos dados referentes à condição da saúde indígena no Brasil é histórica. As dificuldades diagnósticas e as subnotificações foram foco de vários estudos em nível nacional, o que denuncia a trágica situação da saúde indígena e contradições nos discursos oficiais. Essa realidade nos reafirma a exclusão genocida desses povos em decorrência de sua invisibilidade perante o Estado<sup>(9)</sup>.

Segundo os dados da APIB, fornecidos ao Comitê Nacional de Vida e Memória Indígena, os três fatores mais comuns que contribuíram para a disseminação de doença nas aldeias indígenas com anuência do Estado, foram: contato com os profissionais de saúde que trabalham dentro das áreas indígenas, ou seja, nos polos base ou postos de saúde indígenas; a invasão das terras indígenas por grileiros<sup>3</sup> e garimpeiros; e a falta de efetividade das ações de saúde em área indígena, que levaram muitos índios a buscar auxílio médico nas cidades.

O cenário pandêmico descortinou a desigualdade e o genocídio de povos indígenas, que há muito vem acontecendo, evidenciado o descaso e a passividade das autoridades brasileiras, em especial, as autoridades

1 A Articulação dos Povos Indígenas do Brasil – APIB foi criada pelo movimento indígena no Acampamento Terra Livre (ATL) de 2005. O ATL é uma mobilização nacional, realizada todo ano, a partir de 2004, para tornar visível a situação dos direitos indígenas e reivindicar do Estado Brasileiro o atendimento das suas demandas e reivindicações. A APIB é uma instância de referência nacional do movimento indígena no Brasil, criada de baixo pra cima. Ela aglutina nossas organizações regionais indígenas e nasceu com o propósito de fortalecer a união dos povos, a articulação entre as diferentes regiões e organizações indígenas do país, além de mobilizar os povos e organizações indígenas contra as ameaças e agressões aos direitos indígenas.

2 Sônia Bone Guajajara, é uma líder indígena brasileira formada em Letras e em Enfermagem, especialista em Educação especial pela Universidade Estadual do Maranhão e em 2015, recebeu a Ordem do Mérito Cultural. Em 2018, Sônia Guajajara foi lançada como pré-candidata a vice-presidente da república na chapa encabeçada por Guilherme Boulos, líder do Movimento dos Trabalhadores Sem Teto, tornando-se a primeira pré-candidata de origem indígena à presidência da república. <https://fagtar.org/nossarede/soniaguajajara/>.

3 Indivíduo que, mediante falsas escrituras de propriedade, procura apossar-se de terras alheias.



do executivo brasileiro, que se posicionam a favor da violação e invasão das terras indígenas por madeireiros, grileiros e garimpeiros, que além de ocupar o território indígena, propagam doenças a essas comunidades.

Essa condição se efetiva com a rejeição da segunda versão do Plano Geral para Enfrentamento e Monitoramento da COVID-19 para Povos Indígenas, apresentada pelo Governo Federal ao Superior Tribunal Federal (STF), a qual foi considerada insatisfatória enquanto medidas amplas de enfrentamento da pandemia para essa população.

Consolidando o descaso humanitário, em 2021, voltou a tramitar no STF a tese do Marco Temporal. Trata-se de uma tese jurídica que estabelece que os povos indígenas só teriam direito à demarcação das terras que estivessem sob sua posse em 05 de outubro de 1988. Essa tese foi utilizada pela primeira vez no julgamento que ocorreu em 2009, sobre o direito à posse da Terra indígena Raposa Serra do Sol, em Roraima. Neste julgamento em específico, o STF estabeleceu o conceito Marco Temporal de ocupação indígena para resolução do pleito, determinando a imediata desocupação da terra por não indígenas, não sendo extensiva às demais terras indígenas.

Neste caso em específico, a tese foi favorável aos povos originários, mas ruralistas e setores interessados na exploração das terras indígenas passaram a interpretar esse sentenciamento de forma escusa e unilateral para abarcar os interesses próprios, ou seja, reivindicando terras ocupadas por indígenas após a Promulgação da Constituição Federal em 05 de outubro de 1988. O Governo vigente é favorável à tese, e se aprovada, legaliza e legitima a violência e a negação ao direito indissociável que os povos originários têm sobre a terra<sup>(10)</sup>.

Os povos indígenas constituem grupos distintos e apresentam diferentes formas de se relacionar com a sociedade nos seus modos de pensar, na sua visão religiosa, na forma de adoecer e interpretar a doença, buscar a cura e tratamentos. Além de distintos, também são desiguais do ponto de vista da renda, do acesso à educação, da saúde e do trabalho, assim como em razão da situação de exclusão em que se encontram<sup>(11)</sup>. Mesmo com seus direitos à vida, à terra e à saúde assegurados constitucionalmente, tudo o que envolve essa população, bem como as políticas de saúde indígena, encontram-se à mercê dos projetos de desenvolvimento do país<sup>(2)</sup>.

## BREVE HISTÓRICO DA POLÍTICA INDIGENISTA

Dados do início do século XX revelam que a expansão das fronteiras econômicas para o Centro-Oeste brasileiro e a construção de linhas telegráficas e de ferrovias provocaram numerosos massacres de indígenas. A partir de então, foram criados setores e serviços de saúde voltados a estas populações, na busca por diminuir este índice e propor melhorias em saúde. Porém, esses serviços eram realizados por profissionais de saúde muitas vezes desqualificados e inicialmente vinculados ao Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio, sendo posteriormente assumida pelo Ministério da Justiça, através do Serviço de proteção aos índios e localização de trabalhadores nacionais – (SPILTIN)<sup>4(5)</sup>.

A política indigenista teve seu início através da criação do Serviço de Proteção ao Índio (SPI) precisamente em 1910, sendo a primeira representação do governo federal na expansão do controle de territórios e populações indígenas. Em 1967, após inúmeras denúncias de corrupção, crimes e violações contra os povos indígenas, com o massacre do Paralelo 11<sup>5</sup> estopim, o SPI foi extinto e neste mesmo ano foi criada a Fundação Nacional do Índio - FUNAI<sup>(12)</sup>.

4 SPILTIN- Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais, parte constituinte do Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio (MAIC), foi um órgão público criado durante o governo do presidente Nilo Peçanha, em 1910, com o objetivo de prestar assistência à população indígena do Brasil, a saber, assistência aos indígenas e localização de trabalhadores nacionais. Posteriormente, essas atribuições foram separadas e o órgão passa a ter a denominação de Serviço de Proteção ao Índio, ficando responsável exclusivamente pela primeira função.

5 O Massacre do Paralelo 11 ocorreu em 1963, quando homens contratados por uma empresa de extração de borracha mataram 3500 membros do povo indígena Cinta Larga da Amazônia e destruíram sua aldeia. Apenas dois aldeões sobreviveram ao massacre. O massacre foi considerado parte do genocídio maior e contínuo dos povos indígenas no Brasil.



Em fevereiro de 1991, o Ministério da Saúde (MS) assumiu a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde destinadas aos povos indígenas, estabelecendo os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI)<sup>6(13)</sup> como base da organização dos serviços de saúde. O MS criou a “Coordenação de Saúde do Índio - COSAI, subordinada ao Departamento de Operações (DEOPE) da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), com a atribuição de implementar o novo modelo de atenção à saúde indígena”<sup>(5)</sup>.

O atual modelo de organização dos serviços de saúde para os territórios indígenas foi construído no âmbito das Conferências Nacionais de Saúde, no início da década de 1990, no bojo do movimento da Reforma Sanitária. Na II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (II CNSPI) ocorrida em 1993, este modelo foi referendado pelo movimento indígena e por profissionais de saúde que atuavam com estas populações. A proposta versava a respeito da implantação de um modelo de saúde adequado aos territórios indígenas, inserido em um subsistema de atenção à saúde, ligado ao Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>(5)</sup>.

Dessa forma, o direito à saúde começa a ser tratado em uma perspectiva diferenciada, e a partir de então, surgiu o Subsistema de Saúde indígena (SasiSUS), fundamentado em uma abordagem cultural e de acesso, sem desprezar o modo de vida, cultura e tradições dos povos indígenas<sup>(14)</sup>.

A conformação desse modelo de atenção envolveu representações universitárias, organizações governamentais e não governamentais, missionários indigenistas, sanitaristas, indigenistas, profissionais da saúde, envolveu conflitos de opiniões e percorreu um caminho árduo com diferentes posicionamentos políticos e ideológicos até a aprovação final<sup>(15)</sup>.

No relatório final da I CNSI, que ocorreu em Brasília no ano de 1986, a União dos Povos Indígenas (UNI), primeira entidade indígena criada para reunir as lideranças das comunidades indígenas e defender seus interesses no âmbito nacional, apresentou como proposta a criação de uma secretaria especial, vinculada ao MS, que garantisse a participação da população indígena na formulação de políticas, considerando-se as etapas de planejamento, gestão, execução e avaliação das ações de saúde.

Um século após a criação do SPI, através dos Decretos nº 7.335 e nº 7.336, assinados pelo Presidente Luís Inácio Lula da Silva em outubro de 2010, foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), que passou a ser o setor responsável por coordenar e executar as ações de saúde no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em todo Território Nacional<sup>(2,16)</sup>.

Em “Diálogos entre indigenismo e Reforma Sanitária”, os autores Pontes, Machado, Santos e Brito<sup>(15)</sup> buscam levantar e analisar todo o contexto político e ideológico das discussões que envolveram a criação do SasiSUS, fator preponderante para a inclusão dos povos indígenas no Sistema Nacional de Saúde.

Embora o SasiSUS esteja atualmente implantado, as políticas e direitos dos povos indígenas continuam em debate e disputa. Em 2019, através do Decreto 9.795<sup>(17)</sup>, houve movimentos para extinção da Secretaria Especial Indígena (SESAI), proposta de municipalização da assistência à saúde indígena e revisão de políticas públicas específicas, o que favorece os movimentos de desconstrução da política de saúde para os povos indígenas, que é histórica, e mesmo já instituída, permanece em consolidação.

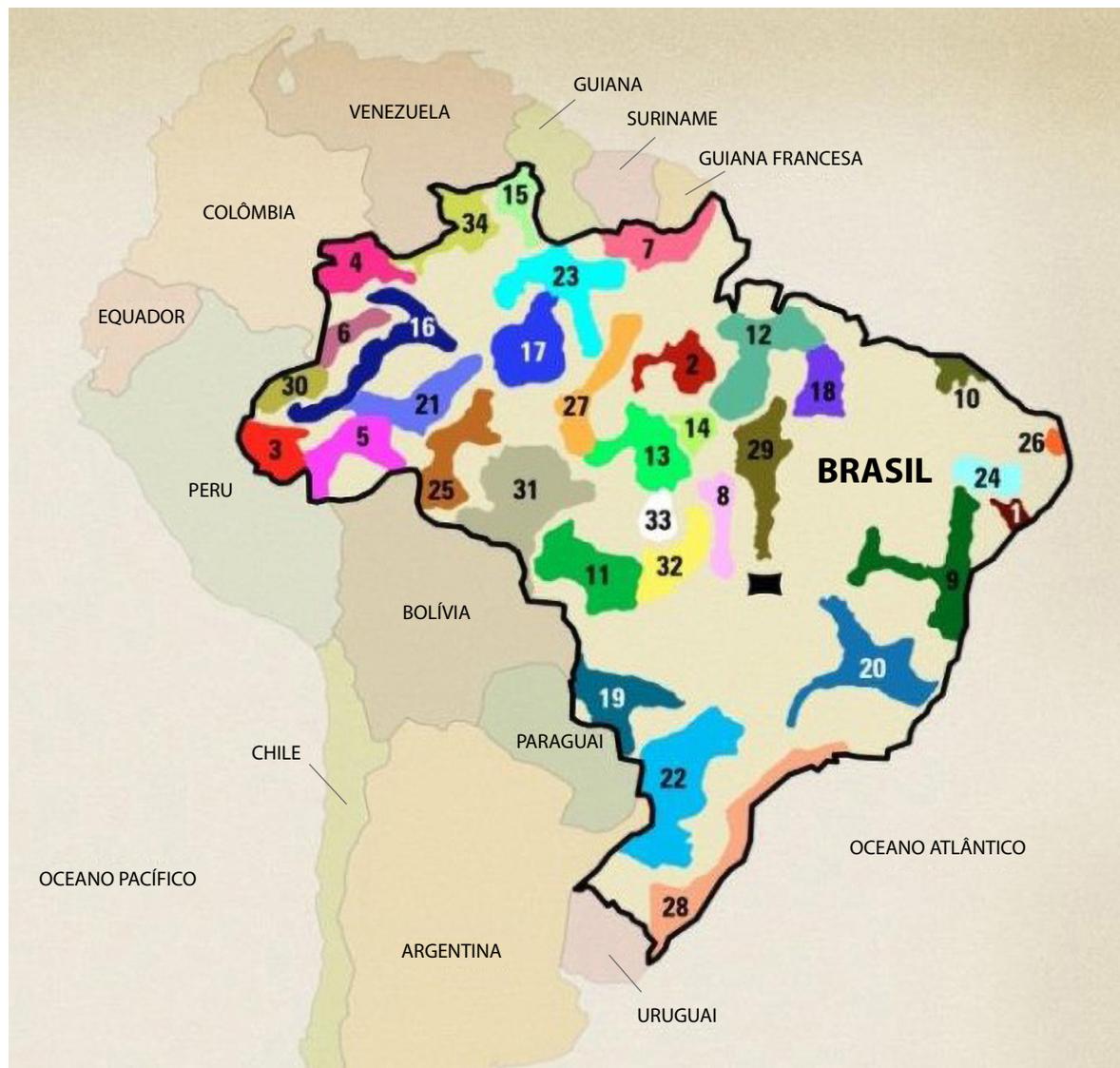
## **SASISUS E DSEI: O QUE PRECISO SABER PARA ATUAR NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SAÚDE INDÍGENA**

O Subsistema de Saúde Indígena, através da Lei 9839/1999 foi incluído enquanto Capítulo V da lei 8080/98, portanto, não é um “sistema paralelo” ao SUS, como é falsamente entendido por gestores e profissionais de saúde. Teve como missão a adoção de um modelo de atenção e organização de rede de serviços que viesse ao encontro das necessidades dos povos indígenas. A organização do subsistema se dá através dos 34 DSEI

6 O DSEI atua como unidade de execução das ações destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde do índio, objetivando o alcance do equilíbrio bio-psico-social, com o reconhecimento do valor e da complementaridade das práticas da medicina indígena, segundo as peculiaridades e o perfil epidemiológico de cada comunidade.



distribuídos em todo o território nacional, levando em conta as especificidades étnicas e culturais dos povos indígenas. Esses distritos não obedecem à organização político-administrativo do país, pois um DSEI pode abranger até mais de um município ou Estado<sup>(5,18)</sup>.



1 - Alagoas e Sergipe; 2 - Altamira; 3 - Alto Rio Juruá; 4 - Alto Rio Negro; 5 - Alto Rio Purus; 6 - Alto Rio Solimões; 7 - Amapá e Norte do Pará; 8 - Araguaia; 9 - Bahia; 10 - Ceará; 11 - Cuiabá; 12 - Guamá Tocantins; 13 - Kayapó Mato Grosso; 14 - Kayapó Pará; 15 - Leste de Roraima; 16 - Médio Rio Solimões e Afluentes; 17 - Manaus; 18 - Maranhão; 19 - Mato Grosso do Sul; 20 - Minas Gerais e Espírito Santo; 21 - Médio Rio Purus; 22 - Interior Sul; 23 - Parintins; 24 - Pernambuco; 25 - Porto Velho; 26 - Potiguar; 27 - Rio Tapajós; 28 - Litoral Sul; 29 - Tocantins; 30 - Vale do Javari; 31 - Vilhena; 32 - Xavante; 33 - Xingu; 34 - Yanomami.

Fonte: SESAI/MS<sup>(18)</sup>.

**Figura 2:** Mapa de Localização dos 34 Distritos Especiais Indígenas - DSEI.

A estrutura do DSEI é composta por postos de saúde situados dentro das aldeias indígenas, que contam com o trabalho permanente do Agente Indígena de Saúde (AIS) e do Agente Indígena de Saneamento (AISAN); polo base com equipes multidisciplinares de saúde indígena; e pela Casa do Índio (CASAI), que apoia as atividades de referência para o atendimento de média e alta complexidade<sup>(5)</sup>.



Há duas classificações de polos base: tipo 1 e 2. O primeiro localiza-se geralmente dentro das aldeias, com a realização de atividades de assistência tais como: coleta de exame preventivo de câncer de colo de útero nas mulheres, acompanhamento de recém nascidos, imunização, curativos, educação em saúde e acompanhamento do AIS, dentre outras atividades assistenciais.

Já o segundo, tipo 2, está localizado nos municípios e caracteriza-se por atividades de armazenamento de medicamentos, insumos, documentos como prontuários, dados de imunização, planejamento de ações, dentre outras.

No Brasil, como já citado, existem 34 DSEI, cada qual com realidades distintas no que se refere à etnia, logística, estrutura, gestão, recursos, dentre outros. Dependendo do DSEI, sua localização e especificidade, as atividades serão executadas em um único posto de saúde, tipo misto, o qual possui características tanto do tipo 1 quanto do tipo 2. Essas estruturas são comuns em distritos sanitários no Amazonas, em regiões com peculiaridades logísticas.



**Figura 2:** Modelo organizacional e assistencial do subsistema de atenção à saúde indígena.

Diferentemente dos postos de saúde e polo base, os DSEI possuem sede nos municípios da área de abrangência do território indígena. Após o processo de autonomia administrativa e financeira, estes distritos atuam como uma unidade gestora descentralizada SasiSUS e são pontos de referência para as atividades de planejamento, organização e operacionalização das ações baseadas nas necessidades locais de saúde, com diretrizes de desenvolvimento provenientes do nível central, saneamento, gestão de pessoas e serviços logísticos.

O DSEI tem como atribuição ser o articulador e interlocutor com as redes Municipais e Estaduais de Saúde para atendimento de demandas de maior complexidade, a fim de garantir a integralidade da atenção à saúde aos povos indígenas, pois o grau de resolutividade prevista se restringe a atenção básica em saúde<sup>(19)</sup>.

Nos DSEI, as Casas de Saúde do Índio (CASAI) correspondem às unidades de apoio ao tratamento de pacientes indígenas encaminhados para atendimento na rede de referência do SUS, quando esgotados os recursos em aldeias/território. Dada a sua função de elo com a rede de referências, que se localiza longe das aldeias, as CASAI costumam ser sediadas em áreas urbanas, representando uma transição entre a rede do subsistema de saúde indígena e os outros níveis de complexidade do SUS<sup>(5)</sup>.



De acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas- PNASPI<sup>(5)</sup>:

Essas Casas de Saúde deverão estar em condições de receber, alojar e alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes, prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia, marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar, providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e o seu retorno às comunidades de origem, acompanhados das informações sobre o caso. Além disso, as Casas deverão ser adequadas para promover atividades de educação em saúde, produção artesanal, lazer e demais atividades para os acompanhantes e mesmo para os pacientes em condições para o exercício dessas atividades.

Segundo dados da SESAI, órgão que gerencia os DSEIs no Brasil, há 67 (sessenta e sete) Casas de Saúde do Índio (CASAI), 1.199 Unidades Básicas de Saúde Indígenas, 6.238 aldeias e 361 polos base nas áreas de abrangências dos 34 distritos sanitários<sup>(6)</sup>.

Até o ano de 2017, os estabelecimentos que realizam ações de atenção à saúde para populações indígenas não eram reconhecidos oficialmente como estabelecimentos de saúde no sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Através da Portaria 1317/2017, houve a regulamentação das diretrizes para o registro das informações relativas à adequação e cadastramento das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) na Base Nacional do Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SE/MS).

### **EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE INDÍGENA: COMPOSIÇÃO, SELEÇÃO, ESPAÇO DE ATUAÇÃO**

Na Portaria 1317/2017, a Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena - EMSI- “corresponde a um conjunto de profissionais responsáveis pela atenção básica à saúde indígena em uma área sob gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS)” e também estabelece a vinculação de uma equipe mínima, composta por pelo menos três profissionais de ocupação/categorias diferentes, sendo um de nível superior e dois de nível médio, conforme descrito na Portaria 1317/2017<sup>(7(20))</sup>.

A PNASPI recomenda definir a composição da equipe de acordo com critérios estabelecidos no planejamento das ações e que se considere a situação epidemiológica, número de habitantes, necessidades de saúde, características geográficas, acesso e nível de organização dos serviços. A composição da equipe é semelhante à composição das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), aplicada na atenção básica no âmbito do SUS. Poderá também contar com a participação de antropólogos, educadores, engenheiros sanitaristas e outros especialistas e técnicos considerados necessários, compondo o Núcleo Ampliado de Saúde Indígena (NASI)<sup>8</sup> na forma de apoio matricial, interdisciplinar e suporte técnico aos demais profissionais.

Nas aldeias, a atenção básica é realizada por toda a EMSI, sendo que o Agente Indígena de Saúde (AIS), por residir dentro das aldeias, é o profissional que mais realiza visitas periódicas. O AIS é o elo entre a equipe e a comunidade, e por haver muita rotatividade entre os demais profissionais, é o profissional que atua com mais regularidade, juntamente com os profissionais de enfermagem.

A contratação da EMSI se dá de forma indireta, através de convênios entre o Ministério da Saúde e associações ou institutos, sendo que o chamamento dos profissionais acontece através de processos seletivos. O conhecimento anterior em saúde indígena, capacitação e cursos são critérios que pontuam, mas não são determinantes para tal contratação.

7 O gestor do DSEI pode, opcionalmente, além da equipe mínima, incluir os seguintes profissionais nas equipes que prestam atenção à saúde indígena como: Médicos Clínicos (família), Cirurgião Dentista (família), Enfermeiros e Afins (família), Técnicos e auxiliares de enfermagem (família), Técnico em Saúde Bucal, Auxiliar em Saúde Bucal, Trabalhadores em serviços de promoção e apoio à saúde (família), Agente de saúde pública, Microscopista, entre outros. Estes não deverão ser marcados como equipe mínima.

8 NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE INDÍGENA (NASI) configura-se como uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às EMSI. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte técnico, sanitário e pedagógico aos profissionais da atenção à saúde.



Mesmo adotando essa forma de seleção, a manutenção e fixação de profissionais é um grande desafio na saúde indígena. Conforme já citado, há uma grande rotatividade de recursos humanos contratados, sendo uma grande fragilidade da SESAI, pois há implicações no que se refere ao treinamento desses profissionais para trabalhar nesses contextos interculturais, e descontinuidade das ações de saúde a essa população<sup>(6)</sup>.

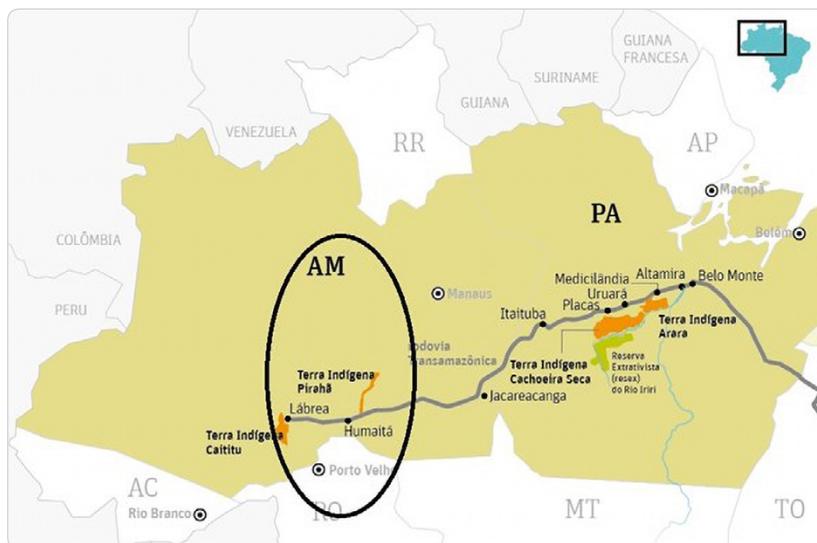
### É POSSÍVEL REALIZAR A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À POPULAÇÃO INDÍGENA RESPEITANDO AS DIFERENÇAS DE CONCEITOS E SABERES? COMO É O ATENDIMENTO DO ENFERMEIRO DENTRO DAS ÁREAS INDÍGENAS?

A assistência à população indígena demanda da EMSI uma abordagem diferenciada, não tradicional, pautada na equidade e demais princípios e diretrizes do SUS, uma vez que a assistência acontece dentro da área indígena no espaço de moradia, trabalho e convivência dos indígenas.

Embora a proposta da atenção diferenciada tenha foco no atendimento em território indígena, o que muitos podem interpretar erroneamente como um privilégio, seu conceito é bem mais amplo. Consiste em atender às necessidades percebidas pelas comunidades, envolvendo a população indígena em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações de saúde, levando-se em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos<sup>(5)</sup>.

São espaços de atuação e trocas de saberes distintos, pois o/a profissional terá que trabalhar com quebra de paradigmas e preconceitos. Ao se inserir nesse espaço intercultural, é importante reconhecer e buscar compreender as diferentes formas do cuidado e saberes e sua relação no processo saúde-doença<sup>(21)</sup>.

A assistência oferecida aos povos indígenas deve ser baseada em aspectos que reconheçam e valorizem especificidades dos hábitos de vida dos/das indígenas, porém tais práticas podem esbarrar em questões operacionais e técnicas como língua, ambiente, estrutura, logística, articulação com rede de atenção, capacitação, educação permanente, dentre outros que geram dificuldades para o cuidado à saúde.



Fonte: Maisonnave e Almeida<sup>(22)</sup>.

**Figura 3:** Calha do Rio Maici - Divisa do DSEI Manaus com DSEI Porto Velho

No conjunto de profissionais que prestam assistência à saúde aos povos indígenas, a enfermagem desenvolve um papel muito importante, pois é a categoria de nível superior e médio com maior média de



atendimento, sendo os que mais permanecem em contato com os/as indígenas<sup>(6)</sup>. Os cuidados são prestados no território, em sua maioria, dentro das áreas indígenas, nos polos base ou postos de saúde, mas a sua efetivação dependerá de algumas condicionalidades que podem sofrer alterações entre os DSEI, tais como: estrutura existente, especificidades logísticas, diversidades étnicas, diferentes perfis de morbimortalidade dos povos indígenas e as particularidades dos padrões de ocupação territorial.

Um exemplo é o povo Mura Pirahã, que pertence ao DSEI Manaus, mas ocupa a calha do Rio Maici no Município de Humaitá, que pertence ao DSEI Porto velho, conforme figura abaixo. Eles vivem por toda a extensão do rio em pequenos agrupamentos e moradias, que se tornam provisórias, já que são estabelecidas de acordo com a cheia e seca dos rios.

Portanto, trata-se de um território incomum ao padrão estabelecido, pois embora naquela calha de rio exista uma pequena estrutura física para o atendimento, dada a mobilidade da população Mura Pirahã, a assistência é realizada onde há possibilidades, podendo ser na canoa, na praia ou em palafitas. Trabalhar em território indígena é enriquecedor; é um espaço de trocas e escutas, mas também um local de “arranjos e improvisos”, onde o processo de adaptação é recíproco, tanto para o indígena quanto para o profissional, o qual, deve preferencialmente estar capacitado/treinado ou possuir conhecimento prévio em sua formação para atuar em contexto intercultural.



Fonte: Arruda<sup>(23)</sup>.

**Figuras 4 e 5:** Local de moradia provisória conforme cheia e seca dos rios

## **BREVE CONCEITO DE INTERCULTURALIDADE E A IMPORTÂNCIA DAS TEORIAS NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA ATUAÇÃO/ASSISTÊNCIA EM ESPAÇO INTERCULTURAL - POPULAÇÃO INDÍGENA**

Amplio é o campo de atuação do/a enfermeiro/a, sendo a saúde indígena uma opção. A contratação dos profissionais se dá através de processos seletivos, com aplicação de prova escrita, entrevista e demais critérios, conforme descrito anteriormente. As vagas são muito disputadas e o processo seletivo é realizado com frequência, dada a alta rotatividade de profissionais por questões correlatas às condições de trabalho como locomoção, tempo de permanência em terra indígena, carga horária e infraestrutura para atendimento. Considerando a pluralidade dos povos indígenas e a não formação do/a enfermeiro/a para saúde indígena, a assunção deste posto em território indígena gera ao/a profissional um turbilhão de emoções, dúvidas, medos e inseguranças.



É um grande desafio dividir o mesmo espaço com pessoas que não fazem parte do seu cotidiano, com hábitos, costumes, conceitos de vida, morte e religião distintos. São mundos desconhecidos e o processo de adaptação é abrupto para ambas as partes. Como não se sentir fragilizado diante desta nova realidade?

Neste contexto, surge o conceito da interculturalidade, definido em propostas de convivência democráticas entre diferentes culturas, buscando promover entre elas a integração, considerando suas diversidades. Bragato e colaboradores<sup>(24)</sup> acreditam se tratar de “Um caminho de inclusão, um encontro que deve possibilitar a aceitação do diferente como uma oportunidade de enriquecimento e transformação de ambas as partes.”

Albó<sup>(25)</sup> define a interculturalidade como qualquer relação entre pessoas ou grupos sociais de culturas diferentes e, por extensão, entre as atitudes de pessoas e grupos de uma cultura referentes às pessoas e aos elementos de outra cultura. Classifica-as de negativas, quando levam à diminuição do que é diferente e positivas quando levam ao respeito e ao enriquecimento mútuo, a partir de um intercâmbio enriquecedor.

Criar um espaço intercultural é pensar em um espaço de diálogo entre vozes, intercâmbio, em paridade, em confiança, onde uma cultura não seja superior a outra, é um conceito mais amplo que apenas o reconhecimento das diversidades e diferenças<sup>(26)</sup>. Neste sentido, é importante discutir como está a formação acadêmica do/a enfermeiro/a que busca atuar com populações vulnerabilizadas e qual sua importância nos espaços de produção do cuidado, neste caso, saúde indígena.

As Teorias de Enfermagem com abordagem antropológicas são ferramentas de grande importância neste contexto e podem contribuir para a formação do profissional e fortalecer sua inserção em espaços tão distintos, mesmo que minimamente. Teorias de enfermagem são guias extremamente importantes e auxiliam os profissionais a criar, testar e aperfeiçoar um corpo específico de conhecimento. O foco principal das teorias tem sido a definição da essência da enfermagem e suas principais características<sup>(27)</sup>.

A prática de enfermagem deve estar alicerçada nas teorias, as quais são importantes quando aplicadas na assistência, no ensino, pesquisa e gerência. Na atuação do profissional enfermeira/o na assistência à saúde da População indígena, será um grande diferencial, podendo contribuir, tanto ao profissional, quanto à população a ser assistida.

Merino e colaboradores<sup>(28)</sup> apontam para o conhecimento vago de pós-graduandos com relação às teorias de enfermagem e o subsídio que fornecem para a promoção do cuidado, conduzindo a ação do profissional ao paciente como ser completo, que vive em sociedade, com hábitos e costumes próprios.

Dentre todas as teorias de enfermagem existentes, uma das desejáveis nesta instrumentalização é a teoria transcultural de Leininger, ou modelo sol nascente, que considera a visão de mundo dos indivíduos e suas estruturas culturais e sociais, como influenciadores de sua condição de saúde ou doença<sup>(29)</sup>.

O modelo da competência cultural desenvolvido por Campinha-Bacote<sup>(30)</sup> pressupõe a consciência cultural. Esta teoria foi desenvolvida a partir da antropologia adaptada à enfermagem transcultural na perspectiva do cuidado humanizado. Também propõe uma autoavaliação ao/à enfermeiro/a, a fim de oferecer instrumentos para o cuidado em diferentes contextos e cenários. A competência cultural é o processo em que o prestador do cuidado se empenha ao máximo para adquirir habilidades para trabalhar de forma completa no contexto cultural onde está inserido seu paciente. Conhecendo a si mesmo, o profissional enfermeiro/a conseguirá identificar suas facilidades e dificuldades para prover o cuidado culturalmente competente<sup>(31)</sup>.

Neste sentido, Gualda e Hoga<sup>(27)</sup> alertam que se aqueles que praticam a enfermagem não considerarem os aspectos culturais da necessidade humana, suas ações poderão ser ineficazes e trazer consequências desfavoráveis para as pessoas assistidas.

Considerando a importância em instrumentalizar esses profissionais no cuidado humanizado no contexto indígena, a PNASPI tem como proposta a capacitação priorizada como instrumento fundamental de adequação das ações dos profissionais e serviços de saúde do SUS às especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas. Para a SESAI, o preparo adequado dos profissionais para atuação em contextos interculturais é imprescindível para aprimorar o SasiSUS.



Em seu estudo, Guimarães<sup>(7)</sup> aponta que a capacitação contínua de recursos humanos ainda se mantém como uma grande fragilidade na saúde indígena, corroborando Oliveira, Aquino e Monteiro<sup>(32)</sup>, que apontam a falta de recursos humanos qualificados e a ausência de experiência profissional dentre as dificuldades e fragilidades na atuação da enfermagem, especificamente na atenção à saúde indígena. Terra e Andrade<sup>(33)</sup> afirmam que o despreparo com relação à cultura e o contexto indígena estão entre as maiores dificuldades encontradas pelos enfermeiros na efetivação da assistência neste território.

As propostas da V Conferência Estadual Indígena, realizada no ano de 2013 na Bahia, traziam conteúdos relacionados à formação de recursos humanos para atuação na saúde indígena, lembrando que desde a II Conferência Nacional de Proteção à Saúde Indígena em 1993, as lideranças indígenas apontaram essa necessidade<sup>(16)</sup>. Essas propostas evidenciam também a preocupação da própria população indígena com a atuação dos profissionais em seu território. A falta de formação e capacitação dos profissionais de saúde para atuar em contextos interétnicos específicos contribuiu para que indígenas pudessem ingressar nos cursos de formação em enfermagem para propiciar um melhor atendimento nas aldeias<sup>(34)</sup>.

### **INICIAÇÃO NA SAÚDE INDÍGENA - DO IDEALIZADO AO PRATICADO - UM RELATO DE CASO POR SILMARA ARRUDA**

No final do ano de 2005, saí da região centro oeste de São Paulo para o Amazonas a fim de trabalhar com populações indígenas. Minha cidade natal, Botucatu, fica próxima ao município de Bauru, ambas no interior do estado de São Paulo, onde, segundo dados do Instituto Socioambiental - ISA<sup>9</sup> vivem cerca de 600 índios distribuídos em oito terras indígenas.

O município de Botucatu fica cerca de 130 km de distância dessas terras e confesso que, mesmo com nome de origem tupi, nunca antes havia tido contato com a população indígena até minha ida ao estado do Amazonas.

Na graduação realizada na cidade de Jaú, próxima a Bauru, não tive disciplinas teóricas sobre práticas tradicionais de cuidado realizadas entre os indígenas ou estágios práticos em saúde pública que discutissem a temática, mesmo a saúde indígena estando amparada pelo SUS com capítulo específico na lei orgânica. Hoje, consigo entender que a elitização dos espaços educacionais deixou lacunas em minha formação enquanto profissional de saúde, o que foi nocivo para minha iniciação na saúde indígena.

Busquei a saúde indígena por três motivos: o primeiro pela oportunidade de emprego, já que estava recém-formada, e na época, o único critério para ingresso era a graduação em enfermagem; o segundo motivo, por entender que meu trabalho faria diferença, afinal trabalharia dentro de uma aldeia indígena, mesmo desconhecendo a abrangência da situação e desconsiderando minha pouca experiência enquanto enfermeira. E, terceiro, bem mais importante na época, o fator financeiro, pois a remuneração salarial enquanto enfermeira era e ainda está acima da média.

Na época, não me preocupei com o mais essencial, que era o conhecimento intercultural e a prática enquanto enfermeira em contextos tão heterogêneos, mas também não encontrei essa preocupação ou resistência por parte da FUNASA e da Organização Não Governamental - ONG<sup>10</sup>, na época.

É importante destacar que essa realidade foi vivenciada no final de 2005 e início de 2006, quando ingressei na saúde indígena e onde permaneci até o ano de 2013. Embora a criação da SESAI tenha sido uma das maiores conquistas e avanço nos últimos anos, as fragilidades em qualificar os profissionais de forma permanente ainda são desafio constante no aprimoramento da Saúde indígena<sup>(6)</sup>.

9 O Instituto Socioambiental é uma organização não governamental fundada em 22 de abril de 1994 com o objetivo de defender bens e direitos sociais, coletivos e difusos, relativos ao meio ambiente, ao patrimônio cultural, aos direitos humanos e dos povos. Ver: <https://www.socioambiental.org/pt-br/o-isa>.

10 As Organizações Não Governamentais (ONGs) são organizações sem fins lucrativos.



Quando cheguei no Amazonas, especificamente no DSEI Javari, localizado no município de Atalaia do Norte, cerca de 1300 km da capital Manaus no extremo oeste do Amazonas, na tríplice fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru, o que mais me impressionou foi toda a logística envolvida em minha entrada na área indígena, ou seja, na aldeia, assim como a quantidade de equipamentos e insumos para se cumprir a proposta. As especificidades logísticas ainda são o grande diferencial, e em alguns casos, determinante na permanência do/a profissional enfermeiro/a na saúde indígena, o que reflete na continuidade das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças para esta população, principalmente na região Amazônica, onde se percorre quilômetros de rios e terra para chegar até o destino final.

A primeira ida para área indígena foi para uma ação de vacinação e atendimento das demandas existentes, por ser a única profissional de nível superior compondo a equipe. Tal fato é muito comum e me causou grande tensão, pois além de ir sem um profissional de nível superior que já atuasse na área, não teria o suporte e acompanhamento do profissional médico. Essa condição me trouxe grande insegurança, pois, conforme as orientações de “iniciação”, os cuidados de enfermagem poderiam abranger demandas fora da minha competência profissional, para as quais não estava preparada, como por exemplo, instituir tratamento medicamentoso, fazer diagnóstico clínico, atender acidentes diversos, mordedura de víbora, que é muito comum, partos com ou sem intercorrências, dentre outros, o que de fato aconteceu.

Na época, era frequente a interrupção de repasses orçamentários para as ONGs, ocasionando a descontinuidade da prestação de serviços de saúde nas aldeias indígenas, o que gerava grande acúmulo de demandas reprimidas nas aldeias.

Permaneci em atendimento por 45 dias, e após isso, recebi 15 dias de folga, o que não considerava suficiente pela “disponibilidade” que devemos ter, estando em área indígena. A concepção de tempo do indígena é diferente da nossa, sendo que a qualquer momento, a profissional é requisitada para atendimento, o que torna sua permanência em área semelhante a um regime de plantão hospitalar. Esta jornada de trabalho foi intensa e exaustiva, tanto física como emocionalmente, sem possibilidades de trabalhar ações educativas, pois como a vacinação era realizada concomitante aos atendimentos e por não haver energia elétrica em área indígena, a quantidade de gelo e gelox era monitorada o tempo todo para que não comprometesse a qualidade do imunobiológico.

No tempo em que não estava vacinando, realizava atendimentos de saúde de demandas pontuais, ações curativas e assistenciais, como casos de diarreia, febre em decorrência da malária e curativos, solicitando remoção dos casos mais graves. Concordando com Diehl e Follman<sup>(34)</sup>: “O processo de trabalho se resumia em intervenção individual e curativa, na lógica biomédica, não permitia espaços para o diálogo e construção de práticas locais coletivas, nem a articulação com os saberes indígenas, bases da atenção diferenciada”.

Durante minha iniciação na saúde indígena, meus interlocutores com a comunidade foram os AIS das aldeias atendidas e os auxiliares e técnicos de enfermagem que faziam parte da equipe. Na maioria dos DSEI, é consenso que a continuidade da assistência é executada pelo/a profissional enfermeiro/a, pelos técnicos de enfermagem e AIS.

Embora estivesse engajada em atuar para essa população, me questionei muitas vezes o quanto minha formação era deficiente para atuar naquele contexto tão heterogêneo, pois não era apenas o fator cultural, mas os valores morais, éticos e de competência clínica. Foi uma experiência ímpar, com muito imprevisto e reinvenção em minha forma de assistir, repensar minha prática enquanto enfermeira, minhas convicções, minhas relações pessoais, emocionais e familiares.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na década de sessenta quando as EVS - equipes volantes de saúde foram criadas no âmbito da FUNAI para prestar assistência à saúde dentro das aldeias, sua composição técnica consistia quase que exclusivamente pela enfermagem. Hoje, há mais de três décadas, com a implantação dos DSEIs e a criação da SESAI,



a enfermagem ainda prevalece como categoria profissional ativa no contexto da atenção à saúde aos povos indígenas e sua participação efetiva se faz condição *sine qua non* para implementar a atenção singularizada no contexto intercultural da saúde indígena.

Nas aldeias, a atenção básica é realizada principalmente pelos AIS, com visitas periódicas dos demais profissionais que compõem a equipe multidisciplinar, conforme planejamento das suas ações. O AIS é o elo entre a equipe e a comunidade, e por haver muita rotatividade entre os demais profissionais, é o que atua com mais regularidade em muitas aldeias, juntamente com os profissionais de enfermagem.

Estabelecendo papel central dentro das EMSI nas práticas do cuidado à população indígena, a enfermagem possui atuação abrangente, com destaque para a educação em saúde, supervisão, coordenação das EMSI e assistência propriamente dita, que abrange desde os cuidados emergenciais, prevenção de doenças e recuperação em saúde.

A imersão do enfermeiro nesse espaço de atuação exige, além das competências técnicas, a busca do conhecimento para que possa atender essa população em suas dimensões de organização, cultural, afetiva e espiritual. Para a completude dessa assistência, a teoria intercultural do cuidado torna-se inerente à/o enfermeira/o que assistirá a/o indígena em suas diferentes situações.

Entretanto, o déficit de conhecimento de profissionais deve ser superado com formação no âmbito acadêmico (graduação e pós-graduação) e em programas de educação permanente, o que exige conhecimentos aprofundados e estratégias viáveis sobre impacto dos investimentos e fixação de profissionais em áreas remotas. A instrumentalização profissional com a teoria do cuidado intercultural amplia a perspectiva do cuidado, confere competência, sensibilidade cultural e estabelece uma atenção diferenciada na prática.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2010: resultados gerais da amostra [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [cited 2021 Aug 03]. 239 p. Available from: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/99/cd\\_2010\\_resultados\\_gerais\\_amostra.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/99/cd_2010_resultados_gerais_amostra.pdf)
2. Carvalho T, (Diretor). Saúde Indígena: atenção diferenciada e políticas públicas para territórios [Documentário] [Internet]. [S.l.]: Canoas Produções; 2020 [cited 2021 Aug 03]. Vídeo: 00h22m35s, son., color. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=gBtQx4jDZ6U&feature=youtu.be>
3. Vannuchi AMC, Cordeiro DC, Diehl A. Minorias. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R, e colaboradores. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Rio Grande do Sul: Artmed; 2011. p. 423-33.
4. Altini E, Rodrigues G, Padilha L, Moraes PD, Liebgott RA, organizadores. A política de atenção à saúde indígena no Brasil: breve recuperação histórica sobre a política de assistência em saúde nas comunidades indígenas [Internet]. Brasília: CIMI; 2013 [cited 2021 Aug 16]. 28 p. Available from: [https://disciplinas.usp.br/pluginfile.php/4253168/mod\\_resource/content/1/Brasil%20Cartilha%20Sa%C3%Bade%20Ind%C3%Adgena.pdf](https://disciplinas.usp.br/pluginfile.php/4253168/mod_resource/content/1/Brasil%20Cartilha%20Sa%C3%Bade%20Ind%C3%Adgena.pdf)
5. Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas [Internet]. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde/FUNASA; 2002 [cited 2021 Aug 16]. 40 p. Available from: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_indigena.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf)
6. Ministério da Saúde (BR). Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS/Ministério da Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [cited 2021 Aug 03]. 83 p. Available from: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_indigena\\_analise\\_situacao\\_sasisus.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_analise_situacao_sasisus.pdf)
7. Guimarães VLB. A qualidade da atenção à saúde indígena no Brasil [Monografia]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2011. 69 p.
8. Oxfam Brasil. Desigualdades: povos indígenas frente a pandemia [Live]. [São Paulo]: Oxfam Brasil; 2020 [cited 2020 Aug 18]. Vídeo: 1h09m09s, color., son. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=j2mFFRBP548>
9. Barros EP. Parte IV - Desigualdades, diferença em saúde. Saúde indígena: a invisibilidade como forma de exclusão. In: Goldenberg P, Marsiglia RMG, Gomes MHA, organizadoras. O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003 [cited 2021 Aug 03]. 238 p. Available from: <http://books.scielo.org/id/d5t55/pdf/goldenberg-9788575412510-15.pdf>



10. Associação Nacional dos Procuradores da República. Índios, Direitos Originários e Territorialidade. 6ª Câmara de Coordenação e Revisão. Ministério Público Federal. Organizadores: Alcântara GK, Tinôco LN, Maia LM, organizadores [Internet]. Brasília: ANPR, 2018 [cited 2022 Feb 23]. 517 p. Available from: [http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/documentos-e-publicacoes/artigos/docs\\_artigos/indiospdf.pdf/view](http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/documentos-e-publicacoes/artigos/docs_artigos/indiospdf.pdf/view)
11. Rodrigues D, Mendonça S, Oliveira L, Roder F, Coelho C. Tema 2 – A atenção diferenciada em saúde indígena: considerações iniciais. In.: Rodrigues D, coordenador. Especialização em Saúde Indígena [Internet]. [São Paulo]: UNASUS – UNIFESP; 2019 [cited 2021 Aug 03]. Available from: [https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/MOOC/SI\\_II\\_2021/unidade1.html#2](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/MOOC/SI_II_2021/unidade1.html#2)
12. Ministério Público Federal (BR). Atuação da 6CRR: Relatório Figueiredo [Internet]. Brasília: Ministério Público Federal; 1967 [cited 2020 Aug 18]. Available from: <http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/dados-da-atuacao/grupos-de-trabalho/violacao-dos-direitos-dos-povos-indigenas-e-registro-militar/relatorio-figueiredo.1967>
13. Câmara dos Deputados (BR). Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União [Internet]. 1999 [cited 2021 Aug 11];(Ed. Extra):37. Available from: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1999/decreto-3156-27-agosto-1999-341278-norma-pe.html>
14. Moraes JT. O subsistema de atenção à saúde indígena e sua efetivação no Estado do Mato Grosso do Sul: análise no funcionamento, ações e serviços. Rev Juris UniToledo [Internet]. 2018 [cited 2021 Aug 03];03(04):191-203. Available from: [http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao\\_e\\_divulgacao/doc\\_biblioteca/bibli\\_servicos\\_produtos/bibli\\_boletim/bibli\\_bol\\_2006/Rev-Juris-UNITOLEDO\\_v.3\\_n.4.12.pdf](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/Rev-Juris-UNITOLEDO_v.3_n.4.12.pdf)
15. Pontes AL, Machado FRS, Santos RV, Brito CAG. Diálogos entre indigenismo e Reforma Sanitária: bases discursivas da criação do subsistema de saúde indígena. Saúde Debate [Internet]. 2019 [cited 2021 Aug 11];43(Spe 8):146-59. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S811>
16. Mota SE. A atenção diferenciada no âmbito do subsistema de atenção à saúde indígena: um estudo de caso no distrito sanitário especial indígena da Bahia [Tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2017. 179 p.
17. Presidência da República (BR). Decreto n. 9.795, de 17 de maio de 2019. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE [Internet]. Diário Oficial da União. 2019 [cited 2022 Feb 24];95(1)2-19. Available from: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=20/05/2019&jornal=515&pagina=2&totalArquivos=152>
18. Martins AL. Política de saúde indígena no Brasil: reflexões sobre o processo de implementação do subsistema de atenção à saúde indígena [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2013. 126 p.
19. Martins JL. O trabalho do enfermeiro em saúde indígena: desenvolvimento de competências para atuação no contexto intercultural [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2017. 154 p.
20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 1.317, de 03 de agosto de 2017. Diário Oficial da União [Internet]. 2017 [cited 2021 Aug 03];151(1):49. Available from: [http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/integras\\_pdf/PORT\\_SAS\\_MS\\_1317\\_2017.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/integras_pdf/PORT_SAS_MS_1317_2017.pdf)
21. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciên Saúde Coletiva [Internet]. 2003 [cited 2019 Oct 05];8(1):185-207. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a14v08n1.pdf>
22. Maisonnave F, Almeida L. Transamazônica: crime e abandono. Pobreza, desmatamento, e extração ilegal de madeira e ouro margeiam rodovia na floresta [Internet]. Folha de S Paulo, São Paulo, 22 out 2010 [cited 2021 Aug 11]. Caderno Cotidiano. Available from: [https://docs.ufpr.br/~jrgarcia/macroecologia\\_ecologica/Noticias/Transamaz%C3%B4nica%20%20crime%20e%20abandono%20-%20Cotidiano%20-%20Folha%20de%20S.Paulo.htm#introducao](https://docs.ufpr.br/~jrgarcia/macroecologia_ecologica/Noticias/Transamaz%C3%B4nica%20%20crime%20e%20abandono%20-%20Cotidiano%20-%20Folha%20de%20S.Paulo.htm#introducao)
23. Arruda SCP. Local de moradia provisória conforme cheia e seca dos rios. 2009. 2 fotografias, color. Coleção particular.
24. Bragato FF, Barretto VP, Silveira Filho AS. A interculturalidade como possibilidade para a construção de uma visão de direitos humanos a partir das realidades plurais da América Latina. Rev Fac Direito UFPR [Internet]. 2017 [cited 2021 Aug 03];62(1):33-59. Available from: <https://revistas.ufpr.br/direito/article/view/47133>
25. Albó X. Cultura, interculturalidade, inculturação. Mantoanelli Y, tradutora. São Paulo: Edições Loyola; 2005. 88 p.
26. Canclini NG. Diferentes, desiguais e desconectados: mapas de interculturalidade. Henriques LS, tradutor. Rio de Janeiro: UFRJ, 2009. 284 p.



27. Gualda DMR, Hoga LAK. Estudo sobre teoria transcultural de Leininger. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 1992 [cited 2021 Aug 11];26(1):75-86. <https://doi.org/10.1590/0080-6234199202600100075>
28. Merino MFGL, Silva PLAR, Carvalho MDB, Pelloso SM, Baldissera VDA, Higarashi IH. Teorias de enfermagem na formação e na prática profissional: percepção de pós-graduandos de enfermagem. Rev Rene [Internet]. 2018 [cited 2021 Aug 11];19:e3363. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2018193363>
29. Braga CG. Enfermagem transcultural e as crenças, valores e práticas do povo cigano. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 1997 [cited 2021 Aug 11];31(3):498-516. <https://doi.org/10.1590/S0080-62341997000300011>
30. Campinha-Bacote J. Cultural competemility: a paradigm shift in the cultural competence versus cultural humility debate – Part I. OJIN: Online J Issues Nurs [Internet]. 2018 [cited 2022 Feb 24];24(1). <https://www.doi.org/10.3912/OJIN.Vol24No01PPT20>
31. Pagliuca LMF, Maia ER. Competência para prestar cuidado de enfermagem transcultural à pessoa com deficiência: instrumento de autoavaliação. Rev Bras Enferm [Internet]. 2012 [cited 2021 Aug 10];65(5):849-55. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000500020>
32. Oliveira JWB, Aquino JM, Monteiro EMLM. Promoção da saúde na comunidade indígena Pankarau. Rev Bras Enferm [Internet]. 2012 [cited 2021 Aug 10];65(3):437-44. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000300007>
33. Andrade GASCR, Terra MF. Assistência de enfermagem à população indígena: um estudo bibliográfico. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo [Internet]. 2018 [cited 2021 Aug 04];63(2):100-04. <https://doi.org/10.26432/1809-3019.2018.63.2.100>
34. Diehl EE, Follmann HBC. Indígenas como trabalhadores de enfermagem: a participação de técnicos e auxiliares nos serviços de atenção à saúde indígena. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2014 [cited 2021 Aug 04];23(2):451-9. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000300013>