

Interprofissionalidade em área indígena: aprimorar e fortalecer o papel da vigilância em saúde

Maurici Tadeu Ferreira Santos¹  Pâmela Roberta de Oliveira²  Selma Aparecida Chaves Nunes¹  Tiago Falanque Maltez² 
Ana Elisa Rodrigues Alves Ribeiro³  Kelly Clair de Moura da Costa⁴  Lavinia Santos de Souza Oliveira¹ 

¹Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. São Paulo/SP, Brasil.

²Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT. Barra do Garças/MT, Brasil.

³Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (FORP), Universidade de São Paulo – USP. Ribeirão Preto/SP, Brasil.

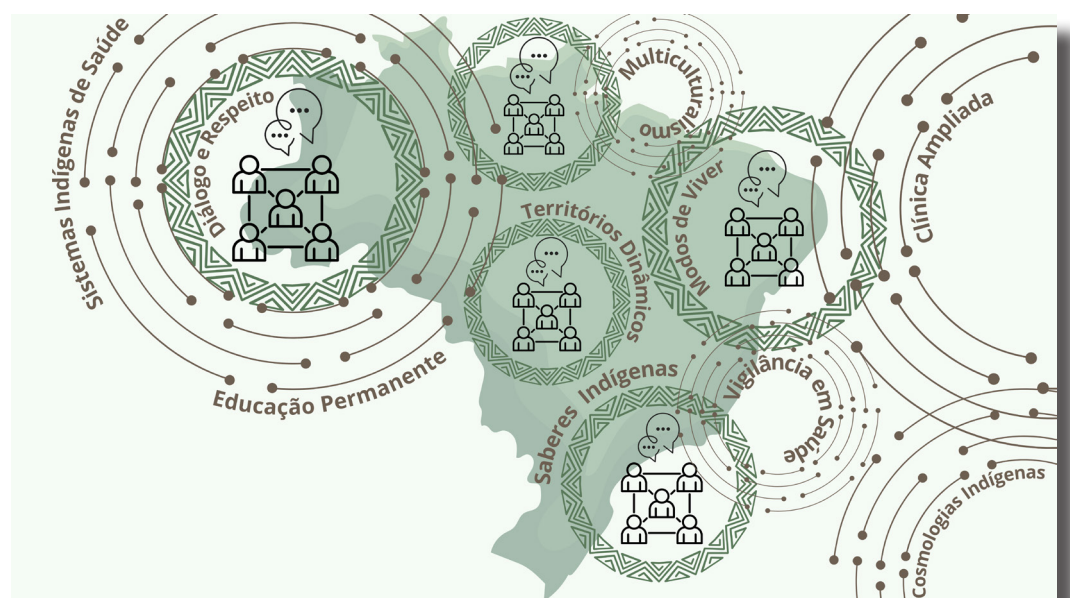
⁴Universidade Federal de Goiás – UFG. Goiânia/GO, Brasil.

E-mail: maurici.santos@unifesp.br

Highlights

- Reflexão sobre a interprofissionalidade no complexo campo da saúde indígena.
- Obstáculos que impedem melhores desfechos e melhores indicadores em saúde.
- Inadiável fortalecimento da eficiência do modelo de vigilância em saúde vinculado ao conceito de território, visando fatores que potencializam a resolutividade da rede de cuidados.
- O papel central da clínica ampliada, dos processos educativos e da construção de espaços dialógicos de cumplicidade no território, enquanto eixos e proposições estruturantes da vigilância em saúde, com o objetivo de estimular e qualificar a interprofissionalidade.

Resumo Gráfico



Elaboração própria com auxílio de inteligência artificial (imagem ilustrativa).

Resumo

A atenção à saúde indígena no Brasil envolve 391 povos, com ampla diversidade cultural e desafios estruturais e formativos para o trabalho interprofissional. Este estudo tem como objetivo refletir sobre obstáculos, potencialidades e proposições para o fortalecimento da interprofissionalidade no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). Trata-se de um ensaio crítico reflexivo, baseado na experiência profissional dos autores e em literatura pertinente ao tema da saúde indígena e da interprofissionalidade. Identificamos barreiras como insuficiência de profissionais, formação uniprofissional, alta rotatividade, vazios assistenciais e ausência de protocolos específicos. Propomos o fortalecimento do modelo da vigilância em saúde, que inclui a proposta da clínica ampliada, a valorização de processos educativos interculturais permanentes e a co-construção de espaços de cumplicidade entre saberes biomédicos e indígenas. A integração e consolidação do modelo de vigilância em saúde efetiva requer competências técnicas, culturais e comunicacionais, planejamento terapêutico compartilhado e respeito à diversidade. Processos educativos contínuos, presenciais e a distância, podem ampliar capacidades colaborativas e superar fragmentações no cuidado. A interprofissionalidade no SasiSUS depende de mudanças curriculares, estratégias metodológicas ativas, práticas colaborativas e necessidade inadiável do fortalecimento e sustentação do modelo de territorialidade e vigilância em saúde, amparado pela ética, interculturalidade e corresponsabilização, visando maior resolutividade e qualidade assistencial.

Palavras-chave: Saúde Indígena. Interprofissionalidade. Vigilância em Saúde. Processos Educativos Permanentes. Clínica Ampliada.

Editor de área: Edison Barbieri

Mundo Saúde. 2026,50:e18802025

O Mundo da Saúde, São Paulo, SP, Brasil.

<https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br>

Recebido: 05 novembro 2025.

Aceito: 06 maio 2026.

Publicado: 27 maio 2026.

INTRODUÇÃO

O problema e a contextualidade no cenário indígena brasileiro

Os profissionais de saúde que adentram em territórios indígenas se deparam com comunidades que lá vivem há milhares de anos e que exibem extensa diversidade cultural, política e social, representada por um vasto inventário material e imaterial de crenças, tradições, rituais, valores, sentidos e significados.

Em sua completude, estas áreas representam o conjunto de 391 Povos Indígenas, falantes de 295 línguas, que totalizam 1.694.836 indivíduos, representantes de 0,83% da população do Brasil¹. A Fundação Nacional dos Povos Indígenas (FUNAI) registrou cerca de 23 povos isolados nos estados do Acre e do Amazonas no ano de 2020^{2,3}, que voluntariamente não possuem nenhuma proximidade com a sociedade não indígena. Lidar com todas essas diferenças na produção da saúde é o primeiro grande desafio, a começar pela composição da força de trabalho. Dados disponibilizados pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) indicam que na rede de serviços dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), há um contingente de 22 mil profissionais na área da saúde¹.

Enquanto normativa, a Portaria 1317 de 3 de agosto de 2017⁴, em seu Artigo 2º, estabelece a Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (EMSI) como um conjunto de atores responsáveis pela atenção básica, sob gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), de modo a desenvolver estratégias de trabalho interprofissional em contextos interculturais, capazes de reduzir iniquidades e de fomentar a resolutividade, conforme princípio da integralidade dos serviços. Além das equipes tradicionais de saúde, com médicos, enfermeiros, odontólogos e técnicos de enfermagem, os DSEI são compostos por antropólogos, psicólogos, engenheiros sanitários, técnicos de saneamento e vigilância ambiental, agentes de saúde, entre outros. Vale destacar a presença dos profissionais indígenas (cerca de 65% deste total), sendo a maior parte (56%), composta por Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN).

Com a criação do SasiSUS, passou-se a discutir de forma sistemática os critérios de seleção dos AIS e dos AISAN, cuja consolidação ocorreu de maneira gradual, impulsionada por conferências nacionais de saúde indígena e por avanços normativos recentes. A promulgação da Lei nº 9.836/1999, que desde 2020 passou a compor o capítulo V da Lei 8080/90 representou um marco ao estabelecer a necessidade de profissionais capacitados a atuar em consonância com as especificidades socioculturais dos povos indígenas, valorizando os saberes da medicina indígena

e priorizando a seleção de agentes oriundos das próprias comunidades⁵.

Nesse processo, destaca-se o levantamento realizado em 2012 durante a gestão da SESAI, que abrangeu os 34 DSEI com o objetivo de mapear o perfil, a escolaridade, a formação e os critérios de escolha dos AIS e AISAN. A partir dessa iniciativa, foram formalizados critérios como: ser indígena, residir na comunidade, possuir domínio da língua local, conhecer os costumes e os sistemas indígenas de cura, ter idade mínima de 18 anos, ensino fundamental completo ou em curso, formação específica para as funções de AIS ou AISAN e indicação da própria comunidade⁶. Posteriormente, o Projeto de Lei nº 3.514/2019, aliado aos acordos firmados com o Ministério Público do Trabalho (MPT), contribuiu para avançar na regulamentação definitiva dessas profissões. No contexto mais recente (2024–2026), foram estabelecidos critérios de seleção baseados na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) por meio da Agência Brasileira de Apoio à Gestão do Sistema Único de Saúde (AgSUS), assegurando direitos trabalhistas e maior estabilidade institucional a essas categorias profissionais⁶.

Quanto à profissão médica, desde 2013, programas do governo vêm buscando interiorizar a categoria, oferecendo prioridade aos territórios indígenas, com resultados controversos⁷. Em algumas regiões da Amazônia Legal os vazios médicos e assistenciais permanecem, como no Vale do Javari, Sul do Pará e Alto Solimões. Esse cenário, por si só, já justifica o empreendimento de investigação no intuito de levantar proposições para a qualificação da atenção à saúde indígena.

Obstáculos e desafios interprofissionais na área e no campo

São diversas as dificuldades encontradas, a partir da insuficiência crônica de profissionais habilitados, para que possamos visualizar a interprofissionalidade no cenário resumidamente apresentado. Estes obstáculos são conhecidos desde o Serviço de Proteção ao Índio (SPI) na década de 1910 até a criação do SasiSUS por meio da Lei Arouca 9836 em 1999, constituída inicialmente como dispositivo adicional à Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8080 de 1990^{8,9,10}, atualizado e integrante do seu capítulo V. Desde então as interações profissionais vêm sendo balizadas pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), datada de 2002, que, a despeito de toda amplitude que sua agenda acolhe, não é de simples operacionalização e adequação¹¹.

Além desses instrumentos normativos, aos quais devemos incluir as Normas Operacionais Básicas (NOB), a viabilidade operacional no SasiSUS pode

ser compreendida a partir, também, de um conjunto articulado de instrumentos organizacionais, de gestão e formativos. Eles estabelecem as bases para o trabalho em equipe no âmbito do SUS e orientam um modelo de atenção diferenciado, necessariamente multiprofissional e intercultural. No plano organizacional, os DSEI e os Planos Distritais de Saúde Indígena (PDSI), elaborados anualmente, estruturam a atuação das equipes no território, materializando a interprofissionalidade no cotidiano dos serviços^{8,10,11}. No âmbito da gestão, instrumentos de planejamento, monitoramento e sistemas de informação organizam os fluxos assistenciais e favorecem a integração entre profissionais e níveis de atenção. Por fim, no plano formativo, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) sustenta processos de qualificação em serviço, fortalecendo práticas colaborativas e interprofissionais no contexto da saúde indígena¹².

Nos é útil recordar que um dos principais desafios das equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (APS) vincula-se à necessidade de adequar as orientações sobre a organização do trabalho, uma vez que ainda persiste a dúvida sobre, afinal, qual ênfase se espera destas equipes e como estabelecer sua estrutura e *modus operandi*, sobretudo no sentido de explicar a constituição das comunicações, fluxos e pactuações do e no processo laboral.

Bispo Júnior e Almeida¹³ analisaram com profundidade tais argumentos, enfatizando que, “similarmente ao Núcleo de Apoio à Família (NASF), as novas equipes multiprofissionais [e-Multi] carecem de uma identidade quanto ao seu espaço institucional e às atribuições no âmbito da APS”. Diversos fatores comprometem a comunicação interprofissional. Vejamos alguns deles: i) escassa prática interprofissional colaborativa (PIC) desde as formações biomédicas, reconhecidas pelo seu forte apelo uniprofissional; ii) competências culturais não contempladas na grande maioria dos currículos; iii) alta rotatividade de profissionais, iv) falta de espaços dialógicos de intercâmbio de conhecimento e saberes e v) vazios assistenciais em determinadas áreas. Tais aspectos denotam a predisposição de barreiras ao desenvolvimento interprofissional, como a resistência do profissional biomédico em ajustar-se nas ações interseccionais dentro das equipes¹⁴.

As evidências impactam na incompletude e no esvaziamento dos encontros matriciais, em grande parte pela ausência de protocolos de aplicabilidade ou de operacionalização do ‘aprender’ e do ‘fazer’ saúde indígena de forma conjunta, muitas vezes levados a cabo de modo fragmentado, empobrecendo o diálogo e reduzindo os possíveis espaços dialógicos interativos, não bastassem os malgrado fatores relacionados à logística, gestão e planejamento, que, no

mais das vezes, encontram-se indisponíveis ou inacessíveis.

Tais achados e evidências justificam a condução de uma investigação mais pormenorizada, na busca por sinais que nos ajudem a esclarecer quais proposições poderiam ser levadas a cabo no sentido de mitigar a fragilidade das realidades encontradas, potencializando os desfechos e a resolutividade da rede de cuidados.

É preciso ponderar que as PIC não se resumem à sobreposição de profissionais de saúde. A integração efetiva depende de habilidades técnicas; educação continuada; competências específicas e de liderança; comunicação efetiva; humanização do cuidado e decisões compartilhadas¹⁵. As PIC não interdita as especificidades de cada profissão, entretanto possibilitam valorizar as demais áreas de formação e de conhecimento, fortalecendo a interdependência e a complementaridade entre as classes profissionais^{12,16}. No plano das estruturas e logística, as PIC requerem arranjos que favoreçam o trabalho em equipe, a comunicação entre profissionais e a atuação integrada em territórios de difícil acesso. Na saúde indígena, tal constatação envolve considerar a dimensão territorial, a presença dos agentes indígenas de saúde e a mediação intercultural como elementos centrais para a viabilidade e a vitalidade operacional.

Quanto à formação e educação em saúde, as PIC exigem o desenvolvimento de competências colaborativas e a superação da lógica estritamente disciplinar. Nesse campo, seu diálogo com a saúde indígena se dá pela incorporação da interculturalidade, reconhecendo diferentes sistemas de cuidado e ampliando a capacidade de atuação profissional e intersetorial. Por fim, na vigilância em saúde, as PIC se expressam na construção coletiva de informações, integrando saberes técnicos e locais. Isso fortalece práticas territorializadas, culturalmente sensíveis e adequadas, qualificando a identificação de necessidades, com desfechos mais resolutivos, impactando fortemente na melhoria dos indicadores de saúde.

Tais fundamentos revisados em nosso levantamento bibliográfico, referenciam teoricamente esse estudo, em particular os estudos que se fundamentam na teoria da gestão, planejamento e organização dos serviços preconizados pelo Ministério da Saúde, notadamente no Modelo de Vigilância em Saúde e na PNASPI.

Tendo todo esse arcabouço como premissa, nosso objetivo foi trazer proposições claras e exequíveis, que permitam avançar no entendimento do cenário interprofissional no âmbito das EMSI, uma vez que o provimento e a relação dos recursos humanos impactam sobremaneira na qualificação da atenção à saúde dos povos indígenas brasileiros, utilizando-se de metodologia descrita a seguir.

METODOLOGIA

O estudo configurou-se como um ensaio crítico-reflexivo, fundamentado em abordagem qualitativa de natureza aplicada e descritiva, tomando como base a experiência profissional dos autores no campo da saúde indígena. A elaboração do manuscrito orientou-se por um movimento de reflexão teórica construído a partir de vivências no cotidiano assistencial e formativo, analisadas à luz de referenciais da interprofissionalidade, da vigilância em saúde e da interculturalidade.

Foram reconhecidas situações recorrentes da

RESULTADOS

Propomos, como pressupostos, três pilares para o fortalecimento do Modelo de Vigilância em Saúde: a clínica ampliada; a educação permanente em saúde e a construção de espaços dialógicos e de cumplicidade. Veremos em detalhes os resultados que nos permitem constituir e operacionalizar esses eixos de fundamentação.

A clínica ampliada como fomento da interprofissionalidade

O surgimento do SUS no Brasil foi evento propulsor do debate em torno da subjetividade, considerada fruto da socialização de experiências; acontecimentos e trocas múltiplas, balizadora da elaboração do conceito coletivo do cuidado. Os modelos de serviços de saúde mais relevantes do país, como os DSEI, partiram das experiências práticas, saberes e teorias da vigilância em saúde^{17,18}. Os autores lembram que o modelo flexneriano-americano, com ênfase biomédica, impregnou o sistema brasileiro, consolidando uma conduta centrada na doença e no tratamento individual, em detrimento de uma abordagem integral. Embora ambos os modelos tenham sido relevantes, suas visões não coexistiram de forma harmoniosa, gerando distanciamentos na prática do cuidado.

Gastão Campos foi um dos pioneiros a defender o conceito de clínica do sujeito, baseado em uma atenção reformulada e ampliada, a partir de seu trabalho publicado sete anos após a criação do SUS¹⁹. Notou que havia na APS uma depreciação na produção do trabalho, dado ao preceito difundido pela visão curativista, de que só se salvava vida nos hospitais, onde frequentemente se concentram os perigos iminentes. Essa desvalorização surgiu da dificuldade dos profissionais em adotar abordagens predominantemente biomédicas na compreensão do sujeito, o que impedia subsumir fatores para além de suas manifestações objetivas e quantificá-

prática, bem como desafios e potencialidades, organizados em três eixos temáticos que possibilitaram uma análise crítica articulada entre experiência e fundamentação teórica. São eles: a clínica ampliada; a educação permanente em saúde e a construção de espaços dialógicos e de cumplicidade. A literatura foi utilizada como apoio para sustentar e aprofundar a interpretação dos fenômenos discutidos, sem a pretensão de exaustividade ou de seguir procedimentos característicos de estudos de revisão.

veis. Inspirada pelo autor, emergiu a proposta da clínica ampliada como estratégia no enfrentamento da segmentação da atenção à saúde do usuário. Ao fortalecer a interprofissionalidade no cuidado, que se apresenta dinâmico e complexo, abria-se no horizonte a viabilidade da atuação profissional de diferentes áreas do saber, o que possibilitaria uma perspectiva valorativa da dimensão do sujeito na prática clínica. Ampliava-se, assim, o modelo de atenção para além do diagnóstico e tratamento, incorporando as densidades históricas, socioculturais e ambientais do processo saúde-doença.

A clínica ampliada se contrapõe à propedêutica positivista, em particular no que se refere à redefinição de seu campo e núcleo de estudo. Importa-nos reconhecer que dentre os diversos, acalorados e polêmicos debates e embates, procurou-se um outro modelo teórico e operacional que fosse capaz de superar as “limitações e tendenciosidades do paradigma da história natural das doenças, positivista e escamoteador da determinação histórico-social do processo saúde-doença”²⁰. Segundo o Ministério da Saúde do Brasil^{21,22}, dentre os principais objetivos da clínica ampliada incluem-se a responsabilização do serviço de saúde pelos seus usuários e o envolvimento intersetorial e interprofissional no planejamento terapêutico, de forma a superar os impedimentos e obstáculos relacionados aos marcos epistemológicos e operacionais de cada campo de conhecimento profissional. Agregue-se a esse fato, o compromisso ético para que não se dissocie o sujeito do contexto em que está inserido, contribuindo para que ele não só reconheça os agravos que lhe acomete, mas desenvolva condições de enfrentá-los, ou encontre novos caminhos para o bem viver, conceito especialmente relevante na abrangência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), por exemplo^{21,22}.

A adoção do modelo da clínica ampliada trou-

xe vantagens significativas aos serviços de saúde, principalmente ao favorecer e fortalecer o trabalho em equipe. A título de ilustração, na rotina de um médico que atua em uma Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI), essa abordagem pode ser observada no atendimento a um paciente com *diabetes mellitus* que, além do controle glicêmico, apresenta dificuldades de adesão ao tratamento devido a fatores socioculturais. Ao operacionalizar o conceito de clínica ampliada o médico compartilha a situação com a equipe interprofissional, envolvendo colaborativamente enfermeiros, AIS, pajé(s), assistente social, nutricionistas e psicólogos, para citar alguns. Nesse processo, são construídas estratégias que buscam adaptar as orientações terapêuticas às práticas alimentares do paciente indígena e da comunidade, assim como planejar ações educativas que respeitem sua cosmologia e favoreçam a corresponsabilização pelo cuidado.

A discussão sobre a clínica ampliada no contexto do SasiSUS demanda, contudo, a explicitação do lugar das medicinas indígenas no cuidado em saúde. A publicação da Portaria GM/MS de 2 de abril de 2026²³ pelo Ministério da Saúde do Brasil, ao reconhecer as especialidades médicas indígenas, reforçou a legitimidade desses sistemas de conhecimento e sua inserção no subsistema. Tal reconhecimento institucional contribuiu para ampliar as possibilidades de diálogo entre diferentes racionalidades médicas, favorecendo a construção de práticas assertivas e coerentes com o modelo de atenção diferenciada.

Nesse sentido, a incorporação da clínica ampliada passou a implicar não apenas a articulação entre diferentes categorias profissionais da biomedicina, mas também o reconhecimento e a inclusão dos especialistas indígenas como parte constitutiva do cuidado. A atuação de especialistas de medicinas indígenas tais como pajés, parteiras e raizeiros passou a ser compreendida como elemento fundamental na condução dos itinerários terapêuticos, exigindo dos profissionais de saúde uma escuta qualificada e respeitosa às dimensões culturais, simbólicas e coletivas não apenas do adoecimento, mas sobretudo do autocuidado, da prevenção, da promoção em saúde e do bem viver.

Dessa forma, os princípios que sustentam a clínica ampliada como a corresponsabilização, o planejamento terapêutico compartilhado e a abertura ao diálogo entre diferentes campos do conhecimento constituem estratégias potentes para a superação de modelos clínicos centrados na doença e na fragmentação do cuidado, sempre com a intenção explícita de envolver os profissionais nos processos educativos sistemáticos e continuados, como veremos a seguir.

O papel dos processos educativos permanentes no trabalho interprofissional na saúde indígena

A formação e a prática interprofissional significam melhoria da qualidade assistencial por meio do exercício de competências individuais e coletivas pelos membros das equipes de saúde. Habilidades de colaboração, comunicação e relacionamento possibilitam uma abordagem integral^{12,16}, notadamente pela existência de diferentes perspectivas e cosmovisões em saúde. As práticas colaborativas requerem, entre os profissionais de saúde, ações convergentes no cuidado centrado no paciente, afetados uns pelos outros, resultando em uma ampliação dos métodos de ver e de interpretar os fenômenos. Isso explica o poder e o papel dos processos educativos no compartilhamento de saberes e na modificação das práticas, quer seja no núcleo específico de atuação de cada profissão, quer na construção de um campo comum de intervenção, onde as ações são pactuadas entre os profissionais indistintamente.

O processo educativo permanente e contínuo em saúde indígena desempenha papel fundamental no trabalho interprofissional, promovendo a aprendizagem significativa e o desenvolvimento de competências para a atuação em contextos interculturais. Visa aperfeiçoar as práticas diárias, integrar diferentes serviços de saúde e fortalecer o compartilhamento de informações, conhecimentos e saberes entre os profissionais. Igualmente incentiva o respeito e o reconhecimento da diversidade, incluindo as práticas de cuidado indígenas.

Em termos práticos, em virtude dos contextos territoriais, valorizamos a potência das modalidades de educação à distância, como cursos curtos (MOOC), módulos de atualização e aperfeiçoamento em temas específicos e formatos mais complexos como os cursos de especialização *latu sensu*. O apoio digital oferecido por profissionais mais experientes, a partir de centros médicos onde há maior aparato tecnológico, vem viabilizando as práticas de *telessaúde*²⁴ e a oferta à distância de algumas especialidades, bem como o suporte aos profissionais indígenas por meio de ferramentas de manuseio mais simples e populares, como os aplicativos de mensagens. Todo esse processo pode facilitar e oportunizar, senão depender de espaços de discussão acolhedores, conforme veremos no tópico seguinte.

A co-construção de espaços de cumplicidade como práxis interprofissional

As proposições anteriores convergem à valorização e a intensificação da clínica ampliada e dos processos educativos, pensadas na sua abrangência interdisciplinar e transdisciplinar, e nos levam

a reconsiderar a necessidade de uma sistemática e contínua atualização e reconstrução de conhecimentos e saberes. Podemos entender este movimento como uma co-construção de novas aptidões, o que significa a desconstrução de paradigmas anteriormente adquiridos e a incorporação de novos e mais adequados níveis de apreensão das realidades.

Experiências revelam que, para muitas profissões, a integração do trabalho em equipe na APS precisa favorecer novas relações, transformar os profissionais para que estes possam extrapolar o trabalho em equipe multiprofissional, lado a lado, e que de fato atuem em uma perspectiva de interprofissionalidade, com trocas e trabalho colaborativo¹⁴. Neste sentido, cada profissional contribui com seu núcleo específico de saber, compartilhando decisões, informações e responsabilidades sobre o plano de cuidado, tais como o acompanhamento clínico, as orientações de autocuidado e as ações de promoção da saúde. Esse processo envolve comunicação, reconhecimento das competências de cada profissão e construção coletiva das intervenções, integração de saberes e corresponsabilização pelo cuidado em saúde^{25,26}, fortalecendo os espaços dialógicos na práxis interprofissional.

A práxis aqui apontada, pode ser inicialmente pensada como um marco conceitual-operacional pela introdução de estratégias pedagógicas interculturais, ao construir coletivamente espaços de cumplicidade, onde não basta apenas compartilhar saberes, contudo combiná-los entre si. Esse processo busca o fortalecimento do diálogo ampliado com os detentores dos conhecimentos e ciências indígenas, como pajés, raizeiros, parteiras e todo conjunto dos praticantes das medicinas indígenas²⁷.

Podemos redefinir determinados espaços promovendo continuamente a mediação em um território comum de cumplicidade imbricado ao território da saúde indígena e ancorado na concepção da determinação sociocultural da saúde e da empatia. Trazemos ao debate a co-construção do processo de aprendizagem centrado no tripé 'ser', 'saber' e 'fazer' na saúde indígena, a partir de encontros matriciais envolvendo o ensino, a supervisão e o trabalho, revisitando a ação comunicativa inclusiva, em ações educativas baseadas na igualdade, equivalência, equanimidade e no respeito à diversidade. O reconhecimento da complexidade do

referido trinômio em um espaço de cumplicidade, deve recrutar a combinação de competências, no intuito de compreender e respeitar os envolvidos dentro de condições e redefinições identitárias²⁸, opondo-se à reificação²⁹ do sujeito trabalhador.

Algumas situações podem oportunizar excelentes momentos para cocriação destes espaços, auxiliando na aproximação, na conectividade e na coesão dos profissionais, tais como rodas de conversa e de saberes; observação participante; escuta qualificada e empática; uso de metodologias ativas; momentos de convivência de aprendizagem com a comunidade; encontros matriciais; oficinas temáticas; imersões colaborativas de partilha; grupos de estudos inter e multidisciplinares; vivências interculturais; narrativas orais e histórias de vida; laboratórios vivos e experiências de campo; cartografia social e 'mapas falantes' além de cursos de qualificação, especialização e capacitação. Complementamos esse elenco apontando para o papel de relevo que desempenham as tecnologias leves, que se referem ao saber-fazer, à escuta qualificada, ao acolhimento e à comunicação adequada, visando o atendimento às necessidades de saúde, à reflexão sobre as tomadas de decisões e suas consequências sobre o sujeito, família, coletividade e território. As tecnologias leves compõem o trabalho vivo em saúde³⁰. Tratam-se de procedimentos muito utilizados no cotidiano e que costumam envolver algumas das seguintes ações: visitas nas roças; visitas domiciliares; visitas nas escolas para conversas de educação e promoção da saúde; momentos de conversas com a comunidade para educação e promoção da saúde, assim como levantamento/diagnóstico de problemas enfrentados e demandas da comunidade³¹. Torna-se recomendado lembrar da premissa de estabelecer abordagem ascendente, dando voz ao ativismo e engajamento dos participantes ao se tornarem protagonistas implicados no planejamento das ações e nas estratégias coletivas de solução de problemas.

Competência técnica, compromisso, ética, valorização da interculturalidade, da diversidade e do senso colaborativo tornam-se mantras a favor da construção de espaços de cumplicidades e de trabalho solidário, já que se apresentam como um modo de exercitar a interprofissionalidade com práticas colaborativas na equipe ou no trabalho em rede com usuários e comunidade³².

DISCUSSÃO

Ao longo desse nosso trajeto de pesquisa, estendemos o mais que pudemos as fronteiras epistêmicas, sempre no sentido de apreciar e propiciar novos modos de pensar as inter-relações profissionais

como fundamento para a linha do cuidado dentro das EMSI. O posicionamento engajado do contexto e do território, coloca a clínica ampliada como uma ferramenta emergente extremamente valiosa.

Muito já se avançou dentro do âmbito do SUS nesse quesito, porém há a necessidade inadiável de revermos o estado atual das práticas, reforçando, reoxigenando e fortalecendo os padrões preconizados e consolidados no Modelo de Vigilância em Saúde, incluindo a saúde indígena.

É preciso levar em consideração que o posicionamento clínico ampliado proporciona, tanto para os profissionais quanto para os sujeitos usuários, amparo e acolhimento diante da complexidade do processo saúde-doença, estimulando e potencializando o comprometimento dos serviços e da gestão na promoção de mudanças estruturais e conjunturais que viabilizem sua valorização, consolidação e promoção, contribuindo na melhoria da qualidade assistencial e na ampliação da APS no Brasil. A tendência em dedicar-se ao fortalecimento do trabalho interprofissional e viabilizar a integração de diferentes áreas do conhecimento possibilitará reformular o modo de condutas terapêuticas, propiciando mais adequados desfechos e maior resolutividade.

Vimos, igualmente, que os processos educativos

contribuem na qualificação dos profissionais, tornando-os mais aptos a trabalhar em espaços socio-culturais diversos e implementar ações de saúde que respeitem os direitos e as especificidades das populações indígenas atendidas.

Por fim, mas não menos fundamental, reforçamos a necessidade de promover a interação dos profissionais com essas comunidades, envolvendo-as na discussão político-pedagógica para a implementação de projetos de ensino em saúde, criando espaços de diálogo e de co-construção de cumplicidade. Traduzidos em valores e princípios, esses atributos podem ser qualificados na medida da práxis da educação permanente. Dito em outras palavras, está exatamente no ato de exercitar tais competências que estas evoluem na continuidade dos encontros. Tais protocolos tendem a valorizar ainda mais as atitudes altruístas, pela abertura à diversidade de ideias, fazendo da inclusão, do vínculo, do acolhimento, do uso da comunicação não-verbal receptiva, da escuta qualificada e da empatia, a cocriação de uma atmosfera receptiva, generosa e mutuamente respeitosa.

CONCLUSÃO

Concluimos que o trabalho das EMSI e a prática colaborativa na APS precisam ser abordados de forma contingencial, segundo características de cada território adstrito. Assinalamos que a colaboração envolve profissionais que desejam trabalhar juntos para prover melhor atenção à saúde e que pode se dar na participação na equipe e na cooperação em rede intersetorial envolvendo a comunidade. Talvez seja este o momento de reconstruir e ressignificar muito de nossas práxis.

Existem diversas estratégias concretas e possíveis indicadores de acompanhamento para aprimoramento e continuidade das PIC nos territórios. Exemplifica-se a construção de protocolos e fluxos de comunicação em equipe acerca dos casos sob cuidado, aprofundamentos com reuniões de equipe e construção conjunta de Planos Terapêuticos Singulares (PTS). Igualmente, são exemplos adicionais de aplicação o incentivo a ações tais quais os registros de consultas compartilhadas, o desenvolvimento de processos educativos que dialoguem com demandas locais e o uso de tecnologia para manter o trabalho em equipe, especialmente nos cenários de trabalho remoto. Essas atividades e estratégias podem ser mensuradas, como por exemplo, avaliando-se a proporção de ações interprofissionais em comparação com a atenção uniprofissional, ou o quantitativo de teleconsultorias ou tele interconsultas recebidas nos territórios.

Mudanças curriculares e estratégias metodológicas de ensino mais ativas terão impacto positivo na educação interprofissional. Elas vêm sendo reconhecidas na readequação do modelo de formação e prática profissionais, tendo em sua origem o desenvolvimento de competências colaborativas para o trabalho em equipe, potencializando a resolutividade do cuidado. As proposições necessitam ser pautadas pelo Modelo de Vigilância em Saúde, para que efetivamente se tornem potentes desde o ponto de vista da construção coletiva do conhecimento, configurando-se como um espaço dialógico propício às reflexões críticas e ao aprimoramento das práticas interprofissionais em saúde, além de servir como um atualizado radar e observatório epistemológico de nossa práxis cotidiana.

Vimos como a vigilância em saúde implica em processos educativos que podem favorecer o alinhamento e conformação necessários à constituição e à permanência do modelo da clínica ampliada, conjuntamente com a emergência dos espaços de cumplicidade necessários e desejados em contextos interculturais.

As propostas sugeridas apontam para o conviver interativo, cidadão e inclusivo enquanto potenciais para o desenvolvimento de competências sinérgicas, balizadas pela ética, pelo cuidado humanizado e por uma comunicação constante entre os membros das equipes. Dessa forma é possível



ampliar o nível de respeito intra e interprofissionais, favorecendo a complementaridade, a qualidade e a segurança das redes de atenção à saúde, dependentes da práxis em cumplicidade, contínua e sistemática; e do tempo e amadurecimento de

cada profissional em seu trajeto formativo, alinhados ao reconhecimento do território em que atua. Ética, valores e o papel profissional devem desenvolver-se conjuntamente com a comunicação e o trabalho colaborativo.

Declaração do autor CRediT

Conceitualização: Santos, MTF; Oliveira, PR. Metodologia: Santos, MTF; Oliveira, LSS; Nunes, SAC; Oliveira, PR; Maltez, TF; Ribeiro, AERA; Costa, KCM. Validação: Santos, MTF; Oliveira, LSS; Nunes, SAC; Oliveira, PR; Maltez, TF; Ribeiro, AERA; Costa, KCM. Análise estatística: Santos, MTF; Oliveira, LSS; Nunes, SAC; Oliveira, PR; Maltez, TF; Ribeiro, AERA; Costa, KCM. Análise formal: Santos, MTF; Oliveira, LSS; Nunes, SAC; Oliveira, PR; Maltez, TF; Ribeiro, AERA; Costa, KCM. Investigação: Santos, MTF; Oliveira, LSS; Nunes, SAC; Oliveira, PR; Maltez, TF; Ribeiro, AERA; Costa, KCM. Recursos: Santos, MTF; Oliveira, LSS; Nunes, SAC; Oliveira, PR; Maltez, TF; Ribeiro, AERA; Costa, KCM. Redação – rascunho original: Santos, MTF. Redação – revisão e edição: Santos, MTF; Oliveira, LSS; Nunes, SAC; Oliveira, PR; Maltez, TF; Ribeiro, AERA; Costa, KCM. Visualização: Santos, MTF; Oliveira, LSS. Supervisão: Oliveira, LSS. Administração do projeto: Santos, MTF; Oliveira, PR.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Declaração de conflito de interesse

Os autores declaram que não têm interesses financeiros concorrentes ou relações pessoais conhecidas que possam ter influenciado o trabalho relatado neste artigo.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [acesso em 16 abr 2026]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai>
2. Oliveira L. Caminhos equitativos e na diferença para a saúde indígena. In: Barbosa DA, organizador. Boas práticas e desafios na atenção à saúde com grupos vivendo em situação de vulnerabilidade. Brasília, DF: ABEn; 2023. p. 1–4. doi:10.51234/aben.23.e21. Disponível em: <https://publicacoes.abennacional.org.br/ebooks/boas-praticas-e-desafios-na-atencao-a-saude-com-grupos-vivendo-em-situacao-de-vulnerabilidade>. Acesso em: 20 mai. 2025.
3. Brasil. Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH). Resolução nº 44, de 10 de dezembro de 2020: dispõe sobre princípios, diretrizes e recomendações para a garantia dos direitos humanos dos povos indígenas isolados e de recente contato [Internet]. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2020 dez 11 [acesso em 1 out 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/participamaisbrasil/resolucao-n-44-de-10-de-dezembro-de-2020-2>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 1.317, de 3 de agosto de 2017: adequar o registro das informações relativas a estabelecimentos que realizam ações de atenção à saúde para populações indígenas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) [Internet]. Diário Oficial da União. 8 ago 2017; Seção 1:49 [acesso em 1 out 2025]. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/servlet/INPDFViewer?jornal=1&pagina=49&data=08/08/2017>.
5. Torres, R. O SUS nas aldeias. Revista Poli - saúde, educação e trabalho nº 10, de março/abril de 2010. p.22-23. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/publicacoes/revista-poli>. Acesso em 16/04/2026.
6. BRASIL. MINISTÉRIO DOS POVOS INDÍGENAS. Regulamentação das profissões de Agente Indígena de Saúde e Agente Indígena de Saneamento é aprovada pela Comissão de Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/povosindigenas/pt-br/assuntos/noticias/2024/10/regulamentacao-das-profissoes-de-agente-indigena-de-saude-e-agente-indigena-de-saneamento-e-aprovada-pela-comissao-de-saude>. Acesso em 16/04/26.
7. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013: institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nos 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e 12.871, de 22 de outubro de 2013, e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2013 out 23 [acesso em 1 out 2025]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm.
8. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde [...]. Diário Oficial da União. Brasília, DF; 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 19 mai. 2025.
9. Brasil. Decreto nº 8.072, de 20 de junho de 1910. Cria o Serviço de Proteção aos Índios [...]. Brasília, DF; 1910. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-8072-20-junho-1910-504520-republicacao-109749-pe.html>. Acesso em: 11 mai. 2025.
10. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena. Brasília, DF: Funasa; 2009. Disponível em: https://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/livro-lei-arouca-10anos.pdf. Acesso em: 19 mai. 2025.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002: aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas [Internet]. Brasília, DF; 2002 [acesso em 1 out 2025]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0254_31_01_2002.html.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União. 16 fev 2004.
13. Bispo Júnior JP, Almeida ER. Equipes multiprofissionais (e-Multi): potencialidades e desafios para a ampliação da atenção primária à saúde no Brasil. Cad Saúde Pública. 2023;39(10):e00120123. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Vc9wbn9xLkqTKRScJwBym5d>. Acesso em: 20 mai. 2025.
14. Mestriner Junior W, Ribeiro AER, Mestriner SF, Fumagalli IHT, Lago LPM. Formação interprofissional na saúde indígena: a experiência do projeto “Huka Katu” – a FORP-USP no Xingu. Rev ABENO. 2021;21(1):1670. doi:10.30979/revabeno.v21i1.1670. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/1670>. Acesso em: 20 mai. 2025.
15. Lima AWS, Alves FAP, Linhares FMP, et al. Perception and manifestation of collaborative competencies among undergraduate health students. Rev Lat Am Enfermagem. 2020;28:e3240. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/tmdjYfY5DLsgnBg3WJm3GGM/abstract/?lang=en>. Acesso em: 20 mai. 2025.
16. Batista REA, Peduzzi M. Interprofessional practice in the emergency service: specific and shared assignments of nurses. Rev Bras Enferm. 2019 Jan;72:213–20. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/M9B97N5JWfVYjHK3QkrKHgM/?lang=en>. Acesso em: 20 mai. 2025.
17. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). Diário Oficial da União. Brasília, DF; 12 jul 2018; Seção 1:87.
18. Merhy EE, Franco TB. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: Merhy EE, Franco TB. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec; 2013. Disponível em: <https://www.professores.uff.br/tuliofranco/wp-content/uploads/sites/151/2017/10/reconhecimento-producao-subjetiva-cuidado.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2025.
19. Campos GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2002. Disponível

-
- em: <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/CLINICAampliada.pdf>. Acesso em: 11 mai. 2025.
20. Castiel LD. Inefetividade e ineficiência: reflexões sobre a epidemiologia e os serviços de saúde de um estado de mal-estar social. *Cad Saúde Pública*. 1990 Jan-Mar;6(1):27-39. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/9fkxytN6XBkcRyqyS4bw6DB/>. Acesso em: 11 mai. 2025.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf. Acesso em: 19 mai. 2025.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: clínica ampliada e compartilhada. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf. Acesso em: 19 mai. 2025.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 10.676, de 2 de abril de 2026. Dispõe sobre o reconhecimento do valor das medicinas indígenas no âmbito da PNASPI e do SasiSUS [Internet]. *Diário Oficial da União*. 6 abr 2026 [acesso em 16 abr 2026]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2026/abril/atuacao-de-especialistas-de-medicinas-indigenas-e-reconhecida-pelo-ms>
24. Organização Mundial da Saúde (OMS). (2010). *Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth (Global Observatory for eHealth series, 2)*.
25. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saude Publica*. 2001;35(1):103-9. doi:10.1590/S0034-89102001000100016.
26. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(4):977-83. doi:10.1590/S0080-623420130000400029.
27. Barreto JPL. O mundo em mim: uma filosofia do corpo e do cuidado no Alto Rio Negro. Brasília: Mil Folhas; 2022. 260 p.
28. Oliveira L. O agente indígena de saúde do Parque Indígena do Xingu: perspectivas de formação e trabalho. In: Junqueira C, Baruzzi R, organizadores. *Parque indígena do Xingu: saúde, cultura e história*. São Paulo: Terra Virgem; 2005. p. 247-57.
29. Lukács G. Reificação e consciência do proletariado. In: Lukács G. *História e consciência de classe: estudos sobre a dialética marxista*. São Paulo: Martins Fontes; 2003.
30. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: *Sistema Único de saúde em Belo Horizonte - Reescrevendo o público*. Editora Xamã: São Paulo; 1998. p: 1-13.
31. Rodrigues, D. Vigilância em Saúde Indígena. Caminhos para a organização e qualificação do processo de trabalho em Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Curso de Especialização em Saúde Indígena. Unifesp-Unasus Edição 7. Mimeo. p. 6. 2026
32. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab Educ Saúde*. 2020;18(Suppl 1). doi:10.1590/1981-7746-sol00246. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/RLtz36Ng9sNLHknn6hLBQvr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 mai. 2025.
-

Como citar este artigo: Santos, M.T.F., Oliveira, P.R., Nunes, S.A.C., Maltez, T.F., Ribeiro, A.E.R.A., Costa, K.C.M., Oliveira, L.S.S. (2026). Interprofissionalidade em área indígena: aprimorar e fortalecer o papel da vigilância em saúde. *O Mundo Da Saúde*, 50. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.202650e18802025P>. *Mundo Saúde*. 2026,50:e18802025.

