

ABORDAGEM INTERCULTURAL E INTERVENÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE VULNERABILIDADE E NEGLIGÊNCIA FAMILIAR EM COMUNIDADE INDÍGENA

INTERCULTURAL APPROACH AND INTERVENTION IN PRIMARY HEALTH CARE:
FAMILY NEGLECT IN INDIGENOUS COMMUNITIES

Laura MescoutoFialhoFé Xavier¹, Jennifer Rodrigues de Oliveira², Elizete da Rocha Vieira de Barros³

 <https://doi.org/10.70630/rspms.v9.2026.344>

RESUMO

Introdução: A negligência infantil é um problema de saúde pública cuja compreensão, em contextos indígenas, exige uma abordagem intercultural e análise dos determinantes sociais e históricos que condicionam as práticas de cuidado. Quando isolada, a concepção tradicional de negligência pode gerar interpretações reducionistas e culpabilizadoras da família, sendo fundamental compreendê-la como expressão de vulnerabilidades estruturais e limitações no acesso a políticas públicas.

Objetivo: Analisar a atuação da Atenção Primária à Saúde (APS) no acompanhamento de uma família indígena Terena, residente em aldeia urbana, em situação de vulnerabilidade social. **Apresentação da experiência profissional:** Trata-se de um relato desenvolvido a partir do estágio de acadêmicos de medicina em uma Unidade de Saúde da Família. O caso envolveu uma criança de 9 anos com miíase e vacinação incompleta, identificado por notificação compulsória, sendo acompanhado por meio do Arco de Charles Maguerez com escuta qualificada, visitas domiciliares e mediação de um Agente Comunitário de Saúde indígena. **Discussão:** A avaliação familiar indicou risco máximo, acionando a rede de proteção social. Problematisa-se a aplicação acrítica de categorias normativas ocidentais diante de determinantes estruturais do núcleo familiar, como insegurança alimentar, vulnerabilidades multidimensionais e a sobrecarga de gênero no trabalho reprodutivo e de cuidado em ambiente urbano. **Considerações finais:** Defende-se uma abordagem baseada em vínculo, intersetorialidade e perspectiva decolonial, reforçando o papel da APS no cuidado territorializado e a importância da vivência prática para a formação de médicos com visão crítica, humanizada e comprometida com a equidade.

Palavras-chave: Saúde indígena. Negligência infantil. Interculturalidade. Determinantes sociais. Vulnerabilidade familiar.

ABSTRACT

Introduction: Child neglect is a public health issue whose understanding in Indigenous contexts requires an intercultural approach and an analysis of the social and historical determinants that shape caregiving practices. When considered in isolation, traditional conceptions of neglect may lead to reductionist interpretations that place blame on families. Therefore, it is essential to understand neglect as a manifestation of structural vulnerabilities and limited access to public policies and services. **Objective:** To analyze the role of Primary Health Care (PHC) in monitoring and supporting a Terena Indigenous family living in an urban Indigenous community and experiencing social vulnerability. **Professional Experience Report:** This report is based on the clinical training experience of medical students at a Family Health Unit. The case involved a nine-year-old child presenting with myiasis and incomplete immunization, identified through a mandatory reporting process. The case was addressed using Charles Maguerez's Arch, incorporating active listening, home visits, and mediation by an Indigenous Community Health Worker. **Discussion:** The family assessment indicated the highest level of risk, prompting the involvement of the social protection network. The report critically examines the unreflective application of Western normative categories in the context of structural determinants affecting the family, including food insecurity, multidimensional vulnerabilities, and gender-related burdens associated with reproductive and caregiving labor in an urban setting. **Final Considerations:** This report advocates an approach grounded in trust-building, intersectoral collaboration, and a decolonial perspective, emphasizing the role of PHC in territorially grounded care and the importance of practical experience in training physicians with a critical, humanistic perspective and a commitment to health equity.

Keywords: Indigenous health. Child neglect. Interculturality. Social determinants. Family vulnerability.

¹Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (FAMED/UFMS), Campo Grande, MS, Brasil. ORCID: 0009-0005-5033-6359. E-mail: laura.mescouto@ufms.br

²Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (FAMED/UFMS), Campo Grande, MS, Brasil. ORCID: 0009-0001-6398-7522. E-mail: Jennifer.r.oliveira@ufms.br

³Professora Adjunta da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (FAMED/UFMS), Campo Grande, MS, Brasil. ORCID: 0000-0002-4367-7623. E-mail: elizete.barros@ufms.br



INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o eixo estruturante do sistema de saúde, desempenhando papel central na coordenação do cuidado, na organização das redes de atenção e na garantia do acesso universal, longitudinal e integral à saúde. Sua atuação ultrapassa o acolhimento de situações específicas, abrangendo a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o cuidado clínico e a articulação intersetorial no território. Nesse contexto, a APS configura-se como espaço privilegiado para identificação e acompanhamento de situações de violação de direitos, incluindo aquelas classificadas como negligência, as quais devem ser compreendidas de forma ampliada, considerando os determinantes sociais da saúde e as desigualdades estruturais que afetam diferentes grupos populacionais (Brasil, 2015).

A negligência infantil, por sua vez, é um fenômeno complexo, presente em distintas classes sociais e contextos culturais, assumindo características diversas conforme as condições de vida, o acesso a políticas públicas e as formas de organização social de cada comunidade. Assim, sua análise requer abordagem contextualizada, baseada na alteridade e no reconhecimento das especificidades socioculturais, evitando interpretações universalizantes ou culpabilizadoras das famílias. Dessa forma, a atuação da APS deve estar fundamentada em práticas humanizadas, na construção de vínculos e na articulação com a rede de proteção social, respeitando os contextos culturais e sociais específicos de cada população, conforme preconizado pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2015).

No Brasil, dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) demonstraram que a negligência e abandono representaram 3501 notificações no Estado de Mato Grosso do Sul, sendo registrado só na capital Campo Grande, 2.793 casos, no ano de 2024, considerando que entre os tipos de violências registradas, a negligência foi a que apresentou a maior frequência, evidenciando a magnitude do problema (Brasil, 2024). Em populações indígenas, essa questão adquire particularidades devido às vulnerabilidades socioculturais históricas, processos de marginalização, perda de territórios tradicionais e barreiras diferenciadas de acesso aos serviços de saúde e assistência social (Nascimento; Vieira, 2015).

Na capital em questão, destaca-se a presença de aldeia indígena em contexto urbano, realidade cada vez mais observada no Brasil em decorrência de processos históricos de deslocamento territorial e urbanização dos povos originários. No município, essa experiência ganhou relevância por ter sido uma das primeiras aldeias urbanas oficialmente reconhecidas pelo Governo Federal, ocupada desde 1995 e reconhecida em 1998, sendo inaugurada em 1999 e habitada predominantemente pela etnia Terena (Fernandes Júnior; Oliveira Neto, 2024). Essa comunidade enfrenta desafios relacionados à preservação cultural em contexto urbano, ao acesso a políticas públicas e à integração com os serviços municipais de saúde.

Neste cenário, o presente relato tem como objetivo compartilhar a experiência de acompanhamento longitudinal de uma família, com criança indígena em situação de negligência familiar,

oferecendo uma análise crítica e reflexiva dos cuidados prestados, das estratégias de acolhimento implementadas e dos desafios enfrentados pela equipe multidisciplinar da unidade de saúde a partir da ótica de acadêmicos de medicina em formação.

APRESENTAÇÃO DA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Este relato de experiência foi desenvolvido durante uma das disciplinas do 4º ano de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), que abordava temas específicos da Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente. O planejamento envolvia estágio em uma das unidades de saúde da família do Município de Campo Grande, capital do Estado, por uma dupla de acadêmicas, que eram preceptoradas por uma médica do serviço e com supervisão docente da Instituição de Ensino Superior.

A Unidade de Saúde da Família (USF) estava localizada em uma área periférica do Município, abrangendo quatro bairros e uma Aldeia Indígena Urbana. A USF contava com equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiras, técnicos em enfermagem, farmacêutica, cirurgiã-dentista, técnico de saúde bucal, assistente social e agentes comunitários de saúde. A cobertura territorial da área da preceptora que inseria as acadêmicas, estava organizada em cinco microáreas distribuídas entre duas equipes de saúde da família, atendendo aproximadamente 8000 pessoas.

O estágio curricular foi realizado entre maio e junho de 2025. A metodologia adotada foi a da problematização utilizando o Arco de Charles Maguerez, de caráter ativo e participativo, que visava a construção coletiva do conhecimento. Parte da observação da realidade (o aluno ao reconhecer a unidade que estagiará durante o semestre, identifica os problemas no território e das famílias), identificando os pontos-chave sobre o que encontrou (ou seja, elencando os pontos principais que de fato originaram ou influenciaram os problemas encontrados), e a partir daí tem condições de prosseguir para a fase de teorização (que é a busca teórica na literatura sobre as possíveis respostas para o problema encontrado, seja ele de qualquer ordem). É importante considerar que, nesta busca, as acadêmicas contam com instrumentos teóricos denominados roteiros estruturados elaborados pelos docentes da disciplina da Universidade, que orientam e facilitam a tarefa (como é o caso do roteiro da visita domiciliar). Somente com os problemas nominados e devidamente estudados, os alunos partem para a fase de elencar hipóteses de solução (aqui é importante considerar que deve ser consensuada com as equipes da atenção primária e as demais (e-multi) que integram o apoio de profissionais, como também com a família, no sentido de tornar factível um plano de cuidado) e assim ser aplicável à realidade, agora com um plano de intervenção definidos e consensuados pelos atores, inclusive a família (Barros, 2022).

Neste construto, as atividades práticas realizadas foram discutidas com o preceptor da unidade e com a equipe local, assegurando que as ações estivessem alinhadas às diretrizes do SUS e aos objetivos de aprendizagem da Universidade. Vale considerar que na finalização do estágio, o relato de experiência

produzido era compartilhado com os demais alunos da disciplina que se encontravam em outras unidades, como também com os professores e, com a presença da gestão da Secretaria Municipal de Saúde.

Durante esse período, foi realizada a análise aprofundada do caso de uma criança indígena da etnia Terena, do sexo masculino, com 9 anos de idade, natural e procedente de Campo Grande-MS, residente na Aldeia Indígena Urbana desde o nascimento e acompanhada pela USF. A criança estava regularmente matriculada no 5º ano do ensino fundamental em escola da comunidade indígena e encontrava-se em situação de vulnerabilidade social, conforme será detalhado a seguir.

O acolhimento da família inicia-se quando o núcleo doméstico busca atendimento para essa criança em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) da região de moradia, o infante aparece acompanhado da mãe devido a um quadro de miíase na região occipital da cabeça. Durante o atendimento, a médica plantonista identificou sinais de possível negligência nos cuidados básicos de saúde e higiene, e seguindo o fluxograma de atendimento, para casos desta natureza, realizou a notificação compulsória através da ficha do SINAN específica para violência interpessoal, categoria negligência/abandono. A partir dessa notificação, a unidade de adscrição do paciente é comunicada pelo distrito sanitário e a assistente social vinculada à USF da área de adscrição, da Aldeia Urbana passou a acompanhar o caso, realizando visitas domiciliares para avaliação da situação familiar e articulação com a rede de proteção social, visando garantir a continuidade do cuidado e a proteção integral da criança. Em paralelo, o Conselho Tutelar também foi noticiado, quando da notificação.

No contexto das ações de promoção à saúde na Atenção Primária, as acadêmicas em estágio tomam ciência do caso pela preceptora e, em conjunto com o Agente Comunitário de Saúde (ACS) responsável pela área, programaram a visita domiciliar. A atividade integrou as estratégias de acompanhamento familiar no território, sendo realizada com mediação do ACS pertencente à comunidade, o que favoreceu a aproximação com a família e a compreensão de aspectos socioculturais envolvidos no cuidado.

Durante a visita, buscou-se compreender as condições de moradia, organização familiar e práticas de cuidado, bem como a percepção da família sobre o quadro de miíase, explorando fatores que possam ter contribuído para sua ocorrência. A abordagem foi guiada por roteiros estruturados da disciplina, incluindo instrumentos de avaliação familiar, como genograma, ecomapa e APGAR familiar, além da classificação de risco pela Escala de Coelho-Savassi (Dias, 2012). Foram realizadas orientações sobre higiene corporal e ambiental, cuidados com lesões cutâneas e acesso aos serviços de saúde, considerando as condições de vida da família.

Outras visitas domiciliares foram realizadas na aldeia urbana, sempre acompanhadas pelo ACS, com o objetivo de compreender o território e as condições de vida das famílias. É importante ressaltar que a realização de visitas domiciliares, embora fundamental na APS, pode ser percebida como invasiva ou constrangedora, especialmente em contextos de vulnerabilidade. Dessa forma, torna-se essencial que tais

abordagens sejam mediadas por vínculo, consentimento e articulação com lideranças comunitárias, respeitando os modos de vida e a autonomia das famílias.

A atuação da equipe baseou-se na escuta qualificada e na construção compartilhada do plano de cuidado, considerando suas possibilidades e contexto de vida. No que se refere à interculturalidade, a mediação do ACS indígena contribuiu para o diálogo; entretanto, reconhece-se que a equipe ainda apresenta limitações na incorporação de saberes tradicionais e na aproximação mais aprofundada com a cultura local, evidenciando a necessidade de fortalecimento da alteridade como eixo do cuidado.

DISCUSSÃO

Durante a visita domiciliar e no decorrer do diálogo com os membros da família, foi possível identificar uma série de elementos que evidenciam situações de risco e vulnerabilidade social e de saúde, demandando uma abordagem ampliada e sensível por parte da APS articulada com outras políticas públicas e redes de proteção social (Savassi, 2015).

Constatou-se que a família pertencia há várias gerações a esta aldeia, sendo tradicionalmente residente local, desde a inauguração em 1999. Todos os membros da família comunicavam-se em língua portuguesa, todavia participavam ativamente da preservação e vivência cultural indígena na Aldeia, especialmente das festividades locais, como danças tradicionais e eventos da comunidade, mantendo forte vínculo com sua identidade étnica e territorial.

A residência da família era de alvenaria, porém encontrava-se em condições precárias, com sinais de comprometimento estrutural, ausência de reparos básicos e ambiente interno insalubre, com lixo acumulado e sujeira espalhada pelo chão. Havia dois animais domésticos (um cão e um gato) que não foram vacinados e eram mantidos dentro da casa, o que aumentava significativamente o risco de zoonoses e contaminações, principalmente diante da presença de crianças. Dessa forma, observou-se que as condições do ambiente interno e externo da residência configuravam risco sanitário para os moradores.

A composição familiar incluía nove pessoas, sendo um lactente, duas crianças, quatro adolescentes e os pais. A renda da família era oriunda exclusivamente do trabalho do genitor (pai) e da contribuição da filha mais velha, de 19 anos, sendo complementada pelos benefícios sociais e por eventuais programas de transferência de renda. Ainda assim, era perceptível a insegurança alimentar vivenciada pelos membros da família, com relatos de ausência de refeições regulares, consumo restrito de alimentos ultraprocessados e baixo acesso a fontes de proteína, configurando um quadro compatível com insegurança alimentar moderada a grave, conforme os parâmetros da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar — EBIA (Brasil, 2022).

Todas as cinco crianças em idade escolar estavam matriculadas na Escola Municipal da região que, segundo relato da mãe, frequentavam regularmente a escola, mantendo bom relacionamento entre si, com os educadores e com a comunidade.

Entre os membros da família, o lactente era filho da adolescente de 16 anos, nasceu com diagnóstico de síndrome da rubéola congênita e estava sendo alimentado com fórmula infantil, sob acompanhamento por parte da rede de cuidados especializados. A avó materna relata que a adolescente não realizou pré-natal, uma vez que escondeu a gestação e a família não percebeu os sinais de gravidez. Após o parto, a jovem retomou os estudos com apoio pedagógico reduzido, sendo acompanhada por uma professora da escola duas vezes por semana.

A adolescente era protegida por medida judicial vigente contra o pai biológico do bebê, em razão de violência física e psicológica praticada por ele. As visitas do genitor à recém-nascida ocorriam uma vez por semana, sob supervisão. Diante desse cenário, a avó materna passou a se dedicar integralmente aos cuidados da criança, deixou o trabalho e permaneceu no domicílio em tempo integral, dividindo-se entre o apoio à filha adolescente e a atenção à neta.

Em síntese, a estrutura familiar observada na abordagem familiar era multigeracional, composta majoritariamente por mulheres, com destaque para a sobrecarga de trabalho reprodutivo e de cuidado, impactando diretamente sobre a renda familiar e a autonomia econômica. Caracterizando o que a literatura de gênero e Saúde Coletiva denomina sobrecarga do trabalho de cuidado, isto é, o acúmulo desproporcional de atividades não remuneradas de reprodução social (alimentação, higiene, acompanhamento de saúde, suporte emocional) sobre mulheres, especialmente em contextos de vulnerabilidade (Hirata; Kergoat, 2007; Sorj, 2013).

No caso analisado, a concentração dessas funções na avó materna expressa uma dinâmica agravada pela intersecção de gênero, geração e etnicidade. Cabe ressaltar que, nas sociedades indígenas, as redes de parentesco e reciprocidade frequentemente organizam o cuidado de forma coletiva, o que difere do modelo nuclear ocidental de família; porém, o deslocamento para o contexto urbano pode fragilizar essas redes, intensificando a sobrecarga individual (Oliveira, 2022).

No processo de territorialização em saúde, a identificação de famílias em situação de alta vulnerabilidade torna-se indispensável para orientar intervenções mais qualificadas (Borges; Taveira, 2012). A Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi, utilizada durante a visita domiciliar, é um instrumento amplamente empregado na Estratégia Saúde da Família (ESF) que possibilita a classificação de risco familiar, considerando múltiplas dimensões, tais como condições de moradia, situação de renda, composição familiar e presença de agravos de saúde (Savassi; Lage; Coelho, 2012). A partir da observação sistemática e dos relatos obtidos durante a visita domiciliar, foi possível classificar a família como pertencente a um grupo de risco máximo, pontuando 11 pontos, devido à presença de diversos marcadores de vulnerabilidade social, as denominadas sentinelas de risco, como baixas condições de saneamento

básico, desemprego, indivíduo menor de 6 meses, presença de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica e relação morador/cômodo >1 (Savassi, 2015).

Contudo, importa reconhecer que a Escala foi desenvolvida a partir de indicadores extraídos da Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), calibrados para populações urbanas não indígenas, e não possui adaptação formalmente validada para contextos interculturais (Savassi; Lage; Coelho, 2012). Em territórios indígenas, algumas sentinelas de risco, como “baixas condições de saneamento”, podem apresentar alta prevalência generalizada, decorrente não de vulnerabilidade individual da família, mas de determinantes estruturais ligados ao histórico de colonização e à insuficiência de políticas públicas de infraestrutura para comunidades originárias (Pontes; Rego; Garnelo, 2015). Portanto, o escore obtido (11 pontos, classificação R3 - risco máximo) deve ser interpretado com cautela epistemológica, articulando a leitura quantitativa do instrumento com a compreensão qualitativa e culturalmente situada das dinâmicas familiares e comunitárias.

Além disso, foi possível identificar um conjunto de condições que configuravam um cenário de vulnerabilidade nas diversas dimensões, individual, social e programática, segundo Ayres *et al.* (2003), e neste caso, caracterizado pela descontinuidade do acompanhamento pré-natal, ausência de seguimento especializado ao recém-nascido, fragilidade dos vínculos escolares e precariedade nas condições de moradia. Tais elementos estão conexos também às desigualdades históricas, territoriais e sociais que incidem de forma significativa sobre a população indígena em contexto urbano, comprometendo o acesso efetivo a direitos fundamentais e à integralidade do cuidado (Nascimento; Vieira, 2015).

As práticas de higiene, por sua vez, estão profundamente relacionadas às condições ambientais e à organização social de cada grupo. Em aldeias como a Kumene, os hábitos de higiene pessoal e ambiental são moldados tanto por valores culturais quanto pela escassez de infraestrutura básica abastecimento de água, saneamento e coleta de resíduos, o que compromete a prevenção de doenças e favorece infecções cutâneas e parasitoses (Laparra, 2008). No entanto, a limpeza do corpo e do espaço doméstico, no contexto indígena, não se restringe à dimensão física: integra práticas simbólicas e espirituais de equilíbrio com o ambiente e de preservação da vida. Assim, o que pode ser interpretado como descuido sob a ótica ocidental representa, muitas vezes, uma adaptação a condições socioambientais adversas e a continuidade de valores tradicionais de convivência com a natureza. Diante disso, é essencial que a APS reconheça as redes de solidariedade e as estratégias coletivas de cuidado que caracterizam essas famílias, promovendo intervenções culturalmente sensíveis e integradas (Brasil, 2002).

A família dispunha de infraestrutura básica (abastecimento de água, energia elétrica, coleta de lixo), o que sugere que havia condições materiais mínimas para o enfrentamento de parte dessas situações. Todavia, a mera disponibilidade de recursos não implica, automaticamente, capacidade de agência: a sobrecarga de cuidado concentrada na figura da avó materna, a insegurança alimentar, a maternidade precoce e a violência doméstica que atravessavam o núcleo familiar constituíam barreiras concretas ao

exercício pleno do autocuidado e do cuidado coletivo (Ayres *et al.*, 2003). Sob uma perspectiva decolonial, é necessário problematizar a lógica que responsabiliza individualmente a família indígena por condições que resultam, em grande medida, de processos de exclusão social e de falhas nas políticas públicas de proteção (Quijano, 2005; Oliveira, 2022).

Nesse sentido, destaca-se a importância da alteridade como eixo orientador das práticas em saúde, especialmente no cuidado a povos originários, reconhecendo-se as especificidades socioculturais, os saberes locais e as distintas concepções de cuidado. A construção de um Plano Terapêutico Singular (PTS) mostra-se estratégica para a articulação de ações integrais, como ações educativas, acompanhamento familiar e articulação com políticas de educação, assistência social e proteção à infância, com vistas à garantia de direitos e promoção da equidade em saúde.

As visitas domiciliares realizadas pela equipe e acadêmicas, configuraram-se como ferramenta essencial para compreender as condições de vida e saúde da família. Ademais, a visita domiciliar é uma ferramenta potente e reforça o papel fundamental da APS como porta de entrada e coordenadora do cuidado, especialmente em territórios indígenas, onde a vulnerabilidade e a discriminação se expressam de forma multifacetada, e onde o acolhimento com escuta qualificada, respeito cultural e ações resolutivas são essenciais para garantir o direito à saúde de forma universal, integral e equânime (Mahmud; Mano; Lopes, 2012).

Essa prática reforça a importância do acompanhamento domiciliar como estratégia de vigilância e cuidado ampliado, capaz de orientar intervenções mais efetivas e alinhadas à realidade social. Tal abordagem amplia o foco do cuidado, incorporando a família e o território como elementos centrais de promoção da saúde e prevenção de agravos, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) (Brasil, 2015).

Nesse contexto, destaca-se a importância dos ACS pertencentes à própria comunidade indígena, pois são fundamentais para o diálogo e a construção de uma abordagem intercultural efetiva (Mendes; Oliveira, 2007). Por compreenderem as práticas em saúde empregadas pelos seus pares, os ACS conseguem articular os saberes tradicionais aos conhecimentos técnicos da medicina de família, somando experiências e respeitando a visão indígena de saúde (Brasil, 2002). No caso apresentado, o ACS da Aldeia Indígena Urbana, pertencente à etnia Terena, atuou como mediador entre os profissionais e a família, favorecendo a comunicação, a compreensão cultural das práticas de cuidado e a construção de intervenções mais apropriadas, prevenindo rupturas nos vínculos familiares e institucionais. Essa estratégia visa facilitar a comunicação intercultural e promover o processo recíproco de aquisição de conhecimentos, respeitando a visão indígena de saúde.

Entretanto, observa-se que a presença de povos e comunidades tradicionais nos centros urbanos é uma realidade consolidada historicamente, mas ainda marcada por invisibilidade social e identitária, refletindo vulnerabilidades e lacunas nas políticas públicas (Oliveira, 2022), então a simples articulação com

atores institucionais e lideranças locais não deve ser compreendida como solução automática, sob risco de reproduzir práticas verticalizadas e descontextualizadas. Portanto, impõe-se à equipe a necessidade de reflexão crítica sobre seu próprio processo de trabalho, especialmente no que se refere ao apoio e à valorização da atuação dos ACS pertencentes aos povos originários, que ocupam posição estratégica na mediação entre saberes, práticas e territórios.

No caso da etnia Terena, predominante no estado de Mato Grosso do Sul e na Aldeia Urbana descrita, a concepção de saúde está profundamente vinculada à harmonia entre corpo, espírito e coletividade, expressando uma compreensão ampliada de bem-estar que ultrapassa a dimensão biomédica. As práticas terapêuticas tradicionais combinam o uso de plantas medicinais, rezas, benzeduras e rituais comunitários, nos quais a cura é entendida como um processo relacional que envolve a recomposição dos vínculos com a natureza, com os ancestrais e com a comunidade (Ribas; Concone; Pícoli, 2016).

Essa visão integra elementos espirituais e simbólicos que orientam a conduta cotidiana e os modos de prevenção das doenças, revelando uma lógica própria de equilíbrio e cuidado coletivo. Sob essa perspectiva, o encontro entre os saberes tradicionais e o sistema oficial de saúde deve ocorrer por meio de processos de tradução intercultural, que reconheçam a legitimidade dos sistemas indígenas de conhecimento e promovam o diálogo horizontal entre profissionais de saúde e lideranças comunitárias (Oliveira, 2022). O respeito às práticas de cura e à cosmologia Terena contribui para o fortalecimento da autonomia cultural e para a eficácia das ações de saúde, tornando-as mais significativas e sustentáveis (Brasil, 2002; Ribas; Concone; Pícoli, 2016).

Além disso, é de extrema relevância ponderar sobre a forma de intervenção e os possíveis impactos nos sujeitos e na coletividade (Oliveira, 2022). A Resolução CONANDA nº 181/2016 estabelece parâmetros para adaptação de serviços às comunidades tradicionais, prevendo capacitação permanente de profissionais sobre histórias, culturas e direitos dos povos tradicionais, oferta de informações culturalmente acessíveis e desenvolvimento de fluxos integrados às formas comunitárias de decisão (Brasil, 2016).

É fundamental enfatizar que a negligência infantil e a vulnerabilidade familiar são fenômenos complexos que atingem diferentes grupos populacionais, especialmente aqueles em condições de pobreza, baixa escolaridade e fragilidade das redes de proteção social. Porém, a negligência não está vinculada, necessariamente, às circunstâncias de pobreza, podendo ocorrer em casos em que recursos razoáveis estão disponíveis para a família ou o responsável (Brasil, 2010).

Nesse ponto, cabe uma reflexão conceitual: a categoria “negligência”, tal como definida pelo marco jurídico brasileiro (ECA, art. 5º; Brasil, 1990) e pelo sistema de vigilância epidemiológica (SINAN), opera a partir de parâmetros normativos que pressupõem condições materiais e simbólicas de cuidado ancoradas em referenciais ocidentais hegemônicos (Oliveira, 2022). Quando aplicada a famílias indígenas em contexto urbano, essa categoria exige mediação crítica, pois corre o risco de individualizar responsabilidades que são, na verdade, expressão de determinantes sociais estruturais - como a precarização das condições de

vida decorrente do processo histórico de colonização, a perda territorial e a fragilização dos sistemas tradicionais de organização social e cuidado (Nascimento; Vieira, 2015).

Conforme apontam Quijano (2005) e Mignolo (2007), a colonialidade do poder, entendida como a permanência de estruturas de dominação colonial nas relações sociais, econômicas e epistêmicas mesmo após o fim do colonialismo formal, opera de modo particular sobre os povos indígenas, condicionando tanto suas condições materiais de existência quanto os marcos interpretativos que os profissionais de saúde utilizam para avaliar suas práticas de cuidado.

Portanto, as intervenções devem considerar tanto os determinantes sociais gerais quanto as particularidades culturais e históricas dos povos indígenas, evitando estereótipos e promovendo uma abordagem respeitosa e contextualizada, ancorada em uma perspectiva decolonial, aqui compreendida como o esforço teórico-prático de descentrar os referenciais eurocêtricos na produção de conhecimento e nas práticas de saúde, reconhecendo a legitimidade dos sistemas indígenas de saber e cuidado como epistemes válidas, e não como resíduos culturais a serem superados pela biomedicina (Walsh, 2007; Oliveira, 2022). Tal perspectiva implica, na prática da APS, a construção de relações de cuidado fundamentadas no diálogo horizontal entre saberes, na escuta das categorias êmicas de saúde e doença, e na recusa de abordagens tutelares que reproduzam a lógica assimilacionista que historicamente orientou as políticas indigenistas no Brasil (Brasil, 2002; Garnelo; Pontes, 2012).

Considerando o exposto, a PNAISC constitui estratégia essencial para garantir atenção integral, equitativa e qualificada à população infantil. Instituída em 2015, articula ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com base nas especificidades do desenvolvimento infantil e nos determinantes sociais da saúde (Brasil, 2015). No caso analisado, o paciente de nove anos, objeto de notificação por negligência, evidenciou a necessidade de articular diversos eixos da política. O atendimento na UPA por quadro de miíase revelou falhas nos cuidados básicos e na detecção precoce de agravos, enquanto a ausência de pré-natal adequado da adolescente resultou em diagnóstico tardio da síndrome da rubéola congênita no bebê, demonstrando lacunas na atenção humanizada à gestação, ao nascimento e ao desenvolvimento infantil (Brasil, 2015).

Além disso, aspectos relacionados ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável, previstos no Eixo II da PNAISC - “Aleitamento materno e alimentação complementar saudável” (Art. 8º, Portaria GM/MS nº 1.130/2015) - revelam a necessidade de maior apoio às famílias em situação de vulnerabilidade e insegurança alimentar, especialmente por meio das ações estratégicas previstas nesse eixo, como a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) e a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano.

O quadro apresentado também evidencia a importância dos eixos voltados à atenção integral a agravos prevalentes na infância e a crianças com deficiência ou em situações específicas de vulnerabilidade (Brasil, 2015; Silva *et al.*, 2021). Nesse contexto, o acompanhamento pela equipe da USF e a articulação com a rede de proteção social reforçam o caráter intersetorial e integral da PNAISC. A notificação ao

Conselho Tutelar, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990), constitui medida essencial para garantir a efetivação dos direitos e a proteção integral da criança. Assim, a articulação efetiva entre os eixos da PNAISC é indispensável para prevenir a fragmentação das ações e romper o ciclo de negligência e vulnerabilidade que ainda atinge muitas famílias.

Ademais, a inserção do Programa Saúde na Escola (PSE) revela-se estratégica para o enfrentamento das barreiras observadas no cuidado à criança e ao adolescente em situação de vulnerabilidade social. O PSE, instituído em 2007 como política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, tem como objetivo integrar ações de promoção, prevenção e acompanhamento da saúde com o processo educativo, fortalecendo o desenvolvimento integral dos estudantes e o vínculo entre escola, família e serviços de saúde (Brasil, 2007). Contudo, no caso em análise, sua menção isolada não é suficiente para explicar a falha na detecção oportuna da situação, considerando a existência de cobertura por ACS e USF.

Impõe-se, portanto, uma análise crítica do processo de trabalho da APS, especialmente no que se refere à vigilância em saúde e à responsabilização longitudinal do cuidado. O fato de a situação ter sido identificada apenas em nível de urgência, com posterior notificação como possível negligência, suscita questionamentos sobre a efetividade das ações territoriais, do acompanhamento familiar e da integração entre os pontos da rede.

Adicionalmente, a notificação ao Conselho Tutelar não deve ser compreendida como desfecho do cuidado, mas como dispositivo que requer acompanhamento articulado e corresponsabilização intersetorial. Nesse sentido, mais do que acionar fluxos formais, é fundamental refletir sobre quais respostas concretas estão sendo produzidas pela rede para garantir, de fato, a proteção integral da criança e o apoio à família, evitando abordagens meramente punitivas ou fragmentadas.

Além disso, a adolescente, irmã do paciente, embora tenha retomado os estudos após o parto, apresenta frequência irregular e apoio pedagógico limitado, o que reforça a necessidade de uma atuação conjunta entre escola, unidade de saúde e assistência social. Assim, o PSE constitui uma ferramenta fundamental para promover a detecção precoce de vulnerabilidades, o acompanhamento contínuo e a efetivação do direito à saúde e à educação de forma integrada e humanizada, em consonância com os princípios da APS e da proteção social. Em comunidades indígenas urbanas, onde há desigualdade no acesso a serviços e informação, a atuação da escola como espaço de cuidado torna-se ainda mais relevante.

Outro pilar trata-se da prevenção das violências e acidentes e, neste caso, foi crucial, visto que a vulnerabilidade observada precisa ser reconhecida e enfrentada. O PSE, ao capacitar profissionais para identificar sinais de abuso ou negligência, fortalece a escola como espaço seguro e acolhedor. Ademais, o PSE prevê a formação contínua dos profissionais de saúde e educação, e isso foi refletido na atuação da médica plantonista, que reconheceu a situação de risco e agiu conforme os protocolos legais. Portanto, essa capacitação é essencial para que todos os envolvidos no ambiente escolar, também saibam como lidar com situações sensíveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, é essencial destacar que a negligência familiar não deve ser analisada de forma isolada ou dissociada dos contextos sociais, culturais e econômicos que a condicionam. Superar essas barreiras requer um compromisso ético e político com a justiça social e com a efetivação dos direitos das crianças indígenas, entendidas como sujeitos plenos de direitos e portadoras de identidades culturais singulares. A construção de práticas de cuidado sensíveis às especificidades étnicas e às dinâmicas comunitárias constitui passo indispensável para a promoção de ações mais justas, humanizadas e efetivas.

Esse relato reforça o papel da APS como espaço privilegiado de escuta, acolhimento e construção compartilhada de respostas às necessidades de grupos afetados por desigualdades estruturais e processos de discriminação. Além disso, evidencia, ainda, a urgência de investir em formação profissional crítica e intercultural, capaz de romper com modelos assistenciais hegemônicos e de promover práticas de cuidado que valorizem a diversidade e o diálogo entre saberes. Assim, a experiência apresentada contribui para refletir sobre a importância de consolidar uma atenção à saúde integral, equitativa e culturalmente sensível, fortalecendo o compromisso do SUS com a transformação social e com o reconhecimento da pluralidade dos modos de vida que compõem o território brasileiro.

Por fim, esta experiência representou, para a formação acadêmica em Medicina, uma ampliação significativa da compreensão sobre o papel social do médico e sobre a complexidade do cuidado em contextos de vulnerabilidade. Assim, a vivência possibilitou o desenvolvimento de competências fundamentais para a prática profissional, como a escuta qualificada, a sensibilidade aos determinantes sociais da saúde, o reconhecimento da interculturalidade como elemento estruturante do cuidado e a atuação em equipe multiprofissional e intersetorial. Ademais, contribuiu para a construção de uma postura ética, crítica e reflexiva, capaz de problematizar modelos biomédicos tradicionais e de valorizar abordagens centradas na pessoa, na família e no território. Dessa forma, a experiência agregou à formação médica não somente conhecimentos técnicos, como também habilidades relacionais e atitudes comprometidas com a equidade, a justiça social e a defesa dos direitos humanos, aspectos indispensáveis para o exercício de uma medicina integral, humanizada e socialmente responsável.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-139.

BARROS, E. R. V. B (org). **Metodologias Ativas**: entre reflexões e pandemia. Campo Grande. Editora UFMS, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufms.br/handle/123456789/4961>. Acesso em: 19 fev. 2024.

BORGES, C.; TAVEIRA, V. R. Territorialização. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 241-247.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 16 jul. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 22 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** 2. ed. Brasília: FUNASA, 2002.

BRASIL. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007.** Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 6 dez. 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Acesso em: 16 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências:** orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, p. 37, 6 ago. 2015.

BRASIL. Resolução nº 181, de 10 de novembro de 2016. Dispõe sobre os parâmetros para interpretação dos direitos e adequação dos serviços relacionados ao atendimento de Crianças e Adolescentes pertencentes a Povos e Comunidades Tradicionais no Brasil. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, n. 247, p. 38, 26 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Insegurança alimentar na Atenção Primária à Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN):** dados de violência interpessoal/autoprovocada - Mato Grosso do Sul e Campo Grande. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/violems.def>. Acesso em: 29 out. 2025.

DIAS, L. C. Abordagem familiar. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade:** princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 221-232.

FERNANDES JÚNIOR, J. R.; OLIVEIRA NETO, A. F. de. A migração Terena para o perímetro urbano de Campo Grande, MS (2003-2023). **Interações**, Campo Grande, v. 25, n. 3, p. 1-16, jul./set. 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/jj/inter/a/zD5d5SmbqRNTfRXZ4jSRt6B/>.

GARNELO, L.; PONTES, A. L. (org.). **Saúde Indígena:** uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI, 2012.

HIRATA, H.; KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de Pesquisa**, [s. l.], v. 37, n. 132, p. 595-609, 2007.

LAPARRA, D. **Saúde e higiene pessoal dos moradores da Aldeia Kumene.** [S. l.: s. n.], 2008.

MAHMUD, S. J.; MANO, M. A. M.; LOPES, J. M. C. Abordagem comunitária: cuidado domiciliar. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade:** princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 255-264.

MENDES, A. O.; OLIVEIRA, F. A. Visitas domiciliares pela equipe de Saúde da Família: reflexões para um olhar ampliado do profissional. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 8, p. 253-260, 2007.

MIGNOLO, W. El pensamiento decolonial: desprendimiento y apertura. In: CASTRO-GÓMEZ, S.; GROSGOUEL, R. (org.). **El giro decolonial.** Bogotá: Siglo del Hombre, 2007. p. 25-46.

NASCIMENTO, A. C.; VIEIRA, C. M. N. O índio e o espaço urbano: breves considerações sobre o contexto indígena na cidade. **Cordis. História: Cidade, Esporte e Lazer**, São Paulo, n. 14, p. 118-136, jan./jun. 2015.

OLIVEIRA, A. da C. **Crianças e adolescentes de povos e comunidades tradicionais:** direitos e atendimento em perspectiva intercultural. Belém: Dialética, 2022.

PEDRAZA, D. F. Insegurança alimentar e nutricional de famílias com crianças menores de cinco anos da Região Metropolitana de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1511-1520, 2021.

PONTES, A. L. M.; REGO, S.; GARNELO, L. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3199-3210, 2015.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, E. (org.). **A colonialidade do saber**. Buenos Aires: CLACSO, 2005. p. 117-142.

RIBAS, D. L. B.; CONCONE, M. H. V. B.; PÍCOLI, R. P. Doenças e práticas terapêuticas entre os Terena de Mato Grosso do Sul. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 160–170, 2016.

SAVASSI, L. C. M.; LAGE, J. L.; COELHO, F. L. G. Sistematização de instrumento de estratificação de risco familiar: aEscala de Risco Familiar de Coelho-Savassi. **Journal of Management & Primary Health Care**, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 179-185, 2012.

SAVASSI, L. C. M. **Produção de cuidado na ESF**: estratificação e vulnerabilidade familiar. 2015. 45 slides. Disponível em: <https://sites.google.com/site/leosavassi/aulas-e-portif%C3%B3lio/palestras-em-eventos>. Acesso em: 29 out. 2025.

SORJ, B. Arenas de cuidadonasinterseções entre gênero e classe social no Brasil. **Cadernos de Pesquisa**, [s. l.], v. 43, n. 149, p. 478-491, 2013.

WALSH, C. Interculturalidad y colonialidaddelpoder. In: CASTRO-GÓMEZ, S.; GROSFOGUEL, R. (org.). **El girodecolonial**. Bogotá: Siglodel Hombre, 2007. p. 47-62.

Conflito de Interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesse.

RECEBIDO: 31/12/2025

ACEITO: 01/06/2026