

**A ATUAÇÃO DA
ENFERMAGEM NAS
POLÍTICAS PÚBLICAS DE
SAÚDE VOLTADAS À
MULHER INDÍGENA DO
POVO TREMEMBÉ NO
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ
DE RIBAMAR – MA**

**NURSING PRACTICE IN PUBLIC HEALTH POLICIES AIMED AT INDIGENOUS
WOMEN OF THE TREMEMBÉ PEOPLE IN SÃO JOSÉ DE RIBAMAR,
MARANHÃO, BRAZIL**

Ciências da Saúde • 24/05/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/779491355](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/779491355)

Ane Caroline Ribeiro Martins¹

Arthur Furtado Bogéa²

RESUMO

A saúde das mulheres indígenas no Brasil permanece marcada por desigualdades históricas, barreiras institucionais e limitações na efetivação de políticas públicas culturalmente adequadas às especificidades dos povos originários. Este estudo objetivou analisar a atuação da enfermagem nas políticas públicas de saúde voltadas às mulheres indígenas do povo Tremembé, no município de São José de Ribamar – MA, com enfoque nos desafios da assistência intercultural e na efetivação do cuidado territorializado. Trata-se de pesquisa de campo, de abordagem qualitativa, caráter descritivo e exploratório, realizada nas Unidades Básicas de Saúde da Mata e Vila Sarney II e na Aldeia Engenho, território Tremembé. Participaram profissionais da atenção básica, incluindo gestores, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agente comunitária de saúde e liderança indígena. Os dados foram produzidos por meio de entrevistas semiestruturadas e analisados segundo a técnica de análise de conteúdo de Bardin. Os resultados evidenciaram fragilidades na implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, especialmente relacionadas à ausência de formação intercultural dos profissionais, às dificuldades de acesso aos serviços de saúde, à fragilidade da territorialização da assistência e à invisibilização institucional do território Tremembé. Observou-se maior familiaridade dos profissionais com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher em comparação às políticas específicas de saúde indígena. Conclui-se que a efetivação das políticas públicas voltadas às mulheres indígenas demanda práticas assistenciais territorializadas, interculturais e culturalmente sensíveis.

Palavras-chave: Saúde indígena; Mulheres indígenas; Enfermagem; Políticas públicas; Povo Tremembé.

ABSTRACT

The health of Indigenous women in Brazil remains marked by historical inequalities, institutional barriers, and limitations in the implementation of public policies that are culturally appropriate to the specificities of Indigenous peoples. This study aimed to analyze the role of nursing in public health policies directed toward Indigenous women of the Tremembé people in the municipality of São José de Ribamar, Maranhão, Brazil, focusing on the challenges of intercultural care and the implementation of territorialized healthcare. This is a field study with a qualitative, descriptive, and exploratory approach, conducted at the Mata and Vila Sarney II Primary Health Care Units and in Engenho Village, Tremembé territory. Participants included primary health care professionals, such as managers, nurses, nursing technicians, a community health worker, and an Indigenous leader. Data were produced through semi-structured interviews and analyzed using Bardin's content analysis technique. The results revealed weaknesses in the implementation of the National Policy for the Health Care of Indigenous Peoples, especially related to the lack of intercultural training for professionals, difficulties in accessing health services, weaknesses in the territorialization of care, and the institutional invisibility of the Tremembé territory. Greater familiarity among professionals with the guidelines of the National Policy for Comprehensive Women's Health Care was observed when compared to specific Indigenous health policies. It is concluded that the effective implementation of public policies aimed at Indigenous women requires territorialized, intercultural, and culturally sensitive healthcare practices.

Keywords: Indigenous health; Indigenous women; Nursing; Public policies; Tremembé people.

1. INTRODUÇÃO

A saúde indígena no Brasil constitui importante campo de debate no âmbito das políticas públicas, especialmente diante das desigualdades históricas que afetam os povos originários e limitam o acesso integral aos serviços de saúde. Embora a Constituição Federal de 1988 tenha assegurado o direito universal à saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), persistem desafios relacionados à efetivação de uma assistência que considere as especificidades socioculturais, territoriais e epidemiológicas das populações indígenas. Nesse contexto, o acesso à saúde ultrapassa a simples oferta de serviços assistenciais, envolvendo também o reconhecimento territorial, a valorização dos saberes tradicionais e o enfrentamento das desigualdades historicamente produzidas pelos processos de exclusão e invisibilização institucional.

A criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, regulamentado pela Lei nº 9.836/1999, e a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) representaram avanços na organização da assistência voltada às comunidades indígenas, ao propor um modelo de atenção diferenciada fundamentado no reconhecimento das diversidades étnicas e culturais (Brasil, 2002). Entretanto, existem limitações relacionadas à infraestrutura dos serviços, à escassez de profissionais qualificados e à reduzida incorporação de práticas interculturais no cuidado em saúde (Pontes; Garnelo, 2012).

Entre os grupos mais vulnerabilizados nesse cenário destacam-se as mulheres indígenas, que enfrentam dificuldades relacionadas ao acesso aos serviços de saúde, às barreiras territoriais e aos conflitos entre os modelos tradicionais de cuidado e a assistência biomédica

convencional. Embora a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), instituída em 2004, tenha ampliado o debate sobre a integralidade da assistência à saúde feminina, sua efetivação no contexto indígena ainda permanece marcada por fragilidades institucionais e limitações na construção de práticas culturalmente adequadas.

Além das vulnerabilidades no acesso à saúde, as mulheres indígenas desempenham papel central na organização social, política e cultural de suas comunidades, atuando na preservação dos saberes tradicionais, na defesa territorial e nos processos de mobilização coletiva. Nesse cenário, a enfermagem assume função estratégica na atenção básica e nas ações desenvolvidas junto às comunidades indígenas, especialmente por meio das atividades de promoção da saúde, prevenção de agravos, acompanhamento contínuo e construção de vínculo com os territórios. Contudo, a formação profissional frequentemente permanece vinculada ao modelo biomédico tradicional, dificultando a consolidação de práticas assistenciais pautadas na interculturalidade e no reconhecimento das especificidades culturais dos povos indígenas (Castro, *et al.*, 2025).

A realidade do povo Tremembé, localizado no município de São José de Ribamar, Maranhão, evidencia parte dessas problemáticas, especialmente no que se refere às dificuldades de acesso aos serviços públicos, à invisibilização institucional e à fragilidade na implementação de políticas públicas direcionadas às populações indígenas. Diante desse contexto, emerge a necessidade de compreender como os profissionais de enfermagem atuam na implementação das políticas públicas de saúde voltadas às

mulheres indígenas, considerando os desafios institucionais, interculturais e territoriais presentes nesses espaços.

Assim, o presente estudo busca responder à seguinte questão norteadora: como ocorre a atuação da enfermagem nas políticas públicas de saúde voltadas às mulheres indígenas do povo Tremembé, no município de São José de Ribamar – MA? Parte-se da hipótese de que a atuação da enfermagem enfrenta limitações relacionadas à formação profissional, às barreiras institucionais e às dificuldades de implementação de práticas interculturais, comprometendo a efetivação de um cuidado integral e culturalmente adequado. Dessa forma, o estudo tem como objetivo analisar a atuação da enfermagem nas políticas públicas de saúde voltadas às mulheres indígenas do povo Tremembé, buscando compreender os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde, as percepções da comunidade indígena e as possibilidades de fortalecimento de práticas assistenciais mais inclusivas, humanizadas e culturalmente sensíveis.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Saúde Indígena e Direitos Constitucionais no Brasil

A Constituição Federal de 1988 representou marco fundamental na consolidação dos direitos sociais no Brasil, especialmente no reconhecimento dos direitos dos povos indígenas e na garantia do acesso universal à saúde. A partir da promulgação da Constituição, a saúde passou a ser reconhecida como direito de todos e dever do Estado, devendo ser assegurada mediante políticas sociais e econômicas voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde da população (Brasil, 1988).

No contexto indígena, a Constituição rompeu parcialmente com perspectivas assimilacionistas, historicamente presentes nas políticas estatais brasileiras, ao reconhecer a diversidade étnica e cultural dos povos originários. O texto constitucional assegurou o direito à manutenção das organizações sociais, línguas, crenças, tradições e formas próprias de organização coletiva, além do reconhecimento dos direitos originários sobre as terras tradicionalmente ocupadas (Brasil, 1988).

A relação entre território e saúde constitui elemento central para compreensão das condições de vida das populações indígenas, considerando que o território representa espaço de reprodução cultural, organização social, ancestralidade e manutenção dos sistemas tradicionais de cuidado. Estudos apontam que processos de desterritorialização, conflitos fundiários e exclusão social impactam diretamente os indicadores de saúde indígena, ampliando situações de vulnerabilidade social, insegurança alimentar e dificuldades de acesso aos serviços públicos (Coimbra Jr.; Santos, 2000).

A Constituição Federal também estabeleceu as bases para criação do Sistema Único de Saúde (SUS), estruturado a partir dos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Esses princípios assumem relevância no contexto da saúde indígena, especialmente diante da necessidade de implementação de políticas públicas capazes de reconhecer as desigualdades históricas enfrentadas pelos povos originários e promover estratégias de atenção diferenciada voltadas às especificidades socioculturais dessas populações.

Entretanto, apesar dos avanços normativos proporcionados pela Constituição de 1988, persistem desafios relacionados à efetivação do direito à saúde indígena, incluindo dificuldades estruturais dos serviços, insuficiência de recursos humanos, barreiras territoriais e limitada incorporação de práticas interculturais no cuidado em saúde. Dessa forma, a garantia formal de direitos ainda não assegura plenamente o acesso equitativo e integral à saúde para as populações indígenas brasileiras.

2.2. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI)

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), instituída pela Portaria nº 254 do Ministério da Saúde, em 2002, constitui importante marco na organização da assistência à saúde indígena no Brasil. A política foi elaborada com o objetivo de garantir aos povos indígenas acesso integral à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando suas especificidades étnicas, culturais, territoriais e epidemiológicas (Brasil, 2002).

A criação da PNASPI decorreu das reivindicações dos movimentos indígenas e das discussões sobre as desigualdades históricas no acesso aos serviços de saúde enfrentadas pelos povos originários. Antes da consolidação da política, a assistência à saúde indígena era marcada pela fragmentação institucional, precariedade estrutural e ausência de estratégias que reconhecessem as particularidades socioculturais dessas populações (Bezerra, *et al.* 2021).

A política estabelece que a atenção à saúde indígena deve ocorrer por meio do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, organizado a partir dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs),

responsáveis pela coordenação das ações de saúde nos territórios indígenas. Nesse contexto, destacam-se as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), compostas por profissionais de diferentes áreas da saúde, incluindo enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, dentistas e agentes indígenas de saúde (Bezerra, *et al.* 2021).

A PNASPI propõe um modelo de atenção diferenciada fundamentado na interculturalidade e no reconhecimento dos saberes tradicionais indígenas relacionados ao cuidado em saúde. Essa perspectiva busca promover o diálogo entre os conhecimentos biomédicos e os sistemas tradicionais de cuidado presentes nas comunidades indígenas, reconhecendo a importância das práticas culturais na organização do processo saúde-doença (Santos, 2025).

Apesar dos avanços proporcionados pela política, segundo Pontes e Garnelo (2012), existem limitações relacionadas à infraestrutura dos serviços, à escassez de profissionais qualificados, à descontinuidade administrativa e à reduzida incorporação de práticas interculturais no cotidiano da assistência. Dessa forma, a efetivação das diretrizes da PNASPI ainda enfrenta desafios relacionados às desigualdades estruturais e às dificuldades de implementação de uma assistência verdadeiramente diferenciada nos territórios indígenas.

2.3. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) E Saúde da Mulher Indígena

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), instituída em 2004 pelo Ministério da Saúde, representou importante avanço nas políticas públicas de saúde ao propor uma abordagem ampliada da saúde feminina, fundamentada nos

princípios da integralidade, equidade e universalidade do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2004). A política buscou superar modelos historicamente centrados apenas no ciclo gravídico-puerperal, incorporando discussões relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos, às desigualdades sociais e às diferentes condições de vulnerabilidade vivenciadas pelas mulheres brasileiras.

No contexto indígena, conforme apresenta Ferreira (2013), a saúde da mulher apresenta especificidades relacionadas às condições territoriais, às desigualdades sociais, às barreiras de acesso aos serviços públicos e aos conflitos entre os saberes tradicionais e o modelo biomédico predominante nos serviços de saúde. Além disso, fatores como isolamento geográfico, insuficiência de assistência contínua e ausência de profissionais preparados para atuação intercultural ampliam as vulnerabilidades enfrentadas pelas mulheres indígenas.

Portanto, a assistência à saúde da mulher indígena demanda estratégias baseadas no acolhimento, no fortalecimento de vínculos comunitários e no reconhecimento das especificidades culturais presentes nos territórios indígenas (Ferreira, 2013). Nesse sentido, a atuação da enfermagem assume papel estratégico na atenção básica, especialmente nas ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, acompanhamento pré-natal e educação em saúde.

Entretanto, investigações recentes indicam que a formação profissional em saúde permanece predominantemente ancorada no modelo biomédico tradicional, o que consolida uma "colonialidade epistêmica" que negligencia as cosmologias indígenas e os saberes ancestrais. Essa limitação curricular dificulta a construção de práticas assistenciais pautadas na segurança cultural e na

intermedicalidade, resultando em barreiras de comunicação e no desrespeito às singularidades de gênero e parentesco (De Marco (2006).

Dessa forma, embora a PNAISM e a PNASPI representem marcos normativos fundamentais para a cidadania, sua efetivação plena junto às mulheres indígenas ainda demanda o reconhecimento da "pessoa aparentada" e o fortalecimento de práticas territorializadas que transcendam a abordagem médico-curativa em favor de um modelo biopsicossocial e intercultural.

2.4. Territorialidade, Invisibilização Institucional e Protagonismo Feminino Indígena

A discussão sobre saúde indígena no Brasil não pode ser dissociada das questões relacionadas ao território, à identidade étnica e às formas históricas de exclusão social vivenciadas pelos povos originários. O território ultrapassa a dimensão física e geográfica da propriedade ocidental, constituindo o alicerce indispensável para a preservação cultural, organização social, espiritualidade e manutenção dos saberes ancestrais. Nesse sentido, a terra é um direito originário e inalienável, cuja proteção é condição essencial para a sobrevivência física e simbólica dessas populações. Contudo, a omissão estatal na efetivação do direito à terra e a morosidade nos processos de demarcação configuram formas de violência estrutural que comprometem a continuidade das tradições e a autonomia desses povos (Melo; Andrade, 2025).

Os processos de desterritorialização e os conflitos fundiários produzem impactos diretos nas condições de saúde das populações indígenas, ampliando vulnerabilidades sociais, insegurança

alimentar e dificuldades de acesso às políticas públicas (Coimbra Jr.; Santos, 2000). Além disso, a ausência de reconhecimento institucional de determinados territórios indígenas frequentemente compromete a implementação regular de políticas públicas de saúde, educação e assistência social.

Nesse contexto, destaca-se a permanência de processos de invisibilização institucional, caracterizados pela negação ou desconhecimento das especificidades indígenas por parte de instituições públicas e serviços de saúde. Essa invisibilização contribui para o enfraquecimento das políticas públicas diferenciadas e para reprodução de desigualdades historicamente construídas ao longo do processo de colonização brasileira (Melo; Andrade, 2025).

A colonialidade constitui importante categoria analítica para compreensão dessas desigualdades. Segundo Quijano (2005), a colonialidade refere-se à permanência de estruturas de poder e produção de conhecimento originadas no período colonial e reproduzidas nas instituições contemporâneas. No campo da saúde, essas estruturas manifestam-se por meio da valorização exclusiva do saber biomédico ocidental e da deslegitimação dos conhecimentos tradicionais indígenas.

Outro aspecto relevante refere-se ao protagonismo das mulheres indígenas nos processos de organização política, preservação cultural e fortalecimento comunitário. As mulheres indígenas desempenham papel central na transmissão dos conhecimentos ancestrais, no cuidado familiar e nas mobilizações em defesa dos direitos territoriais, sociais e culturais dos povos originários (Ferreira 2013).

Além das vulnerabilidades relacionadas ao acesso aos serviços de saúde, as mulheres indígenas frequentemente enfrentam processos de racismo estrutural, discriminação étnica e invisibilização social, fatores que impactam diretamente suas condições de saúde física e mental. Dessa forma, a construção de políticas públicas voltadas à saúde da mulher indígena exige abordagens interseccionais capazes de compreender as múltiplas desigualdades relacionadas ao gênero, etnia, território e classe social.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de campo, de abordagem qualitativa, com caráter descritivo e exploratório, desenvolvido no município de São José de Ribamar - MA, com o objetivo de analisar a atuação da enfermagem nas políticas públicas de saúde voltadas às mulheres indígenas do povo Tremembé.

A pesquisa foi realizada nas Unidades Básicas de Saúde da Mata e Vila Sarney II, responsáveis pela assistência à comunidade indígena Tremembé, bem como na Aldeia Engenho, território pertencente ao referido povo indígena. A escolha dos cenários ocorreu em razão da atuação dessas unidades junto à população indígena do território investigado.

Participaram do estudo 9 sujeitos, selecionados de forma intencional, sendo: dois gestores (enfermeiros), quatro técnicos de enfermagem, um enfermeiro, um agente comunitário de saúde e uma liderança indígena da comunidade Tremembé. Foram adotados como critérios de inclusão profissionais com, no mínimo, seis meses de atuação nas unidades investigadas e participantes que aceitaram voluntariamente participar da pesquisa mediante

assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos profissionais afastados de suas atividades no período da coleta de dados.

A produção dos dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas entre os participantes e os pesquisadores, a partir de roteiro previamente elaborado contendo questões relacionadas à assistência prestada às mulheres indígenas, à implementação das políticas públicas de saúde indígena, às dificuldades institucionais e territoriais enfrentadas pelos serviços e às práticas de cuidado desenvolvidas no contexto intercultural.

As entrevistas foram realizadas em ambiente reservado, mediante autorização prévia dos participantes para gravação dos depoimentos, sendo posteriormente transcritas na íntegra para análise. Os dados foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo, proposta por Laurence Bardin (2016), seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material, categorização temática e interpretação dos achados.

Foram rigorosamente respeitados todos os procedimentos éticos previstos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, referente às pesquisas envolvendo seres humanos. Para preservação do anonimato, os participantes foram identificados por códigos alfanuméricos correspondentes às suas categorias profissionais e sociais.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Caracterização dos Participantes da Pesquisa

Quadro 1 – Caracterização dos participantes da pesquisa

Código	Categoria profissional / social	Local de atuação
GES 1	Enfermeira - Gestora da UBS	UBS da Mata
ENF 1	Enfermeiro	UBS da Mata
TEC 1	Técnico de Enfermagem	UBS da Mata
TEC 2	Técnico de Enfermagem	UBS da Mata
TEC 3	Técnico de Enfermagem	UBS da Mata
ACS 1	Agente Comunitária de Saúde	UBS da Mata
GES 2	Enfermeiro - Gestor da UBS	UBS Vila Sarney II
TEC 4	Técnico de Enfermagem	UBS Vila Sarney II
LID 1	Liderança Tremembé	Aldeia do Engenho

Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Os participantes apresentavam diferentes tempos de atuação na atenção básica, possibilitando a obtenção de percepções relacionadas às práticas assistenciais desenvolvidas no cotidiano dos serviços de saúde, às dificuldades institucionais e territoriais enfrentadas pela população indígena e aos desafios relacionados à implementação das políticas públicas de saúde indígena.

A participação da liderança indígena contribuiu para ampliação da compreensão acerca das especificidades socioculturais do povo Tremembé, especialmente no que se refere à territorialidade, às dificuldades de acesso aos serviços públicos e às formas de organização política e comunitária existentes no território.

4.2. Barreiras de Acesso aos Serviços de Saúde e Fragilidades da Assistência Territorializada

Os resultados da pesquisa evidenciaram que as dificuldades de acesso aos serviços de saúde constituem um dos principais desafios enfrentados pelas mulheres indígenas da comunidade Tremembé. Entre os fatores apontados destacam-se a distância entre o território indígena e as unidades de saúde, as limitações relacionadas ao deslocamento, a baixa continuidade das ações assistenciais e as dificuldades de consolidação do vínculo entre comunidade e serviços de saúde.

Ao abordar os obstáculos relacionados ao acesso da população indígena aos serviços de saúde, um dos profissionais entrevistados afirmou:


A maior dificuldade mesmo se torna pelo fato de muitas vezes as comunidades serem longe, ou de outras que nem sempre eles querem vir até a unidade (ENF 1).

Outro participante destacou a necessidade de fortalecimento das ações territorializadas:

Já que elas não vêm até nós, é importante incentivar eles [...] ter uma equipe de saúde mesmo e acompanhar de perto, ver as necessidades (GES 2).

As entrevistas também demonstraram que determinados procedimentos preventivos ainda enfrentam resistência associada a

fatores culturais e à ausência de vínculo contínuo entre equipe de saúde e comunidade:



A questão do preventivo, eu acho que para elas ainda é mais complicado pela questão cultural (TEC 1).

Os relatos revelaram significativo distanciamento entre os serviços de saúde e a comunidade indígena Tremembé. Mesmo atuando em unidades responsáveis pela cobertura territorial da comunidade, parte dos profissionais relatou pouca aproximação efetiva com o território indígena, evidenciando fragilidades relacionadas ao princípio da territorialização previsto na Atenção Primária à Saúde.

Contudo, a territorialização constitui um dos pilares organizativos da Atenção Primária, permitindo que as equipes compreendam as especificidades sociais, culturais e epidemiológicas das populações atendidas (Mendes, 2012). Entretanto, os achados desta pesquisa demonstram que o território indígena Tremembé permanece parcialmente invisibilizado dentro da própria rede municipal de saúde, dificultando a construção de estratégias contínuas de promoção da saúde, prevenção de agravos e acompanhamento integral das mulheres indígenas.

Os resultados demonstram que as dificuldades relacionadas ao acesso à saúde indígena ultrapassam aspectos exclusivamente geográficos, envolvendo também questões institucionais, socioculturais e territoriais que interferem diretamente na efetivação das políticas públicas voltadas à saúde da mulher indígena.

4.3. Fragilidades Institucionais, Invisibilização Territorial e Limitações das Políticas Públicas

Os resultados evidenciaram importantes fragilidades relacionadas à implementação das políticas públicas de saúde indígena no território Tremembé. Os participantes relataram dificuldades associadas à descontinuidade administrativa, à ausência de reconhecimento institucional da comunidade indígena e à limitada efetivação da atenção diferenciada prevista pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI).

A liderança indígena destacou que o acesso às políticas públicas frequentemente depende de processos contínuos de mobilização comunitária:

Tudo é uma briga. Entra gestão, sai gestão, e a gente precisa começar tudo de novo (LID 1).

Também foi mencionado o desconhecimento institucional acerca da existência do território indígena:

As pessoas até desconhecem que existe um território na sua própria regional (LID 1).

Os relatos demonstram que a assistência à população indígena ainda sofre influência de processos históricos de invisibilização institucional, comprometendo a continuidade das ações de saúde e

dificultando o reconhecimento das especificidades socioterritoriais da comunidade Tremembé.

Outro aspecto recorrente refere-se à relação entre território e garantia de direitos sociais. Nesse sentido, a liderança entrevistada afirmou:

“Não se fala em políticas públicas sem o território homologado” (LID 1).

Os achados reforçam discussões presentes na literatura acerca da centralidade do território para preservação dos modos de vida indígenas e para efetivação das políticas públicas de saúde. Conforme Coimbra Júnior e Santos (2003), a fragilização dos direitos territoriais produz impactos diretos sobre as condições de saúde das populações indígenas, ampliando situações de vulnerabilidade social e exclusão institucional.

Além disso, os resultados evidenciaram ausência de conhecimento aprofundado acerca da PNASPI por parte de parcela significativa dos profissionais entrevistados. Embora os participantes demonstrem familiaridade com diretrizes gerais da atenção básica e da saúde da mulher, observou-se desconhecimento específico sobre políticas voltadas à saúde indígena e ausência de capacitações permanentes relacionadas à interculturalidade no cuidado.

Essa realidade evidencia distanciamento entre as diretrizes normativas das políticas públicas e a prática cotidiana dos serviços

de saúde, comprometendo a consolidação de uma assistência efetivamente diferenciada às populações indígenas.

4.4. Interculturalidade, Colonialidade e Reconhecimento dos Saberes Tradicionais

As entrevistas evidenciaram que a interculturalidade constitui elemento central para construção de práticas assistenciais mais humanizadas e culturalmente adequadas junto à população indígena Tremembé. Os participantes reconheceram a importância do respeito aos conhecimentos tradicionais e às práticas culturais presentes no território indígena.

Ao abordar a relação entre medicina tradicional e assistência formal em saúde, um dos entrevistados afirmou:

Às vezes, eles acham, por ser uma cultura de usar muitas plantas, muitos medicamentos naturais, eu acredito que ainda tem esse pensamento mesmo (GES 2).

Outro participante destacou a necessidade de desenvolvimento de práticas culturalmente sensíveis:

Respeitando a cultura, sabendo quais são as necessidades principais do povo (GES 2).

Entretanto, a liderança indígena relatou que os conhecimentos tradicionais ainda são frequentemente desconsiderados pelos serviços de saúde:

Os conhecimentos tradicionais não são respeitados. Muitas vezes eles desconhecem completamente nossa realidade (LID 1).

A entrevistada também ressaltou a relação histórica entre ciência e ancestralidade:

A ciência e a tradicionalidade sempre estiveram juntas (LID 1).

Os resultados demonstram que a permanência de práticas biomédicas descontextualizadas das realidades indígenas ainda constitui obstáculo para consolidação de uma assistência intercultural no âmbito do SUS. Garnelo e Pontes (2012) destacam que a formação dos profissionais de saúde no Brasil permanece fortemente vinculada ao modelo biomédico tradicional, frequentemente desconsiderando os saberes tradicionais e as especificidades culturais das populações indígenas.

Nesse contexto, a interculturalidade deve ser compreendida não apenas como reconhecimento simbólico das diferenças culturais, mas como construção de práticas institucionais baseadas no diálogo horizontal entre diferentes sistemas de conhecimento. Walsh (2009)

afirma que a interculturalidade crítica representa instrumento de enfrentamento das estruturas coloniais reproduzidas nas instituições latino-americanas, incluindo os serviços de saúde.

Os relatos relacionados ao uso de plantas medicinais, à ancestralidade e à valorização dos conhecimentos tradicionais evidenciam que os saberes indígenas permanecem fortemente presentes na organização do cuidado dentro da comunidade Tremembé. Entretanto, tais práticas ainda ocupam posição secundarizada frente à hegemonia do modelo biomédico institucional, revelando permanência de estruturas de colonialidade no campo da saúde.

Segundo Quijano (2005), a colonialidade refere-se à permanência de padrões de poder e produção de conhecimento originados no processo colonial e reproduzidos nas instituições contemporâneas. No contexto da saúde indígena, isso se manifesta por meio da centralidade atribuída exclusivamente ao saber biomédico ocidental e da deslegitimação dos conhecimentos ancestrais indígenas.

4.5. Formação Profissional, Acolhimento e Humanização da Assistência

Outro aspecto recorrente nas entrevistas refere-se à ausência de qualificação específica para atuação junto às populações indígenas. Os participantes relataram limitações relacionadas à formação acadêmica e à insuficiência de ações de educação permanente voltadas à saúde indígena. Uma das entrevistadas afirmou:

Não tivemos capacitação específica voltada para a saúde indígena (ENF 1).

Outro participante destacou a importância da atualização profissional:

É importante se atualizar para oferecer os cuidados principais (GES 2).

A liderança indígena também ressaltou a necessidade de inclusão da temática indígena nos processos formativos da área da saúde:

Deveria existir uma disciplina voltada ao conhecimento indígena (LID 1).

Os achados corroboram discussões presentes na literatura científica acerca das limitações da formação profissional em saúde no contexto da atenção às populações indígenas. A permanência de currículos fortemente vinculados ao modelo biomédico tradicional dificulta o desenvolvimento de práticas assistenciais culturalmente adequadas e contribui para manutenção de barreiras institucionais no atendimento à população indígena.

As entrevistas também evidenciaram que o acolhimento, a escuta qualificada e a construção de vínculos entre profissionais de saúde e

comunidade representam elementos fundamentais para promoção de uma assistência mais humanizada às mulheres indígenas. Uma das participantes destacou:

Tem que acolher, ouvir e entender a realidade delas (ACS 1).

Outro entrevistado ressaltou a importância do acompanhamento territorial:

Conhecer de perto a necessidade, o que eles precisam, quais queixas eles têm (GES 2).

A liderança indígena enfatizou ainda a necessidade de aproximação dos profissionais com a realidade do território:

Antes de falar dos povos indígenas, conheça o nosso território. Pisa no nosso solo (LID 1).

Os relatos demonstram que a humanização da assistência à saúde indígena ultrapassa aspectos exclusivamente técnicos, envolvendo práticas de escuta, respeito, diálogo e reconhecimento das experiências históricas, culturais e sociais vivenciadas pelas comunidades indígenas.

Nesse contexto, a enfermagem ocupa posição estratégica na construção de vínculos entre serviços de saúde e comunidade, especialmente no âmbito da atenção básica, contribuindo para fortalecimento das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e construção de práticas de cuidado culturalmente sensíveis.

4.6. Protagonismo Feminino Indígena e Participação Comunitária nas Decisões em Saúde

Os resultados da pesquisa evidenciaram forte protagonismo das mulheres indígenas Tremembé nos processos de organização política, fortalecimento comunitário e reivindicação de direitos sociais. A liderança indígena destacou:


O Conselho de Liderança Tremembé da Aldeia Engenho é majoritariamente liderado por mulheres (LID 1).

Também foi ressaltada a participação comunitária nos processos decisórios relacionados às ações desenvolvidas no território:

A comunidade participa de todas as tomadas de decisão (LID 1).

Além disso, a entrevistada mencionou a atuação das mulheres indígenas em organizações políticas voltadas à defesa dos direitos

indígenas:



Nós criamos uma organização política voltada para as mulheres indígenas (LID 1).

Os relatos demonstram que as mulheres indígenas ocupam papel central nos processos de mobilização social, fortalecimento identitário e defesa territorial da comunidade Tremembé. Esses achados reforçam a compreensão de que a saúde da mulher indígena não pode ser analisada exclusivamente sob perspectiva biomédica, devendo considerar dimensões territoriais, culturais, sociais e políticas que atravessam as experiências femininas indígenas.

A atuação das mulheres indígenas nas lutas comunitárias evidencia que a mulher indígena não ocupa apenas posição de usuária dos serviços de saúde, mas também de agente política, liderança comunitária e guardiã dos conhecimentos tradicionais transmitidos entre gerações.

Dessa forma, os resultados demonstram que a efetivação das políticas públicas de saúde voltadas às mulheres indígenas exige não apenas ampliação do acesso aos serviços de saúde, mas também fortalecimento de práticas assistenciais interculturais, territorializadas e comprometidas com o reconhecimento das especificidades socioculturais dos povos indígenas. Nesse contexto, a enfermagem assume papel estratégico na construção de vínculos comunitários, no acolhimento humanizado e na promoção de

práticas de cuidado culturalmente sensíveis junto às mulheres indígenas Tremembé.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou compreender a atuação da enfermagem nas políticas públicas de saúde voltadas às mulheres indígenas do povo Tremembé, no município de São José de Ribamar – MA, evidenciando desafios institucionais, territoriais, culturais e formativos que interferem diretamente na efetivação de uma assistência integral, equitativa e culturalmente sensível.

Os resultados demonstraram que, apesar dos avanços normativos relacionados à saúde indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde, ainda persistem fragilidades significativas na implementação das diretrizes previstas pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). Entre os principais desafios identificados destacam-se as limitações na territorialização da assistência, à ausência de capacitação intercultural dos profissionais de saúde, a fragilidade dos vínculos entre equipes de saúde e comunidade indígena e os processos de invisibilização institucional que dificultam o acesso contínuo da população Tremembé às políticas públicas de saúde.

A pesquisa evidenciou que a assistência à saúde da mulher indígena ultrapassa dimensões exclusivamente biomédicas, envolvendo aspectos relacionados ao território, à ancestralidade, à identidade cultural e às formas de organização política das comunidades indígenas. Nesse contexto, destacou-se o protagonismo das mulheres Tremembé nos processos de mobilização comunitária, defesa territorial e fortalecimento cultural, reafirmando a

necessidade de construção de práticas assistenciais pautadas na interculturalidade, no reconhecimento dos saberes tradicionais e no respeito às especificidades socioculturais dos povos indígenas.

No que se refere à atuação da enfermagem, observou-se que os profissionais ocupam posição estratégica na promoção do acolhimento, da escuta qualificada, da educação em saúde e da construção de vínculos comunitários. Entretanto, os resultados também demonstraram que a ausência de formação específica voltada à saúde indígena e as limitações institucionais presentes na atenção básica comprometem o desenvolvimento de práticas de cuidado efetivamente interculturais e territorializadas.

Os objetivos propostos pela pesquisa foram alcançados, uma vez que foi possível analisar a atuação da enfermagem nas políticas públicas de saúde direcionadas às mulheres indígenas Tremembé, identificando os principais desafios relacionados à assistência, à formação profissional e à efetivação das políticas públicas de saúde indígena. A hipótese inicialmente formulada também foi confirmada, considerando que os resultados evidenciaram limitações relacionadas à invisibilização territorial, à fragilidade da formação intercultural e às dificuldades institucionais na consolidação de um cuidado integral e culturalmente adequado.

Como contribuição teórica, o estudo amplia as discussões acerca da saúde indígena, da enfermagem intercultural e das relações entre território, políticas públicas e cuidado em saúde. No campo prático, os achados reforçam a necessidade de fortalecimento das ações de educação permanente em saúde, da valorização dos saberes tradicionais indígenas e da ampliação das estratégias de

territorialização e aproximação entre serviços de saúde e comunidades indígenas.

Entre as limitações da pesquisa, destaca-se a realização do estudo em um único território indígena, bem como o número reduzido de participantes, aspectos que restringem a generalização dos resultados para outras realidades socioterritoriais. Ainda assim, a pesquisa contribui para ampliação da produção científica voltada à saúde da mulher indígena e à atuação da enfermagem em contextos interculturais, temática ainda pouco explorada na literatura acadêmica.

Portanto, recomenda-se que futuras pesquisas aprofundem as discussões relacionadas à formação intercultural dos profissionais de saúde, à participação das mulheres indígenas nos processos de construção das políticas públicas e às estratégias de fortalecimento da atenção básica em territórios indígenas. Espera-se que este estudo contribua para reflexões acadêmicas, institucionais e profissionais voltadas à construção de práticas assistenciais mais inclusivas, humanizadas e culturalmente sensíveis às realidades vivenciadas pelos povos indígenas no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.

BEZERRA, Clarice *et al.* Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas: breves aproximações. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 10., 2021, São Luís. *Anais [...]*. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2021. p. 1-11.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 12 julho 2025.

BRASIL. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 24 set. 1999. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 12 julho 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 12 julho 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 12 julho 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br>. Acesso em: 12 julho 2025.

CASTRO, Nádile Juliane Costa de *et al.* Processo de enfermagem em um serviço de atenção à saúde de populações indígenas. *Escola Anna Nery*, [s. l.], v. 29, e20250041, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2025-0041pt>. Acesso em: 14 agosto 2025.

COIMBRA JUNIOR, Carlos E. A.; SANTOS, Ricardo Ventura. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 125-132, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br>. Acesso em: 14 agosto 2025.

COIMBRA JUNIOR, Carlos E. A.; SANTOS, Ricardo Ventura. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

DE MARCO, Mario Alfredo. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 60-72, jan./abr. 2006.

FERREIRA, Luciane Ouriques. Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1151-1159, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000400028>. Acesso em: 21 outubro 2025.

GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lúcia de Moura (org.). *Saúde indígena: uma introdução ao tema*. Brasília, DF: MEC-SECADI, 2012. Disponível em: <https://www.fiocruz.br>. Acesso em: 21 outubro 2025.

MELO, Nalanda Sarah Gomes de; ANDRADE, Henry Guilherme Ferreira. Direito à preservação cultural indígena: entre a proteção normativa e a prática da violência cultural. *Lumen et Virtus*, São José dos Pinhais, v. 16, n. 53, p. 1-13, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.56238/lev16n53-105>. Acesso em: 11 novembro 2025.

MENDES, Eugênio Vilaça. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <https://iris.paho.org>. Acesso em: 11 novembro 2025.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, Edgardo (org.). *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais*. Buenos Aires: CLACSO, 2005. p. 117-142. Disponível em: <https://biblioteca.clacso.edu.ar>. Acesso em: 20 dezembro 2025.

SANTOS, Manoel Antônio dos. Desafios, oportunidades e iniquidades persistentes na assistência à saúde indígena no Brasil: análise crítica da produção científica. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 34, n. 4, e240777pt, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902025240777pt>. Acesso em: 14 janeiro 2026.

WALSH, Catherine. Interculturalidade crítica e pedagogia decolonial: insurgir, re-existir e re-viver. In: CANDAU, Vera Maria (org.). *Educação intercultural na América Latina: entre concepções, tensões e propostas*. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2009. p. 12-42.

¹ Discente do Curso Superior de Enfermagem do Centro Universitário Santa Terezinha - CEST *Campus* São Luís - MA. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

² Docente do Curso Superior de Enfermagem do Centro Universitário Santa Terezinha - CEST *Campus* São Luís - MA. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

