

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS CHAPECÓ
CURSO DE MEDICINA**

**CAROLINA MARTINS DE MAGALHÃES
CHRISTIE KLÜSSNER ROSA**

**PERSPECTIVAS DE ESTUDANTES DE MEDICINA SOBRE SUA FORMAÇÃO E
COMPETÊNCIAS PARA TRABALHAR COM POPULAÇÕES INDÍGENAS**

**CHAPECÓ
2021**

CAROLINA MARTINS DE MAGALHÃES

CHRISTIE KLÜSSNER ROSA

**PERSPECTIVAS DE ESTUDANTES DE MEDICINA SOBRE SUA FORMAÇÃO E
COMPETÊNCIAS PARA TRABALHAR COM POPULAÇÕES INDÍGENAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Medicina da Universidade Federal da
Fronteira Sul (UFFS), como parte dos requisitos
para obtenção do grau de Médico (a).

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maíra Rossetto

CHAPECÓ

2021

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

, Christie Klüssner Rosa; Carolina Martins de Magalhães
PERSPECTIVAS DE ESTUDANTES DE MEDICINA SOBRE SUA
FORMAÇÃO E COMPETÊNCIAS PARA TRABALHAR COM POPULAÇÕES
INDÍGENAS / Christie Klüssner Rosa; Carolina Martins de
Magalhães . -- 2021.
26 f.

Orientadora: Doutora em Enfermagem Maira Rossetto

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de
Bacharelado em Medicina, Chapecó, SC, 2021.

1. População Indígena. 2. Perfil do estudante. 3.
Formação Médica. 4. Saúde coletiva. I. Rossetto, Maira,
orient. II. Universidade Federal da Fronteira Sul. III.
Título.

CAROLINA MARTINS DE MAGALHÃES

CHRISTIE KLÜSSNER ROSA

**PERSPECTIVAS DE ESTUDANTES DE MEDICINA SOBRE SUA FORMAÇÃO E
COMPETÊNCIAS PARA TRABALHAR COM POPULAÇÕES INDÍGENAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Medicina da Universidade Federal da
Fronteira Sul (UFFS), como parte dos requisitos
para obtenção do grau de Médico (a).

Este trabalho foi defendido e aprovado pela banca em 01/10/2021

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Maíra Rossetto
Orientadora



Prof.^a Dr.^a Graciela Fonseca
Avaliada



Prof.^a Dr.^a Agnes de Fátima Pereira Cruvinel
Avaliada

PERSPECTIVAS DE ESTUDANTES DE MEDICINA SOBRE SUA FORMAÇÃO E COMPETÊNCIAS PARA TRABALHAR COM POPULAÇÕES INDÍGENAS

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil de estudantes de Medicina das universidades de Santa Catarina e analisar quais competências eles descrevem como necessárias para atender a população indígena. **Método:** Pesquisa mista, com abordagem quantitativa do tipo transversal e qualitativa do tipo exploratória. A coleta de dados ocorreu por meio de questionário *online* com estudantes de Medicina do Estado de Santa Catarina. A análise dos dados quantitativa foi realizada por meio de estatística descritiva e dos dados qualitativos foi utilizado análise de conteúdo. **Resultados:** No perfil foi identificado predomínio de mulheres (66,95%), idade média de 24,47 anos ($\pm 5,35$), e 83,26% se autodeclararam de raça/cor branca; Além disso, 76,99% dos estudantes nasceram na região Sul do Brasil, 41,43% estão cursando o ciclo básico do curso; e 45,61% não ingressaram por cota, em relação a renda, 52,3% dos estudantes possuem renda familiar de até cinco salários mínimos. As categorias que emergiram da análise foram as Habilidades comunicativas: *capacidade de construir uma boa relação médico-paciente e de se comunicar [...]*, Empatia: *[...] vontade de olhar o indivíduo pelas experiências dele e utilizar isso para auxiliar o tratamento*, Aspectos culturais: *conhecimento antropológico e cultural da comunidade a qual for prestar assistência [...]*, Determinantes sociais: *[...] compreensão das vulnerabilidades específicas dessa população*. **Considerações finais:** O presente artigo permitiu refletir sobre o estudo da pluralidade acerca dos processos de saúde e doença no que diz respeito à saúde indígena e analisou quem são os estudantes e de que forma a saúde indígena e as competências médicas para atender essa população estão sendo abordadas ao longo da formação no estado de Santa Catarina.

Palavras chave: Saúde indígena; perfil de estudantes; competências médicas; vulnerabilidade

ABSTRACT

Objective: To describe the profile of medical students at universities in Santa Catarina and analyze which skills they describe as necessary to medical care for the indigenous population. **Method:** Mixed research, with a cross-sectional quantitative approach and an exploratory qualitative approach. Data collection was conducted through an online questionnaire with medical students from the State of Santa Catarina. Quantitative data analysis was performed using descriptive statistics and content analysis was used for qualitative data. **Results:** In the profile, a predominance of women (66.95%) was identified, the mean age of 24.47 years (± 5.35), and 83.26% was self-declared white race/color. In addition, 76.99% of students were born in the southern region of Brazil, 41.43% are taking the basic cycle of the course; and 45.61% did not enter by quota, about income, 52.3% of students have a family income of up to five minimum wages. The categories that emerged from the analysis were Communicative Skills: *the ability to build a good doctor-patient relationship and to communicate [...]*, Empathy: *[...] willingness to look at the individual through their experiences and use this to help treatment*, Cultural aspects: *anthropological and cultural knowledge of the community to which assistance is provided [...]*, Social determinants: *[...] understanding of the specific vulnerabilities of this population*. **Final considerations:** This article allowed us to reflect on the study of plurality about health and disease processes relating to indigenous health and analyzed who the students are and how indigenous health and medical skills to take care of this population are being addressed during training in the state of Santa Catarina.

Keywords: Indigenous Health; student profile; medical skills; vulnerability

INTRODUÇÃO

As políticas públicas de saúde no Brasil, voltadas para a população indígena, deram-se de forma tardia em nosso país, sendo estes reconhecidos como cidadãos de direito pela primeira vez na Constituição Federal de 1988¹. Isso resultou em um significativo contraste social dos mais diversos tipos, levando a drásticas perdas nas áreas da educação, saneamento, habitação e saúde².

Nesse sentido, pensar em elementos que minimizem a desigualdade de saúde da população indígena, passa através do conhecimento sobre uma realidade de saúde pouco vista durante a graduação. Para isso, foi fundamental que as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos Cursos de Graduação em Medicina abordassem a relevância da atenção às necessidades individuais de saúde, e o desenvolvimento de habilidades objetivando a identificação de queixas sem julgamentos. Além disso, a DCN sugere que o profissional atue de forma empática, seja capaz de reconhecer o contexto de vida, os elementos biológicos, psicológicos, socioeconômicos dos seus pacientes e também valorize as práticas culturais relacionadas ao processo saúde-doença de matriz afro-indígena-brasileira^{3,4}.

Visto que, no nosso país, segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), divulgado no ano de 2010, a população indígena brasileira corresponda a 896.917 pessoas e que no estado de Santa Catarina 16.041 indivíduos se autodeclaram indígenas, há a lacuna de um povo necessitando de um olhar diferenciado no tocante da saúde. Assim, os aspectos envolvidos em sua assistência exigem dos profissionais habilidades comunicativas, empatia nas relações, o reconhecimento de sua cultura como fortaleza do cuidado e conhecimento de seus diferentes agravos à saúde que tornam esta população vulnerável. A partir dessas reflexões, observamos a importante e necessária abordagem do tema⁵.

Pensando em dialogar com o que vem sendo direcionado nacionalmente no campo da formação médica, esta pesquisa buscou descrever o perfil de estudantes de Medicina das universidades de Santa Catarina e analisar quais competências eles descrevem como necessárias para atender a população indígena.

MÉTODO

O desenho utilizado nesta pesquisa foi misto, sendo composto por uma abordagem quantitativa do tipo transversal e qualitativa do tipo exploratória.

A coleta de dados ocorreu de modo online com estudantes de Medicina do Estado de Santa Catarina. Para a coleta de dados foi organizado um questionário com questões abertas e fechadas que buscavam identificar o perfil dos estudantes (idade, sexo, renda, universidade, período do curso, instituição pública ou privada, raça/cor autodeclarada, sistema de cotas cotista) e características relacionadas formação médica para atuar em contato com a população indígena. O questionário era composto por 25 questões e foi respondido por meio de link eletrônico enviado a todas as universidades do Estado de Santa Catarina.

Os critérios de inclusão foram ser estudante de medicina e ter contato de e-mail ou telefone disponível na instituição onde estuda. E o critério de exclusão não ter acesso a internet ou dificuldades de abrir o link do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e questionário. O período da coleta de dados foi de 10 de maio a 30 de junho de 2021.

Para dar início a coleta de dados foi organizada uma lista com os contatos de telefone e e-mail de todos os cursos de Medicina do Estado de Santa Catarina disponíveis nas páginas da Universidades. Em seguida, foi enviado, individualmente, por e-mail aos coordenadores de curso um convite para participação na pesquisa e o link de acesso ao TCLE e as questões da pesquisa. Assim, os estudantes receberam por meio de suas instituições os convites para a participação no estudo.

Após responder o TCLE os estudantes visualizaram o questionário e ao final enviavam suas respostas. As pesquisadoras fizeram download dos dados do sistema digital em planilha eletrônica, importando para o software R para a realização da análise das variáveis quantitativas, por meio da estatística descritiva (porcentagem e média).

Para a realização da análise dos dados das variáveis qualitativas, o presente estudo utilizou método de análise de conteúdo proposto por Bardin, considerando que ele possibilita perceber de maneira sistematizada e confiável os resultados e as respostas obtidas dentro de um sistema de análise científico reconhecido e conceituado para análises qualitativas de entrevistas. Esse método consiste em três

fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação⁶.

A respeito da fase inicial, de pré-análise, após reunir em um único documento todas as respostas foi realizada a leitura flutuante do material. Também realizou-se a organização dos dados coletados, selecionando o que havia de relevante para ser trabalhado, de modo a permitir a identificação das ideias que continham sentido para serem analisadas nas etapas seguintes. Ressalta-se aqui que para a seleção dos dados foram cumpridas as regras da exaustividade, homogeneidade e pertinência, estabelecidas pela autora para a realização da análise⁶.

Em seguida, foi executada a exploração do material, segunda fase do método, onde procurou-se verificar se as ações da fase anterior foram devidamente concluídas, para assim proceder com a codificação e decomposição das construções coletadas. Para a codificação, primeiramente, foram estabelecidas as unidades de registro por temas e em seguida foram recortadas e agrupadas todas as falas que diziam respeito a cada tema. A partir disso, foram criadas as categorias que transformam os dados brutos em dados organizados, fornecendo uma representação simplificada⁶. Em cada categoria foram reunidas as unidades de registros que apresentavam relação, e também uma nomeação, através de um título abrangente, a categoria, a exemplo: em uma categoria comunicação, habilidade comunicativa, comunicar, linguagem, língua, dialogar e escuta ativa, como habilidades comunicativas. Em outro eixo reuniram-se as unidades de registro respeito, empatia, olhar humanizado/ diferenciado/ biopsicossocial, humildade. Ainda nos conhecimentos dos aspectos culturais foram agrupadas as unidades cultura/cultural/ culturais/ socioculturais, diversidade sociais e biológicas/diversidades, costumes, crenças, processo de saúde- doença, conceito de saúde, suas práticas culturais/ medicinais e formas de lidar com a doença. E numa última categorização foram incluídos nos conhecimentos dos determinantes sociais as unidades de registro determinantes sociais, agravos de saúde, principais doenças/ enfermidades/ questões relacionadas à saúde, vulnerabilidade, epidemiologia, realidade e doenças endêmicas. Ainda nessa fase, de exploração, foi realizada a enumeração das unidades de registro por meio da contagem da frequência com que essas unidades apareceram nas falas dentro de cada categoria, considerando que a importância de cada unidade de registro é diretamente proporcional ao número de aparições.

Por último, na fase de tratamento, inferências e interpretações dos resultados, foram empreendidos esforços para que os resultados obtidos fossem significativos e válidos. Conforme Bardin⁶ considera, nesta etapa se “permitem estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos, os quais condensam e põem em relevo as informações fornecidas pela análise”⁶(p 127). A forma de inferência utilizada foi a específica, pois buscou-se responder ao problema de pesquisa. Para isso foram construídos quadros que permitiram a visualização facilitada de informações, como também possibilitaram constantes retornos que auxiliaram na interpretação dos resultados.

Para o cálculo amostral foi utilizado o número de estudantes do curso de Medicina do Estado de Santa Catarina em 2020, sendo considerado para um cálculo de prevalência o percentual de 62% de estudantes de medicina que relataram ter tido contato com professores que abordaram o tema de saúde indígena durante a graduação (referenciar o estudo de Moreira), sendo necessário o quantitativo de 275 respondentes com margem de erro de 5%.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP UFFS) e foi aprovado sob o CCAE 44214321.6.0000.5564, parecer nº 4.684.544, em 30 de abril de 2021. Além disso, ressalta-se que a pesquisa foi conduzida de acordo com todos os padrões éticos exigidos (Resolução 466/2012- 510/2016 - 580/2018, do Ministério da Saúde).

RESULTADOS

Participaram desta pesquisa 239 estudantes de Medicina de universidades de Santa Catarina. Na tabela 01 é apresentado o perfil dos participantes da pesquisa considerando a idade, sexo, renda, universidade, período do curso, instituição pública ou privada, raça/cor autodeclarada e sistema de cotas/cotista.

Tabela 01: Características sócio demográficas dos estudantes de Medicina.

Variável	n	%
Universidade Pública ou privada:		
Pública	130	54,39
Privada	109	45,61
Forma de Ingresso:		
Vestibular = 0	114	47,70
Enem = 1	112	46,86

Transferência = 2	13	5,44
Semestre:		
Ciclo básico	99	41,43
Ciclo clínico	91	38,08
Internato	49	20,51
Você possui alguma cota?		
Não respondeu = 0	32	13,39
Não tem cota = 1	109	45,61
Sim	98	41,00
Região onde nasceu:		
Norte	1	0,42
Nordeste	5	2,10
Centro Oeste	10	4,20
Sudeste	39	16,31
Sul	184	76,99
Sexo:		
Feminino	160	66,95
Masculino	79	33,05
Raça/cor:		
Branca	199	83,26
Parda	29	12,13
Preta	7	2,98
Indígena	3	1,26
Amarela	1	4,60
Idade, média (DP)	24,47	0,42
Renda média mensal (salários mínimos):		
Não respondeu	52	21,76
0 a um salário-mínimo	37	15,48
Até cinco salários-mínimos	88	36,82
Até 10 salários-mínimos	51	21,34
Mais que 10 salários-mínimos	11	4,60

Fonte: elaborado pelas autoras.

Dentre os participantes da pesquisa, obteve-se como características sócio demográficas dos estudantes de medicina um predomínio de participantes que advêm de instituições públicas, totalizando 130 (54,39%); sendo 109 (45,61%) acadêmicos na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS); nas formas de ingresso no curso destaca-se o vestibular com 114 (47,70%) participantes; 99 (41,43%) estudantes ainda estão cursando o ciclo básico do curso; não ingressaram por cota totalizou 109 (45,61%) pessoas; quanto a região do Brasil, 184 (76,99%) pessoas nasceram no Sul do país; 160 (66,95%) participantes eram mulheres; 199 (83,26%) se autodeclararam de raça/cor branca; a média de idade foi de 24,47 anos ($\pm 5,35$); e 125 (52,3%) estudantes possuem renda familiar de até cinco salários mínimos.

Na tabela 02 estão reunidas as respostas dos participantes quando questionados em relação ao curso e à sua formação, e se esta contemplou ou não a saúde da população indígena.

Tabela 02 – Conhecimento dos estudantes sobre medicina e a saúde indígena.

Perguntas	n	%
1. O entendimento do que é ter saúde para a população indígena é diferente da população não indígena.		
1.Discordo Totalmente	10	4,18
2.Discordo Parcialmente	18	7,53
3.Discordo Pouco	8	3,35
4.Concordo Pouco	18	7,53
5.Concordo Parcialmente	88	36,82
6.Concordo Totalmente	97	40,59
2. Os indígenas são um grupo que sofre com a invisibilidade social.		
1.Discordo Totalmente	1	0,42
2.Discordo Parcialmente	6	2,51
3.Discordo Pouco	4	1,67
4.Concordo Pouco	5	2,09
5.Concordo Parcialmente	65	27,20
6.Concordo Totalmente	158	66,11
3. Existem diferenças no atendimento de indígenas e não indígenas.		
1.Discordo Totalmente	5	2,09
2.Discordo Parcialmente	6	2,51
3.Discordo Pouco	7	2,93
4.Concordo Pouco	37	15,48
5.Concordo Parcialmente	100	41,84
6.Concordo Totalmente	84	35,15
4. Na sua formação você já estudou a saúde indígena.		
1.Discordo Totalmente	148	61,92
2.Discordo Parcialmente	35	14,64
3.Discordo Pouco	15	6,28
4.Concordo Pouco	22	9,21
5.Concordo Parcialmente	10	4,18
6.Concordo Totalmente	9	3,77
5. Na sua formação você já estudou sobre o sistema de saúde direcionado a população indígena.		
1.Discordo Totalmente	144	60,25
2.Discordo Parcialmente	37	15,48
3.Discordo Pouco	12	5,02
4.Concordo Pouco	18	7,53
5.Concordo Parcialmente	21	8,79
6.Concordo Totalmente	7	2,93

6. Não é necessária formação diferenciada para atuar em comunidade indígena.

1.Discordo Totalmente	121	50,63
2.Discordo Parcialmente	58	24,27
3.Discordo Pouco	20	8,37
4.Concordo Pouco	21	8,79
5.Concordo Parcialmente	14	5,86
6.Concordo Totalmente	5	2,09

7. Sua formação está te preparando para trabalhar com a população indígena

1.Discordo Totalmente	116	48,54
2.Discordo Parcialmente	70	29,29
3.Discordo Pouco	27	11,30
4.Concordo Pouco	12	5,02
5.Concordo Parcialmente	11	4,60
6.Concordo Totalmente	3	1,26

8. Você trabalharia diretamente com essa população no futuro.

1.Discordo Totalmente	23	9,62
2.Discordo Parcialmente	16	6,69
3.Discordo Pouco	30	12,55
4.Concordo Pouco	46	19,25
5.Concordo Parcialmente	65	27,20
6.Concordo Totalmente	59	24,69

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Quando foi perguntado aos alunos sobre o conceito de saúde para pessoas indígenas e não indígenas, 97 alunos (40,59%) concordaram totalmente que o entendimento desses dois grupos é diferente. Ademais, 158 (66,11%) participantes concordaram que os indígenas são um grupo que sofre com a invisibilidade social. Quanto ao atendimento em saúde, 100 alunos (41,84%) concordaram parcialmente que há diferenças entre indígenas e não indígenas. A maioria dos alunos, 148 (61,92%), discorda totalmente ao ser questionado a respeito de já ter estudado sobre a saúde indígena, e também discordam totalmente, 144 (60,25%), que já estudaram sobre o sistema de saúde direcionado à população indígena. Observa-se da mesma forma que 121 (50,63%) alunos discordam totalmente que não seria necessária uma formação diferenciada para atuar em comunidades indígenas. Outrossim, 116 (48,54%) alunos discordam totalmente que a formação médica que estão recebendo os prepara para trabalhar com essa população. Quando questionados sobre a possibilidade de trabalhar diretamente com essa população no futuro, apenas 65 alunos (27,20%) concordam parcialmente que essa poderia ser uma realidade.

Foi questionado aos estudantes sobre quais competências consideram importantes para uma prática médica em comunidades indígenas. A partir da análise dos dados de 239 questionários, as respostas foram contabilizadas e agrupadas em quatro categorias: Habilidades comunicativas: *capacidade de construir uma boa relação médico-paciente e de se comunicar [...]*, Empatia: *[...] vontade de olhar o indivíduo pelas experiências dele e utilizar isso para auxiliar o tratamento*, Aspectos culturais: *conhecimento antropológico e cultural da comunidade a qual for prestar assistência [...]*, Determinantes sociais: *[...] compreensão das vulnerabilidades específicas dessa população*.

Habilidades comunicativas: *capacidade de construir uma boa relação médico-paciente e de se comunicar [...]*

Os participantes consideraram importante que os médicos desenvolvessem modos de se comunicar de maneira efetiva com seus pacientes. Sabe-se que as comunidades indígenas no Brasil possuem mais de 274 diferentes línguas e dialetos diferentes, demonstrando a importância dessa competência para a prática médica e da necessidade de se construir uma boa relação médico paciente⁵. As palavras que apareceram nas respostas dos questionários foram: comunicação (39 vezes), habilidades comunicativas (duas vezes), comunicar, linguagem (quatro vezes), língua, dialogar e escuta ativa (sete vezes), o que totalizou 60 vezes a citação desta habilidade pelos participantes. As falas abaixo representam um pouco disso:

Escuta adequada, zero preconceitos, boa habilidade comunicativa [...] (P149)

[...] escuta ativa, compreensão, maleabilidade, bom relacionamento [...] (P7)

[...] boa capacidade de dialogar com o paciente [...] (P174)

[...] a linguagem diferente. Ex: Kaingang [...]. (P86)

Empatia: *[...] vontade de olhar o indivíduo pelas experiências dele e utilizar isso para auxiliar o tratamento*

A palavra empatia foi mencionada diversas vezes nas respostas dos estudantes. Isso demonstra que tanto o conceito quanto a ideia de *[...] habilidades interpessoais [...]* (P.233) são essenciais para a formação médica e também trabalhadas nas universidades. Quando se trata de populações vulneráveis, os

estudantes entrevistados demonstram uma preocupação ainda maior em relação a necessidade de um atendimento mais humanizado. As palavras que apareceram nas respostas dos questionários foram: respeito (34 vezes), empatia (49 vezes), olhar - humanizado/ diferenciado/ biopsicossocial (seis vezes), humildade (quatro vezes), totalizando 93 vezes que a habilidade foi citada pelos participantes. As falas abaixo sintetizam essa ideia:

[...] olhar humanizado, alteridade e respeito. (P2)

Olhar diferenciado e respeitoso [...] (P27)

Respeito sobre a cultura desta população em relação ao processo saúde-doença, levando em conta suas experiências [...] (P237)

[...] Compaixão [...] (P62)

[...] capacidade de entender a complexidade que é outro ser. (P34)

Aspectos culturais: conhecimento antropológico e cultural da comunidade a qual for prestar assistência [...]

O conhecimento sobre aspectos culturais foi a competência mais citada pelos participantes da pesquisa, demonstrando a importância de uma atenção diferenciada que respeite os elementos complexos que constituem os diversos modelos de cuidado dessas populações, sendo visto como parte importante do processo de assistência e cura. As palavras cultura/cultural/sociocultural e seus plurais apareceram 132 vezes nas respostas dos estudantes, diversidade foi citada três vezes, costumes 18 vezes, crenças 16 vezes, processo de saúde-doença dez vezes, conceito de saúde sete vezes, práticas culturais/medicinais cinco vezes e formas de lidar com a doença três vezes. O que totalizou 194 vezes que esse conceito foi apontado. Abaixo constam alguns depoimentos que ilustram um pouco disso:

[...] saber sobre a cultura dos indígenas, no que eles acreditam, o que costumam utilizar quando estão doentes [...] (P20)

Conhecer a cultura indígena, o que eles consideram saúde/doença, as formas que essa população lida com a doença. (P54)

[...] conhecimento prévio sobre cultura e sobre conceitos de saúde da população indígena [...] (P110)

[...] o que consideram como saúde e o que buscam durante o atendimento médico. (P181)

[...] tentar adaptar o conhecimento médico da formação médica habitual aos conceitos de saúde/doença indígena e os conhecimentos de medicina indígena [...] (P200)

Determinantes sociais: [...] compreensão das vulnerabilidades específicas dessa população

Os estudantes consideram que é importante o conhecimento epidemiológico dos principais agravos que acometem as comunidades indígena para auxiliar no seu trabalho com essa população. As palavras citadas foram: determinantes sociais (duas vezes), agravos de saúde (cinco vezes), principais doenças/ enfermidades (seis vezes), vulnerabilidade (nove vezes), epidemiologia (12 vezes), realidade (11 vezes) e doenças endêmicas (duas vezes), totalizando 50 vezes que esta competência foi citada pelos estudantes. Abaixo algumas respostas que representam essa ideia:

[...] entendimento sobre doenças epidemiologicamente relevantes para esta população específica. (P46)

Entender mais sobre doenças endêmicas, predisposições genéticas [...] sobre realidade de assistência para obtenção de medicamentos. (P167)

[...] conhecimento acerca das principais questões relacionadas à saúde que acometem a população indígena e ponderação acerca das vulnerabilidades biopsicossociais específicas desse grupo. (P180)

Estudo das principais enfermidades que atingem essa população, seja doenças infectocontagiosas ou doenças genéticas crônicas. (P182)

Conhecimento e compreensão sobre [...] hábitos alimentares, doenças prevalentes [...](P37)

[...] conhecer o contexto social dessa população [...] (P45)

[...] ter ciência da vulnerabilidade dos povos indígenas [...] (P63)

[...] Doença pelo fato de não ter o mesmo saneamento e ter contato direto com a terra. (P127)

DISCUSSÃO

O perfil socioeconômico dos estudantes de medicina, principalmente nas universidades públicas, está mudando⁷. Atualmente, as iniciativas relacionadas às ações afirmativas e ao sistema de cotas são responsáveis por ampliar a diversidade e promover mais inclusão no ensino⁸.

O curso de medicina da UFFS, desde 2017, reserva 50% das vagas para alunos cotistas. O presente artigo, apesar de abranger instituições de ensino tanto públicas quanto privadas, obteve um perfil que satisfaz as políticas de inclusão, pois cerca de 41% (n=98) dos participantes são oriundos de escola pública. Ainda, grande parte dos participantes (45,6%) da pesquisa são da UFFS, e por meio das cotas oferecidas, o perfil destes estudantes se diferencia das outras universidades.

Ademais, a proporção de estudantes com rendas inferiores no curso de Medicina vem aumentando. No ano de 2013, a renda familiar em até seis salários mínimos correspondia a 27,3% dos estudantes, já no ano de 2019 esse número era de 44,7%⁷. Esses valores são ainda maiores neste estudo, pois 52,3% dos estudantes possuem renda de até cinco salários mínimos, refletindo uma maior inclusão social na graduação médica.

Destaca-se também a maior presença feminina que acompanha a tendência crescente brasileira da presença de mulheres nos cursos de medicina^{7,9}. A média de idade foi de 24,47 anos ($\pm 5,35$) e percebe-se um aumento de médicos na faixa etária mais jovem ao longo dos anos⁷. Além disso, 83,26% se autodeclararam de raça ou cor branca, 12,13% se declararam pardos, 2,93% se autodeclararam da cor ou raça preta, 0,42% se autodeclararam da cor ou raça amarela e 1,26% indígenas. Apesar do predomínio da raça ou cor branca nos dados obtidos da pesquisa, é importante compreender que esse perfil difere de uma amostra composta por estudantes somente de universidades públicas ou privadas, mas segue de acordo com o perfil dos concluintes do curso de medicina de 2019⁷. Também, mesmo com percentual baixo de participação (1,26%), é especialmente importante e constitui esperança para futuras mudanças a presença de estudantes indígenas na pesquisa.

A inclusão de indígenas nos cursos de medicina possibilita uma maior representatividade do grupo no contexto das universidades, como também diversifica a construção do pensamento médico sobre diferentes concepções do processo de saúde - doença¹⁰.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas de 2002 já mencionava a demanda de integrar aos cursos de medicina estudantes indígenas:

“As instituições de ensino e pesquisa serão estimuladas a produzir conhecimentos e tecnologias adequadas para a solução dos problemas de interesse das comunidades e propor programas especiais que facilitem a inserção de alunos de origem indígena, garantindo-lhes as facilidades necessárias ao entendimento do currículo regular: aulas de português, apoio de assistentes sociais, antropólogos e pedagogos, currículos diferenciados e vagas especiais”¹ (p.16).

Experiências de reserva de vagas para estudantes oriundos de populações originárias acontecem na Austrália, no Canadá e também por diversos países da América Latina. Esse movimento é capaz de tornar os futuros profissionais poderosos agentes modificadores com responsabilidade e engajamento com a saúde local¹⁰.

Do mesmo modo, a importante presença da disciplina Saúde indígena nas grades curriculares medicina foi tema de discussão na 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena no ano de 2007. Partindo desses pontos, é possível inferir que há uma urgência em garantir uma saúde diferenciada à essa população e essa garantia perpassa especialmente a necessidade das escolas médicas em abordarem novos horizontes além dos conteúdos clássicos da área da saúde⁴.

A necessidade de ampliação da abordagem a essa população está presente nas DCN para os cursos de medicina de 2014 que apresentam importantes pontos de valorização sobre as diversidades étnicas, por exemplo:

“O graduando será formado para considerar sempre as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social”³ (p.1, 2).

Nesse sentido, o futuro médico deverá formar-se para atuar:

“Sem privilégios nem preconceitos de qualquer espécie, tratando as desigualdades com equidade e atendendo as necessidades pessoais específicas, segundo as prioridades definidas pela vulnerabilidade e pelo risco à saúde e à vida, observado o que determina o Sistema Único de Saúde (SUS)”³ (p.2).

Ainda que se encontre indígenas em todo o território nacional¹¹, as DCNs não abordam explicitamente a importância das experiências dos estudantes de medicina direcionada aos povos indígenas. Isso gera uma inclinação ao pensamento de que

esse aprendizado deveria ser reservado apenas para quem almeja trabalhar com essa população, o que pode ser observado na resposta dos participantes da pesquisa, onde menos de 30% consideram essa possibilidade no futuro. Esse movimento acaba por gerar abismos nos encontros entre os estudantes e uma realidade muito próxima e recorrente, seja ela nas cidades, nos serviços de saúde, nos ambulatórios e hospitais.

Faz-se importante reforçar que neste estudo, aproximadamente 41% dos alunos concordam que o entendimento sobre saúde indígena e não indígena é diferente, mas, aproximadamente 62% dos estudantes relata não ter estudado sobre saúde indígena durante a graduação. Esses dados se assemelham aos de outros estudos onde os entrevistados acreditam que aprender sobre os povos indígenas é importante, mas a maioria não se sente devidamente preparada para trabalhar com populações indígenas¹².

Essa dificuldade tem origem na escassez de discussões sobre o tema na graduação. Mesmo que as DCN contemplem pontos de valorização das diferenças étnico-raciais, na prática ela pouco acontece¹³. Isso pode ser observado na resposta dos participantes da pesquisa, que ao serem questionados se a formação médica que estão recebendo os prepara para trabalhar com essa população, quase 50% discorda dessa afirmação.

Contudo, percebe-se ao longo das falas dos participantes uma preocupação importante sobre de que forma é possível fazer uma medicina mais humanista em cenários pouco explorados: *Humanidade, empatia e entender todo o contexto que envolve esta população, sua história, cultura, costumes (P209)*. Isso é um reflexo positivo das mudanças da DCN e do processo de formação de estudantes/futuros profissionais com consciência crítica e reflexiva de que é necessária uma abordagem diferenciada no que tange ao atendimento de populações vulneráveis. Para os estudantes entrevistados na pesquisa, os novos horizontes correspondem a um grupo de ideias e conceitos que as pesquisadoras denominaram como competências importantes para a prática médica voltada para a população indígena. Essas competências incluem ter boas habilidades comunicativas, ter empatia no atendimento, saber reconhecer os aspectos culturais envolvidos na assistência e os determinantes sociais que tornam os indígenas vulneráveis ao adoecimento.

Sobre a comunicação em saúde e a empatia na prática assistencial, o futuro médico necessita desenvolver a:

“Comunicação, por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais, com empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado”³ (p. 2).

Por meio da linguagem o indivíduo reflete sobre suas memórias e sensações presentes em um nível inconsciente e torna-se capaz de expressar seus sentimentos de maneira consciente e significativa, o que é essencial para o contato interpessoal¹⁴. No entanto, a dificuldade em estabelecer uma comunicação efetiva representa um grande desafio quando médico e paciente falam línguas distintas. Estudos relatam que esse obstáculo acaba sendo superado com o passar do tempo e com o frequente contato com a população indígena, contudo ressaltam a importância de uma comunicação intercultural mais sensível e cuidadosa¹⁵.

Além de tudo, a dificuldade de comunicação e de compreensão do português constitui fator importante para a adesão ao tratamento médico¹⁶. O que reitera a importância de se conhecer a história desses povos e buscar conhecimentos que contribuam para uma comunicação efetiva e atuação contextualizada¹⁶.

Porém, ao falar sobre a compreensão desses indivíduos de maneira diferenciada, surge a necessidade de se refletir sobre a prática em saúde e de que maneira esses profissionais se dispõem a ouvir e a dialogar. Essa é uma das competências mais importantes que os profissionais de saúde que atuam em saúde indígena devem exercitar e construir. Sendo assim:

“Quando nos dispomos a ouvir, não só ouvir, mas escutar, e exercer nosso papel de interlocutores, estamos trabalhando com a perspectiva de repensar nossa própria cultura, relativizar nossos próprios paradigmas”¹⁷ (p. 182).

Faz-se necessário destacar a importância da escuta qualificada e do diálogo para facilitar a relação médico-paciente, ademais, o modelo de atenção à saúde indígena se aproxima da política nacional de humanização, pautada em escuta e questionamento sobre os conceitos relacionados à saúde, adoecimento e cura¹⁷.

Ademais, é importante a participação empática por parte de quem escuta a narrativa para que a mesma cumpra seu objetivo. A escuta ativa é uma atitude que tem por objetivo permitir e facilitar a expressão verbal e não verbal do interlocutor, e constitui importante instrumento da abordagem clínica centrada na pessoa. Assim, *“a escuta ativa deve estar baseada no interesse genuíno pelo outro, na empatia e no acolhimento real do que está sendo dito ou expresso”¹⁴ (p. 378).*

A empatia diz respeito à habilidade que, por meio da perspectiva do outro, permite a compreensão do seu estado físico e mental. Ela também é uma competência clínica indispensável para a prática médica, pois colocar-se no lugar dos pacientes e dividir seus sentimentos resulta em uma melhor e mais efetiva relação médico-paciente¹⁸.

Com o intenso processo de urbanização, o encontro entre profissionais da saúde e indígenas torna-se mais comum. Silva¹⁶ descreve em seu artigo que o indígena carrega em uma consulta muito mais que um simples sintoma. Nesse encontro compreende todo o ambiente, suas crenças, valores, visão de mundo espiritual, o sistema cultural próprio, toda sua história de luta, resistência e a sua forma de curar doenças. Assim, *“os profissionais se veem no limiar da negociação dos significados, no desafio da decodificação e da reinterpretação da maneira de pensar, ver e reagir dos povos indígenas”*¹⁶. (p.20)

Como resultado da pesquisa, obteve-se um quantitativo alto de respostas que abordaram o tema empatia. Os estudantes mencionaram o tema 93 vezes: *empatia e vontade de olhar o indivíduo pelas experiências dele e utilizar isso para auxiliar o tratamento (P89). Ter um olhar diferenciado, saber ouvir, entender as crenças e as culturas e a forma como eles lidam com a saúde e o ter e o ser da saúde (P61)*. Demonstrando que para os estudantes essa competência é capaz de aproximar universos distintos e estabelecer um cuidado de maior qualidade no atendimento da população indígena.

Sendo assim, é cada vez mais importante que professores da área da saúde fomentem atividades com o intuito de desenvolver essa habilidade entre os estudantes. A exemplo disso, podemos mencionar a experiência em atividades de extensão universitária no Ambulatório do Índio e Hospital de São Paulo da UNIFESP. O projeto tem o intuito de criar espaços para o desenvolvimento de diferentes percepções do processo de saúde e doença para que os alunos da graduação se deparam com o universo indígena a fim de promover um acolhimento humanizado e sensível¹⁹.

Portanto, ter conhecimento de que há diversos fatores que influenciam no processo de saúde e doença, que a saúde é fenômeno individual, multicausal e inteiramente influenciado pelos determinantes sociais é um passo fundamental para expressar, diante de cenários desafiadores, a empatia.

Para mais, dentre os conteúdos curriculares que devem ser abordados no curso de Medicina, consta a necessidade de ampliar a “*compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença*”³(p. 10).

Grande parte dos participantes da pesquisa entende a importância dos conhecimentos sobre epidemiologia indígena para a atuação em saúde. No entanto, há uma grande dificuldade em encontrar dados atualizados e consistentes acerca do tema.

Segundo o Ministério da Saúde e dados do SasiSUS, no Brasil, a população indígena é afetada principalmente por: doenças do aparelho respiratório; doenças infecciosas e parasitárias; tuberculose; infecções sexualmente transmissíveis (ISTs); hepatites virais; hipertensão arterial; diabetes; câncer de colo de útero; suicídios; agravos relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas; e violência²⁰.

Já em relação a prevalência de doenças crônicas, entre os anos de 2015 a 2017, as doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, neoplasias e diabetes mellitus foram responsáveis por cerca de 27% dos óbitos indígenas assistidos pelo SasiSUS no país. Quanto aos dados de mortalidade em crianças menores de cinco anos, no período de 2010 a 2016 os principais causadores são: doenças do aparelho respiratório, afecções originadas no período perinatal, doenças infecciosas e parasitárias, e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas²⁰.

Somada a toda singularidade, a rede de saúde para a população indígena que é regida pelos mesmos princípios do SUS e opera com princípios: universalidade, equidade e integralidade, ainda assim apresenta dificuldades de oferecer atendimento plenamente compatível às necessidades dessa população ²¹. Isso se deve ao fato de que grande parte dos profissionais apresenta dificuldades para lidar em cenários interculturais⁴.

A cultura pode ser conceituada como uma mescla de sinais e significados que permitem um grupo interpretar a experiência e guiar as ações²². Em relação à saúde, a cultura é um elemento complexo e indispensável para auxiliar no entendimento de uma determinada enfermidade²³.

A percepção de que os aspectos interculturais representam grande desafio no que tange o atendimento em saúde, especialmente para a população indígena, é comum entre os profissionais de saúde e está presente entre os estudantes da pesquisa¹⁶. A partir do exposto, é possível verificar que os futuros profissionais

médicos, diante de contextos comunitários indígenas, consideram que é necessária uma abordagem diferenciada e que relacione o serviço de saúde com as medicinas tradicionais.

A PNASPI 2002, tem como diretriz a “*preparação de recursos humanos para atuação no contexto intercultural*” (p. 13). Dessa forma, o cuidado com a população indígena invariavelmente atravessa o universo cultural no qual deve sobretudo pautar-se na:

“Identificação dos motivos ou queixas, evitando julgamentos, considerando o contexto de vida e dos elementos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e a investigação de práticas culturais de cura em saúde, de matriz afro-indígena-brasileira e de outras relacionadas ao processo saúde-doença”³ (p. 5).

Consequentemente para garantir um serviço marcado pela integralidade é necessário que além do conhecimento técnico, os profissionais que atuem no campo tenham desenvolvido em sua trajetória acadêmica [...] *background cultural diferente do que se é ensinado na universidade (P53)*. Isso é possível através de experiências práticas de extensão, rodas de conversa, em ambientes de prática em hospitais e unidades de saúde ou até mesmo dentro das comunidades. Logo, se reconhece como essencial o despertar da sensibilidade para situações de diálogo entre diferentes culturas nas graduações na área saúde²⁴.

Ressalta-se, ainda, que o conhecimento dos aspectos culturais abrange as demais competências supracitadas. Para que a cultura seja compreendida e valorizada como um influenciador da saúde indígena é necessário não somente considerá-la como um determinante social, mas também o aprimoramento profissional das habilidades comunicativas e da empatia durante o exercício da medicina.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo permitiu refletir sobre o estudo da pluralidade acerca dos processos de saúde e doença no que diz respeito à saúde indígena. Analisou-se quem são os estudantes e de que forma a saúde indígena e as competências médicas para atender essa população estão sendo abordadas ao longo da formação no estado de Santa Catarina. Do mesmo modo, percebe-se que o tema ainda revela grandes desafios e receios entre os acadêmicos sobre suas futuras práticas com essa

população. Mesmo com os avanços da DCN nota-se necessário o progredir na discussão sobre saúde indígena (e outras populações vulneráveis) nos cursos de graduação em medicina.

Diante da lacuna de conhecimentos relacionados à temática indígena por estudantes de medicina, docentes e médicos, é necessário pensar de que forma essas dificuldades serão superadas, visando que no futuro sejam incluídas em programas, disciplinas nas grades curriculares e projetos na atenção à saúde indígena. A pesquisa realizada pretende fomentar a importância da abordagem do tema e futuramente busca retribuir esse e outros estudos com as comunidades indígenas da região de Chapecó.

Além disso, uma das limitações deste estudo foi a baixa quantidade de alunos participantes na pesquisa. Esperava-se uma amostra de no mínimo 291 respondentes para significância de 0,05%, o que não foi possível devido a pouca adesão das outras universidades, dificuldade de contato e pouca resposta aos *email-s* enviados pelas autoras.

Sendo assim, o desenvolvimento de uma sensibilidade nas universidades médicas caminha na busca pelo conhecimento dos conceitos culturais e das identidades locais e correspondem a elemento chave para que os futuros médicos, em contato com populações vulneráveis, conheçam os agravos mais prevalentes e assim possam estabelecer uma relação mais compassiva e compatível com a realidade social.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

2. Carlos, E. A. Coimbra. Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2014, v. 30, n. 4
3. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução Nº. 3 de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 23 jun. 2014; Seção 1, p. 8-11
4. Diehl EE, Pellegrini MA. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. Cad Sapude Publica 2014; 30(4):867-874.
5. Instituto Brasileira de Geografia e Estatística (IBGE). Os indígenas no Censo Demográfico 2010 Brasília: IBGE; 2012.
6. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
7. Scheffer M, Cassenote A, Guerra A, Guilloux AGA, Brandão APD, Miotto BA, et al. Demografia médica no Brasil 2020. São Paulo: FMUSP, CFM; 2020.
8. Rego RM, Marques NA, Monteiro PC, Oliveira CLB, Lins NAA, Caldas CAM. O perfil atual do estudante de Medicina e sua repercussão na vivência do curso. Para Res Med J. 2018;2(1-4):e05.
9. Lima MC, Domingues MS, Cerqueira AT. Prevalence and risk factors of common mental disorders among medical students. Rev Saude Publica. 2006;40(6):1035-41.
10. Luna, Willian Fernandes. Indígenas na Escola Médica no Brasil: experiências e trajetórias nas universidades federais. 2021.
11. Instituto Socioambiental.. Povos Indígenas no Brasil. Disponível em https://pib.socioambiental.org/pt/Quem_s%C3%A3o
12. Yeung, S., Bombay, A., Walker, C. et al. Preditores do interesse do estudante de medicina no aprendizado da saúde indígena e na prática clínica: um estudo de caso canadense. BMC Med Educ 18, 307 (2018).
13. Freitas, Fernanda Pereira de Paula et al. Experiências de médicos brasileiros em seus primeiros meses na Atenção Primária à Saúde na Terra Indígena Yanomami. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. v. 25
14. Falk JW, Gusso G, Lopes JMC. Medicina de Família e Comunidade como especialidade médica e profissão. In: Gusso G, Lopes JMC (Org.) Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed; 2012.
15. SILVA, R P, et al. A experiência de alunos do PET-Saúde com a saúde indígena e o programa Mais Médicos. Interface (Botucatu) [online]. 2015, vol.19, suppl.1, pp. 1005-1014. ISSN 1807-5762. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1021>.

16. Silva CB. Profissionais de saúde em contexto indígena: os desafios para uma atuação intercultural e dialógica. Rev Antropol [Internet]; 2013.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília : Ministério da Saúde, p.182, 2010.
18. Peixoto, José Maria e Moura, Eliane PerlattoHealth Empathy Map: Creation of an Instrument for Empathy Development. Revista Brasileira de Educação Médica [online]. 2020, v. 44, n. 01
19. Pereira, Érica Ribeiro et al. A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. Saúde e Sociedade [online]. 2014, v. 23, n. 3
20. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
21. Ferreira LO. Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas brasileiras. Em: Langdon EJ, Cardoso MD. Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina. Florianópolis: Editora da UFSC; 2015. Pp. 217–46.
22. Geertz, Clifford. A interpretação das culturas.
23. Langdon EJ. A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica. Parque indígena do Xingu: saúde, cultura e história. São Paulo: Terra Virgem, p. 115-133, 2005.
24. Luna, W F, et al. Identity, Care and Rights: the Experience of Talking Circles about the Health of Indigenous People. Revista Brasileira de Educação Médica [online]. 2020, v. 44, n. 02