




CAPÍTULO 14

BARREIRAS LINGUÍSTICAS, ACESSO, EQUIDADE E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS POPULAÇÕES INDÍGENAS

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6691725210814>

Silvia Magna Barboza

Maternidade Escola Santa Mônica - UNCISAL
Maceió-AL

<https://orcid.org/0009-0003-4635-7478>

Giselle Carlos Santos Brandão Monte

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL
Maceió-AL

<https://orcid.org/0000-0003-1736-6722>

Carolyn Cristina Reis

Universidade Federal de Alagoas - UFAL
Maceió-AL

<https://orcid.org/0009-0007-2311-4472>

Rossana Teotônio de Farias Moreira

Universidade Federal de Alagoas - UFAL
Maceió-AL

<https://orcid.org/0000-0002-0881-1997>

Maria da Conceição Sousa de Abreu

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL
Maceió-AL

<https://orcid.org/0009-0007-8029-473X>

Mara Cristina Ribeiro

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL
Maceió-AL

<https://orcid.org/0000-0001-6963-8158>

Juliane Cabral Silva

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL
Maceió-AL

ORCID:<https://orcid.org/0000-0003-3098-1885>

RESUMO: O Brasil tem 1.693.535 pessoas indígenas, mais de 305 etnias e cerca de 274 línguas faladas, segundo o IBGE (2022). Nesse contexto, a promoção de cuidados de saúde mais seguros, confiáveis e eficazes precisa estar alinhada às realidades socioculturais dos povos indígenas. Este capítulo explora como as barreiras linguísticas, aliadas à falta de acesso e equidade, se constituem como determinantes críticos de risco assistencial, com foco em comunidades como os *Fulni-ô*, *Yanomami*, *Guarani-Kaiowá*, *Tikuna* entre outros. Também são discutidas estratégias baseadas em inovação, evidência e governança que visam qualificar a segurança do paciente no Sistema Único de Saúde (SUS), alinhando-se à política de práticas seguras no cuidado à saúde. O objetivo deste capítulo é promover discussões para fortalecimento, consolidação de conhecimentos e desenvolvimento de práticas seguras que respeitem as especificidades culturais e linguísticas das comunidades indígenas, contribuindo para um cuidado confiável e equitativo. Foi realizada uma revisão integrativa dos últimos cinco anos (2020 A 2025) para avaliar as barreiras linguísticas e comunicacionais, que impactam diretamente na adesão ao tratamento de saúde e na segurança do paciente. Observou-se que a Atenção Primária à Saúde (APS) no contexto indígena precisa ser adaptada às especificidades socioculturais, territoriais e linguísticas, de modo a assegurar equidade e integralidade no cuidado. Concluiu-se que as barreiras linguísticas, o acesso limitado e a persistência de iniquidades representam desafios substanciais para a segurança do paciente nas populações indígenas no âmbito do Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Barreiras Linguísticas; Segurança do Paciente; Saúde Indígena.

LANGUAGE BARRIERS, ACCESS, EQUITY AND PRIMARY HEALTH CARE IN INDIGENOUS POPULATIONS

ABSTRACT: Brazil has 1,693,535 Indigenous people, more than 305 ethnic groups, and approximately 274 languages spoken, according to the IBGE (2022). In this context, the promotion of safer, more reliable, and more effective healthcare needs to be aligned with the sociocultural realities of Indigenous peoples. This chapter explores how language barriers, combined with lack of access and equity, constitute critical determinants of healthcare risk, focusing on communities such as the *Fulni-ô*, *Yanomami*, *Guarani-Kaiowá*, *Tikuna*, and others. It also discusses strategies based on innovation, evidence, and governance that aim to improve

patient safety in the Unified Health System (SUS), aligning with the policy of safe practices in healthcare. The objective of this chapter is to promote discussions to strengthen, consolidate knowledge and develop safe practices that respect the cultural and linguistic specificities of indigenous communities, contributing to reliable and equitable care. An integrative review of the last five years (2020 to 2025) was carried out to assess linguistic and communication barriers, which directly impact adherence to health treatment and patient safety. It was observed that Primary Health Care (PHC) in the Indigenous context needs to be adapted to sociocultural, territorial, and linguistic specificities to ensure equity and comprehensive care. It was concluded that language barriers, limited access, and persistent inequities pose substantial challenges to patient safety among Indigenous populations within the Unified Health System.

KEYWORDS: Language Barriers; Patient Safety; Indigenous Health.

INTRODUÇÃO

No contexto brasileiro, a promoção de cuidados de saúde mais seguros, confiáveis e eficazes para os povos indígenas depende intrinsecamente de se observar as realidades socioculturais dos mais de 305 etnias e cerca de 274 línguas faladas, segundo o IBGE (2022). O Brasil abriga uma diversidade linguística enorme, a qual desafia os modelos tradicionais de assistência à saúde, podendo comprometer a segurança do paciente, uma vez que esta é um pilar fundamental em qualquer sistema de saúde, e no SUS, sua relevância é amplificada pela diversidade e complexidade dos contextos assistenciais. No entanto, quando se trata das populações indígenas, a garantia de um cuidado seguro e eficaz enfrenta desafios adicionais, muitas vezes invisibilizados (Fonseca; Cardoso, 2024; Garnelo, 2020; Silva, 2021).

O objetivo deste capítulo é promover discussões para fortalecimento, consolidação de conhecimentos e desenvolvimento de práticas seguras que respeitem as especificidades culturais e linguísticas das comunidades indígenas, contribuindo para um cuidado confiável e equitativo. A análise foi baseada em evidências recentes coletadas através de uma revisão narrativa, que buscou inovações e abordagens de governança que podem mitigar os riscos e promover a segurança do paciente em um cenário de pluralidade cultural e linguística.

BARREIRAS LINGUÍSTICAS E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE INDÍGENA

A linguagem é um componente fundamental para o cuidado em saúde. A ausência de comunicação efetiva compromete a escuta ativa, o consentimento informado e a adesão ao tratamento. Nas populações indígenas, essa barreira se torna ainda mais crítica quando há desconsideração das línguas nativas. Entre os

casos mais emblemáticos está o da população *Fulni-ô*, do estado de Pernambuco (PE), uma das poucas comunidades do Nordeste que mantém viva uma língua indígena original, o *Yaathê*. Apesar de viverem em território semi-árido e relativamente próximo aos centros urbanos, enfrentam falta de intérpretes e desvalorização de sua cultura linguística nos atendimentos (Silva, 2021).

Já os *Yanomami*, dos estados de Roraima (RR) e Amazonas (AM), pela grande distância das aldeias dos centros de saúde, combinada ao isolamento linguístico, têm as barreiras comunicacionais somadas a fatores como o garimpo ilegal e a desnutrição, resultando em riscos extremos de eventos adversos assistenciais (Araújo; Silva, 2023). Os *Guarani-Kaiowá*, do Mato Grosso do Sul (MS), com histórico de conflitos fundiários e alta carga de sofrimento psíquico, também enfrentam estigmatização linguística, dificultando a interação com equipes de saúde não preparadas (CEBES, 2023). Os *Tikuna*, do Amazonas (AM), um dos maiores povos indígenas do Brasil, com ampla variedade dialetal, sofrem com a escassez de profissionais bilíngues e falhas nos protocolos de tradução durante atendimentos hospitalares (Araújo; Silva, 2023).

Essas barreiras linguística não se limitam apenas à dificuldade de expressar sintomas ou compreender diagnósticos e tratamentos; ela se estende à interpretação de conceitos de saúde e doença que são culturalmente construídos. Para muitas comunidades indígenas, a saúde não é apenas a ausência de doença, mas um estado de equilíbrio que envolve dimensões espirituais, sociais e ambientais. A linguagem, portanto, é o veículo para expressar e negociar esses entendimentos, e sua ausência ou distorção pode levar a mal-entendidos, desconfiança e, conseqüentemente, a um cuidado inadequado ou à recusa do tratamento (Garnelo, 2020).

Estudos recentes destacam que a barreira linguística é um dos principais fatores que dificultam o acesso e a resolutividade dos serviços de saúde para os povos indígenas. A ausência de tradutores ou a dependência de familiares (muitas vezes crianças) para a tradução, pode levar a erros de comunicação, omissão de informações importantes e violação da privacidade do paciente. Além disso, a dificuldade em expressar a dor, o medo ou as preocupações em sua própria língua pode gerar ansiedade e sofrimento adicional para o paciente indígena (Araújo; Silva, 2023; Fonseca; Cardoso, 2024).

Para mitigar esses impactos, é fundamental que o SUS invista na formação de profissionais de saúde com proficiência em línguas indígenas, bem como na capacitação de mediadores culturais. A presença desses profissionais pode facilitar o diálogo, promover a confiança e garantir que as informações sejam transmitidas de forma clara e culturalmente sensível. A utilização de recursos como audiolivros, como proposto em um estudo com a etnia *Xavante*, demonstra o potencial de ferramentas inovadoras para superar essas barreiras e promover uma comunicação mais efetiva (Oliveira, 2024).

É imperativo reconhecer que a barreira linguística não é apenas um problema de comunicação, mas um determinante social da saúde que afeta diretamente a segurança do paciente, uma vez que a falta de compreensão mútua pode levar a diagnósticos incorretos, administração inadequada de medicamentos, falha na adesão ao tratamento e, em última instância, a desfechos negativos para a saúde. Portanto, a superação dessas barreiras é um passo crucial para garantir a equidade nas populações indígenas no âmbito do SUS (Fonseca; Cardoso, 2024; Silva, 2021).

ACESSO E EQUIDADE NO SUS PARA POPULAÇÕES INDÍGENAS

Segundo Garnelo (2020), “a efetivação da equidade no SUS para povos indígenas exige ações interculturais, territoriais e participativas”. O acesso ao cuidado não deve ser apenas físico, mas culturalmente viável, linguística e socialmente apropriado. Acesso e equidade, embora interligados, representam desafios distintos e complexos no contexto da saúde indígena (Garnelo, 2020).

O acesso aos serviços de saúde para os povos indígenas é comprometido por barreiras geográficas, infraestruturais e culturais. Muitas comunidades estão localizadas em áreas remotas, com difícil acesso a unidades de saúde, o que exige longos deslocamentos e, muitas vezes, a interrupção de suas atividades cotidianas. A falta de infraestrutura adequada, como transporte e comunicação, agrava essa situação. Além disso, a organização dos serviços de saúde nem sempre considera as especificidades culturais e os modos de vida indígenas, o que pode gerar estranhamento e desconfiança, desestimulando a busca por atendimento.

Entre as barreiras comuns identificadas estão a estrutura precária de transporte entre aldeias e hospitais, a falta de formação em saúde indígena nos cursos de graduação, o racismo institucional, o preconceito linguístico e a pouca participação indígena nos Conselhos Locais de Saúde Indígena (Dantas, 2023; Eghrari, 2022). Esses fatores colaboram para desfechos inseguros, subnotificação de eventos adversos e assistência fragmentada, conforme mostra o relatório do CEBES (2023).

A equidade, por sua vez, refere-se à necessidade de oferecer um cuidado que leve em consideração as diferenças e necessidades específicas de cada grupo, garantindo que todos tenham as mesmas oportunidades de alcançar o melhor estado de saúde possível. Para as populações indígenas, isso implica em reconhecer e valorizar seus sistemas de saúde tradicionais, suas práticas de cura e seus conhecimentos ancestrais.

A política de saúde indígena no Brasil, com a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), buscou organizar a atenção à saúde de forma diferenciada, tendo em vista as particularidades culturais e geográficas. Contudo, a efetividade dessa política ainda enfrenta desafios relacionados à sua implementação, financiamento e à formação de profissionais capacitados para atuar nesse contexto. A rotatividade

de profissionais, a falta de conhecimento sobre a cultura indígena e a dificuldade em estabelecer vínculos de confiança são fatores que impactam negativamente a qualidade do cuidado e a segurança do paciente (CEBES, 2023; Dantas, 2023).

DETERMINANTES DE RISCO ASSISTENCIAL E SEGURANÇA DO PACIENTE

A Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi instituída pela Portaria MS nº 529/2013, mas sua aplicação nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) ainda é incipiente. Um dos principais determinantes de risco é a falha na comunicação, diretamente ligada às barreiras linguísticas e culturais (BRASIL, 2013).

A impossibilidade de expressar sintomas de forma clara, de compreender orientações sobre medicamentos ou procedimentos, e de participar ativamente das decisões sobre seu próprio tratamento, coloca o paciente indígena em uma posição de maior risco para eventos adversos. Erros de medicação, atrasos no diagnóstico, procedimentos inadequados e falta de adesão ao tratamento são consequências diretas dessa falha comunicacional (Fonseca; Cardoso, 2024; Araújo; Silva, 2023).

Outro determinante relevante é a inadequação do modelo assistencial às realidades indígenas. O modelo biomédico ocidental, muitas vezes centrado na doença e no hospital, pode não ser o mais apropriado para comunidades que possuem uma visão holística da saúde e que valorizam a medicina tradicional e os curandeiros locais. A fragilidade da infraestrutura e logística nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e nas Casas de Saúde Indígena (CASI) também se apresenta como um determinante de risco (CIMI, 2015).

A escassez de recursos humanos qualificados, a falta de equipamentos adequados, a dificuldade de acesso a medicamentos e insumos, e os problemas de transporte para remoção de pacientes em casos de emergência, são fatores que aumentam a probabilidade de eventos adversos e comprometem a segurança do paciente (Barros, 2023; Eghrari, 2022).

A descontinuidade do cuidado é outro risco significativo: a alta rotatividade de profissionais de saúde nas áreas indígenas, a falta de um sistema de prontuário eletrônico integrado e a dificuldade de acompanhamento de pacientes que se deslocam entre a aldeia e os centros urbanos, resultam em lacunas no histórico de saúde e na continuidade do tratamento. Isso pode levar a repetição de exames, erros de diagnóstico e tratamento, e perda de informações cruciais para a segurança do paciente (Cavalcante, 2020).

Por fim, a vulnerabilidade social e epidemiológica das populações indígenas as expõe a riscos adicionais. A prevalência de doenças infecciosas, a desnutrição, a falta de saneamento básico e as condições de moradia precárias, somadas às dificuldades de

acesso à saúde, aumentam a complexidade dos casos e a probabilidade de desfechos negativos. A segurança do paciente, nesse contexto, transcende a esfera puramente clínica e exige uma abordagem intersetorial a qual contemple os determinantes sociais da saúde (Barros, 2023).

FORTALECIMENTO DE PRÁTICAS SEGURAS E CONSOLIDAÇÃO DE CONHECIMENTOS

Segundo Oliveira *et al.* (2021), para que a segurança do paciente seja garantida nos territórios indígenas, é necessário aplicar práticas baseadas em evidências aliadas ao conhecimento tradicional, estabelecer protocolos bilíngues de segurança clínica, utilizar tecnologias sociais e inovação comunitária, como rádios locais em língua indígena para educação em saúde e criar observatórios de eventos adversos indígenas. Além disso, a governança intercultural precisa incluir lideranças indígenas na gestão do cuidado, valorizando os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) como mediadores essenciais da segurança assistencial.

Algumas línguas maternas ainda persistem vivas graças à ações desenvolvidas pela própria comunidade indígena e profissionais de saúde comprometidos. A exemplo, pode-se citar a comunidade dos *Fulni-ô* (PE), a qual utiliza instrumentos para que o *Yaathê* mantenha-se conhecida e possa ser difundida entre as gerações: cantos, festas, imersão no período do Ouricuri, ninhos de língua, criação de uma rádio comunitária apresentada na língua nativa, elaboração do dicionário do dialeto indígena *Fulni-ô*, além do cinema indígena, preservam a tradição comunicacional, minimizando as barreiras existentes (UNESCO, 2019).



Logomarca do cinema do povo *Fulni-ô* (PE)

FONTE: Acervo pessoal (2025).



Dicionário do dialeto indígena *Fulni-ô* (PE)

FONTE: Acervo pessoal (2025).

A capacitação e educação permanente representam investimentos cruciais na formação dos profissionais de saúde. Isso inclui o desenvolvimento de competências interculturais, proficiência em línguas indígenas e o conhecimento sobre os sistemas de saúde tradicionais. Programas de capacitação devem abordar a importância da comunicação eficaz, do respeito às diferenças culturais e da valorização dos saberes locais. A inclusão de disciplinas sobre saúde indígena nos currículos de graduação e pós-graduação na área da saúde também é um passo importante (Fonseca; Cardoso, 2024; Oliveira, 2024; FIOTEC, 2025).

O desenvolvimento de tecnologias apropriadas pode desempenhar um papel importante na melhoria da segurança do paciente. O uso de prontuários eletrônicos que permitam o registro de informações em diferentes línguas, a criação de aplicativos de saúde com conteúdo culturalmente relevante e a utilização de telemedicina para acesso a especialistas em áreas remotas são exemplos de tecnologias que podem fortalecer o cuidado e reduzir riscos (Oliveira, 2024).

O fortalecimento da governança e participação social deve incluir a participação ativa das comunidades indígenas na formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde. Os Conselhos Locais de Saúde e os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) são espaços importantes para garantir que as vozes e as necessidades dos povos indígenas sejam ouvidas e consideradas. A transparência na gestão dos recursos e a responsabilização dos gestores são fundamentais para garantir a efetividade das ações (Dantas, 2023).

A atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil é regida pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), que tem como principal objetivo garantir o acesso integral à saúde dessas populações, respeitando suas especificidades culturais, sociais e geográficas. Este subsistema é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS) e é composto por 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), responsáveis pela execução de ações de saúde, saneamento básico, controle social e gestão das

comunidades indígenas. A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), vinculada ao Ministério da Saúde, é a responsável pela coordenação do SasiSUS, que atua de forma descentralizada, conforme as necessidades locais de cada região (Cunha, 2023).

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA POPULAÇÃO INDÍGENA

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) e desempenha papel fundamental na promoção da saúde, prevenção de agravos e cuidado longitudinal. No contexto indígena, a APS precisa ser adaptada às especificidades socioculturais, territoriais e linguísticas, de modo a assegurar equidade e integralidade no cuidado (Fonseca; Cardoso, 2024). A organização da atenção à saúde indígena ocorre por meio do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), criado em 1999, que instituiu os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) como modelo diferenciado de gestão em saúde (Dantas, 2023). Apesar dos avanços, persistem desafios como a insuficiência de profissionais de saúde capacitados, a descontinuidade de políticas públicas e a rotatividade elevada de equipes, o que fragiliza a construção de vínculos e compromete a continuidade do cuidado (Barros, 2023). O modelo de APS direcionado às comunidades indígenas deve contemplar não apenas o acesso físico aos serviços, mas também a valorização de seus saberes tradicionais, a inclusão dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) como protagonistas do cuidado e a integração entre práticas biomédicas e tradicionais (Melo *et al.*, 2021). A atuação intercultural é essencial, pois reconhece o papel das lideranças comunitárias e das práticas de cura indígenas na construção de itinerários terapêuticos (Tobias *et al.*, 2023). Outro aspecto fundamental é a superação de barreiras linguísticas e comunicacionais, que impactam diretamente na adesão ao tratamento e na segurança do paciente. Estudos apontam que o fortalecimento de estratégias bilíngues, materiais educativos em línguas indígenas e tecnologias digitais adaptadas podem ampliar a resolutividade da APS em territórios indígenas (Oliveira, 2024; Souza, 2023). Além disso, a APS deve considerar os determinantes sociais da saúde, uma vez que muitas comunidades indígenas enfrentam vulnerabilidades relacionadas a saneamento precário, insegurança alimentar e violências territoriais. Assim, a integração intersetorial e a participação social nos Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena tornam-se elementos indispensáveis para qualificar o cuidado (CEBES, 2023).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A promoção de cuidados seguros e eficazes para povos indígenas exige mais que disponibilidade de serviços: demanda equidade linguística, respeito cultural e inovação ética na prática clínica. Ao incorporar a diversidade linguística e cultural como eixo estruturante do cuidado, o SUS poderá avançar em sua missão de

universalidade com segurança e governança. As barreiras linguísticas, o acesso limitado e a persistência de iniquidades representam desafios substanciais para a segurança do paciente nas populações indígenas no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A complexidade desses determinantes de risco assistencial exige uma abordagem holística e culturalmente sensível, que transcenda o modelo biomédico tradicional e incorpore as especificidades e os saberes dos povos originários. Portanto, a Atenção Primária à Saúde voltada para a população indígena deve ser fortalecida a partir de um modelo que valorize a diversidade cultural, linguística e territorial, garantindo o protagonismo indígena e a efetiva inclusão da interculturalidade no planejamento e execução das ações em saúde.

Somente por meio de um compromisso renovado com a inovação, a evidência e a governança, será possível construir um sistema de saúde que atenda às necessidades de todas as suas populações, garantindo a segurança das pessoas e promovendo a saúde e o bem-estar dos povos indígenas no Brasil.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A.A.F.; SILVA, A.C. **Desafios na assistência em saúde nas comunidades indígenas.** Rev Contemporânea, v.3, n.1, 2023.

BARROS, L. H. T. **Gestão do cuidado aos povos originários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão integrativa.** 2023. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013.** Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). [Internet]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 23/03/2025.

CAVALCANTE, I.M.S. **Atividade educativa para o desenvolvimento de competências culturais de enfermeiras (OS) que atuam na saúde indígena na Amazônia paraense.** Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. **Equidade e diversidade na saúde indígena: desafios para o SUS do futuro.** Brasília, DF: CEBES, 2023.

CIMI - Conselho Indigenista Missionário. **Um olhar sobre a saúde dos povos indígenas.** 2015. Disponível em: <https://cimi.org.br/2015/10/encarte-pedagogico-8-um-olhar-sobre-a-saude-dos-povos-indigenas/> e especialistas em saúde pública e antropologia da saúde. Acesso em 17/04/2025.

CUNHA, Maria Luiza Silva *et al.* **Planejamento e gestão do processo de trabalho em saúde: avanços e limites no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.** Rev Saúde E Sociedade, v.32, n.3, 2023.

DANTAS, V. F. **Execução das políticas públicas de saúde indígena no Brasil: uma análise da eficiência dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas entre os anos de 2019 e 2022.** 2023. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2023.

EGHRARI, B.A. **A resolutividade no subsistema de atenção à saúde indígena em uma unidade de referência no estado do Amazonas.** Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.

FIOTEC - Fundação de Apoio à Fiocruz. Garantia à vida para os povos originários. Disponível em: <https://www.fiotec.fiocruz.br/>. Acesso em 18/03/2025.

FONSECA, I. O.; CARDOSO, P. C. **A atuação da enfermagem e os desafios na atenção primária aos povos indígenas do Amazonas.** Revista Foco, v. 7, n. 2, e6454, 2024.

GARNELO, L. **Saúde indígena: política, atenção e cuidado.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2020.

INÁCIO, M.V.N. **Direito dos povos indígenas: um estudo a partir da implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) no Rio Grande do Norte.** Monografia (Graduação em Gestão de Políticas Públicas). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2024.

MELO, A. V. *et al.* **Bioética e interculturalidade na atenção à saúde indígena.** Rev. Bioét., v.9, n.3, 2021.

OLIVEIRA, P.M.V. **Audiolivro como instrumento mediador intercultural e comunicacional do enfermeiro com a população idosa de etnia Xavante.** Dissertação (Mestrado Profissional em Gerontologia). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2024.

SOUZA, L. C. **Segurança do paciente e práticas seguras no contexto indígena: desafios da interculturalidade.** Revista Brasileira de Enfermagem Intercultural, v. 6, n. 1, p. 12-29, 2023.

SILVA, A.G. **Língua e cuidado: barreiras linguísticas no SUS e a resistência dos Fulni-ô.** 2021. Dissertação. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2021.

TOBIAS, R. *et al.* **A saúde indígena nas cidades: redes de atenção, cuidado tradicional e intercultural.** Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2023.

UNESCO - Nações Unidas Brasil. 2019. **Todas as línguas merecem ser reconhecidas.** Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/82477-unesco-todas-l%C3%ADnguas-maternas-merecem-ser-conhecidas-e-reconhecidas>. Acesso em 24/04/2025.