

Competência Cultural na Graduação de Medicina e de Enfermagem

Cultural Competence in Undergraduate Medical and Nursing Training

Gláucia de Oliveira Moreira^I
Luciana Branco Motta^{II}

PALAVRAS-CHAVE

- Competência Cultural;
- Educação em Saúde;
- Saúde das Minorias;
- Educação Médica.

KEYWORDS

- Cultural Competence;
- Health Education;
- Minority Health;
- Medical Education.

RESUMO

Introdução: A competência cultural é necessária para que os futuros profissionais saibam trabalhar em contextos diversos. **Material e métodos:** Uma coorte prospectiva com alunos de Enfermagem e Medicina avaliou, por meio de um questionário na fase pré-estágio e de um portfólio reflexivo após quatro meses, o nível de conhecimento das políticas públicas para a população indígena, as reflexões e as impressões sobre o ensino e as práticas de saúde a ela destinadas. **Resultados:** Menos de 67% dos alunos tinham conhecimento das políticas públicas de atenção à saúde indígena; todos indicaram a necessidade de o currículo dar maior atenção aos aspectos culturais na prática. O portfólio revelou desafios no atendimento, com desarticulação das políticas públicas e falha de comunicação, que supera a barreira linguística. **Conclusão:** Há uma demanda real para o desenvolvimento de estratégias de treinamento para os profissionais de saúde que atuarão na rede. Daí a necessidade de adequar o currículo dos cursos da área da saúde, contribuindo para a integração, a interdisciplinaridade e assistência com diálogo intercultural, como preconizam as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014.

ABSTRACT

Introduction: Cultural competence is needed for future professionals to know how to work in different settings. **Methods:** A prospective cohort study, with a group of nursing and medicine students, assessed by means of a pre-internship questionnaire and reflective portfolio after four months of the internship, the students' level of knowledge of public policies related to the indigenous population and their opinions on education and health practices aimed at indigenous people. **Results:** Less than 67% of the students were aware of the indigenous health care policy; all of them indicated the need for the curriculum to give greater attention to cultural aspects in practice. The portfolio revealed challenges in treatment, with the deterioration of public policies and failures in communication to overcome the language barrier. **Conclusion:** There is a real requirement for the development of training strategies for health care professionals who will work in the health system, involving a need to adapt course curricula in the health area, and contributing to the integration, interdisciplinarity and assistance with an intercultural dialogue, as advocated in the National Curriculum Guidelines of 2014.

Recebido em: 24/11/2014

Reencaminhado em: 01/09/2015

Aprovado em: 05/04/2016

^I Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

^{II} Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO

Em Roraima, cerca de 15% da população e 46,37% do território são indígenas. Em toda a rede do Sistema Único de Saúde (SUS), seja municipal, estadual ou federal, há atendimento ao paciente indígena, o que demanda ações específicas, como a inserção da coordenação indígena com tradutores e interlocutores nas unidades hospitalares, de onde emergem necessidades peculiares devido às questões culturais e aspectos linguísticos particulares. São os mesmos hospitais onde os estudantes da graduação em Medicina e Enfermagem cumprem seus estágios curriculares e extracurriculares.

Além das unidades hospitalares, os indígenas são atendidos ambulatorialmente na Casa de Apoio à Saúde do Índio (Casai), onde também ficam hospedados os familiares dos pacientes em tratamento médico no local ou na rede hospitalar. O lugar é amplo e aberto com uma área de mata ao lado, na tentativa de minimizar uma eventual ruptura com suas raízes e necessidades culturais; lá, os tradutores ou intérpretes são indígenas que aprenderam a falar o português.

O PET-Saúde Redes é um Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, organizado pelo Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) com várias redes temáticas prioritárias, entre elas a de atenção à saúde indígena, cujo projeto da Universidade Federal de Roraima (UFRR) foi contemplado com quatro grupos de trabalho. O projeto envolve quatro tutores acadêmicos, que são mestres docentes da UFRR dos cursos de graduação em Medicina e Enfermagem, e 24 preceptores, que atuam em quatro cenários diferentes – Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA), Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré (HMINSN), Hospital Geral de Roraima (HGR) e Casa de Apoio à Saúde Indígena (Casai) – e que orientaram 48 estudantes, sendo 25 do curso de Medicina e 23 do curso de Enfermagem da UFRR, de forma integrada.

A estrutura curricular dos cursos de Medicina e de Enfermagem da UFRR nesse período é anual (seriada), organizada em módulos com duração de seis semanas cada, permitindo a elaboração de atividades práticas complementares às demais disciplinas curriculares de ambas as graduações; portanto, a integração ensino e serviço vem ocorrendo nas unidades assistenciais.

A possibilidade de oferecer aos estudantes de Medicina e de Enfermagem um cenário de aprendizagem onde eles possam percorrer o itinerário terapêutico de determinado paciente ao longo dos diversos níveis de assistência (da Atenção Básica à terciária), segundo os princípios da integralidade, tem sido um dos objetivos do curso de Medicina da UFRR.

Nosso estudo é realizado com os alunos dos quatro grupos de Atenção à Saúde indígena devido à importância regional do PET-Saúde Redes para essa população, uma minoria étnico-racial.

PET-SAÚDE REDES – A INTERFACE DA SAÚDE INDÍGENA NO MUNICÍPIO DE BOA VISTA (RR) COM AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), regulamentada pelo Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999, pela Medida Provisória nº 1.911-8 e pela Lei nº 9.836/99 de 23 de setembro de 1999, tem o propósito de garantir a esses povos o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política, favorecendo a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável. Para que isso seja assegurado, está prevista a adequação e criação de uma rede de serviços que supere as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do SUS¹.

Para alcançar esse propósito, são estabelecidas diretrizes que orientam a definição de instrumentos de planejamento, implementação, avaliação e controle das ações de atenção à saúde dos povos indígenas, entre elas a organização dos serviços de atenção à saúde na forma de Distritos Sanitários Especiais (DSEI) e polos-base. Cada DSEI tem uma rede de serviços integrada e hierarquizada, com complexidade crescente e articulada com a rede do SUS. Em Roraima, existem hoje dois DSEI: o DSEI Yanomami e o DSEI Leste.

O DSEI Leste tem uma população estimada de 40 mil habitantes, pertencentes às etnias Macuxi, Wapixana, Taurepang, Ingaricó, Patamona, WaiWai e Sapara. Para fins administrativos, são distribuídos em nove regiões – Serras, Surumu, Raposa, Baixo Cotingo, São Marcos, Taiano, Serra da Lua, Amajari e WaiWai –, com base em fatores geopolíticos, sociais, étnicos e ideológicos. Cada região é dividida em polos-base, totalizando 34, distribuídas em dez municípios.

O DSEI Yanomami possui uma população estimada de 18.995 habitantes, pertencentes às etnias Yanomami, Yekuana, Sanomã, Xiriana e Aicaba. São distribuídos em 35 polos-base, distribuídos em cinco municípios.

O Distrito é uma unidade organizacional da Secretaria de Saúde Indígena (Sesai) e é uma base territorial e populacional, organizado num conjunto de ações em saúde necessárias à Atenção Básica, articulado com a rede do SUS para referência e contrarreferência em todas as instâncias. Cada aldeia ou comunidade conta com um agente indígena de saúde (AIS), com atividades vinculadas a um posto de saúde. Essas comunidades ou aldeias têm ainda os polos-base, que são a

primeira referência para o agente de saúde. Podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência, e cada polo-base cobre um conjunto de aldeias, sendo sua equipe responsável pelo atendimento de saúde e pela capacitação e supervisão do serviço do AIS. As demandas que superam a capacidade de resolução dos polos-base podem ser enviadas aos hospitais de referência mais próximos, sejam eles de pequeno, médio ou grande porte.

- Ações realizadas no PET-Saúde Redes: entre os indicadores escolhidos, as atividades são pautadas nas ações de nutrição, consumo de álcool e outras drogas, e no índice de morbimortalidade por causas externas.
 - Realização de inquérito nutricional com crianças de 0 a 5 anos e nutrízes admitidas na Casai, no HCSA e no HMINSN;
 - Acompanhamento de uma coorte de crianças indígenas no período de dois anos, mapeando crescimento e desenvolvimento, e estimulando ações preventivas (vacinação, amamentação, suplementação de ferro e vitaminas quando necessário), articuladas às chefias ou lideranças indígenas;
 - Identificação do perfil de pacientes e acompanhantes quanto ao consumo de álcool ou outras drogas, mediante aplicação de questionários, quando internados nas unidades de referência do SUS;
 - Reconhecimento do fluxo de atendimento dentro da rede, estabelecendo o tempo de assistência no atendimento pré-hospitalar.

REVISÃO DA LITERATURA

Contexto Internacional e Tendências Educacionais

Em levantamento na base de dados do PubMed na última década, foram identificadas pesquisas na área que demonstram uma preocupação crescente com o que denominam Educação Multicultural, Competência Cultural ou Sensibilidade Cultural²⁻⁷.

O multiculturalismo envolve múltiplas e diversas culturas, e a educação médica deve se voltar para as necessidades dos pacientes de populações culturalmente heterogêneas⁵.

A competência cultural é descrita como muito mais do que o conhecimento de costumes e doenças prevalentes naquela população ou comunidade, posto que também compreende habilidades de comunicação apesar das diferenças de linguagem, acessando e compreendendo o sistema de crenças e práticas dessa comunidade; tem por objetivo propiciar a comunicação efetiva entre pessoas com diferentes interpretações da realidade⁷.

Ensinar a prática assistencial no contexto multicultural é ampliar o pensamento crítico para a consciência crítica⁵, o que

por vezes se torna um grande desafio, uma vez que muito se ensina pelo modelo ou exemplo, trazendo aprendizados de um currículo oculto que pode ser desejado, mas em alguns casos pode ser antagônico e se opor aos objetivos educacionais almejados⁶.

A competência intercultural também é necessária para relações domésticas ligadas a idade, sexo, etnia, crença religiosa e orientação sexual. Entretanto, para ser efetivo esse aprendizado, o estudante deve estar interessado em outras culturas, ser suficientemente sensível às questões das diferenças culturais e ter uma postura flexível, que favoreça a mudança comportamental, no que os educadores podem intervir e reforçar⁴.

Corroborando a importância dessa abordagem, um estudo com metodologia qualitativa utilizando grupos focais de pacientes, médicos e estudantes de Medicina demonstrou que, em todos os grupos, o treinamento para a sensibilidade cultural é necessário e deve utilizar múltiplos cenários, contextos e estratégias pedagógicas que perpassem longitudinalmente e integrativamente o currículo, não podendo ser uma disciplina, um estágio ou atividades isoladas, mas, sim, uma política ou postura institucional².

Neste contexto, torna-se imperativo falar sobre a compreensão do termo competência, que, tal como vem sendo utilizado, traz à tona a ideia de capacidades. É pertinente mencionar a complexidade de sua compreensão e de sua avaliação, posto que há quem afirme que não se avalia competência, avaliam-se desempenhos que traduzem a ação profissional considerada competente, ou seja, por meio dos desempenhos infere-se a competência. Capacidades podem ser avaliadas por meio de situações simuladas ou em contextos reais. Apesar dessa aparente controvérsia, há indícios de que a heterogeneidade do conceito é incorporada na sua utilização e ocorre de forma bastante consciente⁸.

Contexto Local e Nacional

Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 (DCN), deve haver consonância entre ensino e necessidades de saúde da comunidade, com maior integração entre escola e comunidade no que tange às políticas públicas de saúde e à rede do SUS⁹, integrando principalmente a formação voltada à Atenção Primária em Saúde, da qual fazem parte dois atributos: a orientação familiar/comunitária e a competência cultural, que pressupõem o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico e cultural¹⁰. As diretrizes foram revistas em 2014 e, em seu capítulo III, artigo 23, item VII, indicam que, como conteúdo fundamental do curso de graduação em Medicina, sob a forma de ações integrativas, devem ser abordados transversalmente no currículo os funda-

mentos dos direitos humanos, das pessoas com deficiência, da educação ambiental, da comunicação por libras, das relações étnico-raciais e da história cultural afro-brasileira e indígena¹¹.

A Política Nacional da Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde. É prevista na Lei Orgânica de Saúde e na Constituição Federal do Brasil, por reconhecer as diferenças étnicas e culturais dessa população, o que tem amparo legal no Decreto nº 3.156/99, que trata das condições de assistência à saúde dos povos indígenas, na Medida Provisória nº 1.911-8, que trata da transferência de recursos humanos e outros bens entre as intuições responsáveis, e na Lei 9.836/99, que cria o subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS¹².

Em 2002, estimava-se existir cerca de 370 mil indígenas em território brasileiro, pertencentes a 210 povos diferentes e que falam mais de 170 idiomas identificados. Distribuídos em todos os territórios brasileiros, exceto no Piauí e Rio Grande do Norte, vivem em cerca de 579 terras indígenas que ocupam 12% do território nacional, sendo que 60% dessa população vive nas regiões Centro-Oeste e Norte, onde se concentram 98,7% dos territórios indígenas. Os Yanomamis encontrados no eixo da região do Amazonas-Roraima-Venezuela constituem o maior grupo tribal semi-isolado da América do Sul descrito na década de 1990¹³. De forma geral, é perceptível o crescimento demográfico entre os povos indígenas, o que está associado em parte à melhoria do acesso aos serviços de saúde. Portanto, uma das diretrizes da política nacional de saúde indígena é o preparo de recursos humanos para atuação em contexto intercultural¹.

Até meados da década de 1970, acreditava-se na provável extinção dos povos indígenas brasileiros, devido a epidemias e a conflitos interétnicos¹⁴. Contudo, atualmente a taxa de crescimento da população indígena se encontra em torno de 3,5%, ultrapassando a taxa nacional de 1,6% para a população geral¹⁵.

Não se conhece adequadamente o perfil epidemiológico dos povos indígenas, em parte pelas dificuldades de generalizar os dados para mais de 200 etnias diferentes, com idiomas distintos e que experimentam a interação com a sociedade urbana de forma diversa¹⁴. Os dados disponíveis, embora precários, sinalizam um índice de morbiletalidade de três a quatro vezes maior que o encontrado na população brasileira geral. Isto poderia indicar a pouca cobertura e a baixa capacidade resolutiva dos serviços de saúde disponíveis, apesar de todos os esforços e melhorias realizados¹².

Os indicadores de mortalidade se mostram extremamente altos, em muito superando as médias nacionais, principalmente nos primeiros cinco anos de vida, quando desnutrição,

pneumonias e doenças infecciosas constituem importantes causas¹⁶.

Um levantamento realizado em Roraima identificou um aumento da morbidade, com maior índice de internação entre os Yanomamis, a partir de 1987, quando se registrou um aumento dos garimpeiros nas terras indígenas. Quanto ao perfil de morbidade, a malária esteve presente, com uma importante ocorrência de infecções respiratórias agudas, tuberculose, desnutrição, doenças sexualmente transmissíveis e infecções gastroentéricas¹³.

Outros artigos, seja com outras etnias indígenas em outras áreas brasileiras, seja com aborígenes ou indígenas de outros países, corroboram com o maior déficit de peso, comparando-se não somente com a população não indígena, mas também com aqueles indígenas que vivem mais próximos às áreas urbanas; foi encontrado ainda maior índice de asma e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), o que se associa ao tabagismo e à inalação de fumaça da combustão de madeira (fogueiras); maior ocorrência de tuberculose, independentemente do estado vacinal, bem como de pneumonia e diarreia, esta última devido às más condições sanitárias. Outros fatores citados como determinantes desses índices são a dificuldade de acesso aos cuidados de saúde em algumas regiões e falhas de comunicação entre pacientes e profissionais da saúde. A análise de adequação percentual dos nutrientes que compõem a dieta infantil também indica o não atendimento às recomendações nutricionais nas diferentes faixas etárias, quando isto é avaliado¹⁷⁻²⁰.

O objetivo principal desta pesquisa é contribuir para gerar o desenvolvimento de competências pelos estudantes de Medicina e de Enfermagem no que tange ao atendimento das necessidades de promoção à saúde do indígena na rede assistencial do SUS, evidenciado na autorreflexão, respeitando-se a cultura e as crenças, e minimizando o dano ocasionado pela interação intercultural, por meio de uma estratégia pedagógica de integração ensino-serviço com enfoque interdisciplinar.

MÉTODO

Pesquisa intervencionista de coorte prospectiva, não randomizada, com dupla abordagem, qualitativa e quantitativa. Foi distribuído um questionário no modelo Likert para avaliação do saber inicial dos 25 estudantes do curso de graduação em Medicina e dos 23 do curso de Enfermagem.

Devido à presença de estudantes em períodos iniciais dos cursos de Medicina e Enfermagem, as atividades executadas foram: realização de anamnese, aferição de dados antropométricos, ações educativas (orientação sobre procedimentos e cuidados) e acompanhamento de atendimentos prestados pelos profissionais (preceptores médicos e enfermeiros) em cada

uma das quatro unidades de saúde participantes, com uma carga horária de oito horas semanais, entre atividades práticas e teóricas de discussão de artigos.

Do quarto ou sexto meses de estágio, foi coletado o portfólio reflexivo, para análise de conteúdo.

Quanto aos aspectos éticos, foi obtida autorização para a pesquisa junto ao coordenador da Casai (funcionário da Funai) e Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) através da Plataforma Brasil, uma vez que entre a UFRR e as unidades públicas de saúde já existe convênio firmado.

Aos estudantes foi solicitado que assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido. Foi preservado o anonimato e todas as prerrogativas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa em seres humanos e suas atualizações até o momento atual.

RESULTADOS

Dos 48 estudantes, 38 responderam ao instrumento inicial, e nove entregaram os portfólios ao final de até seis meses.

O questionário do saber prévio aplicado aos estudantes revelou que 100% deles sentem necessidade de um treinamento específico para o atendimento à população indígena, e mais estudantes de Enfermagem (81%) do que de Medicina (62%) referem que os professores trazem as questões indígenas para as discussões nos tutoriais ($p = 0,03$) da universidade.

Cerca de 67% dos estudantes, sem diferença significativa entre os de Enfermagem e Medicina, têm conhecimentos acerca das políticas públicas voltadas a esta população; menores índices de conhecimento foram relacionados às escolhas antimicrobianas (45%) em infecções comunitárias comuns e costumes alimentares (30%).

Após a leitura exhaustiva dos portfólios, foram identificadas sete categorias, descritas a seguir, com alguns recortes que traduzem suas unidades de significado.

Categoria 1 – Sensibilização profissional para o atendimento diante da diversidade cultural

Os profissionais de saúde não levam em consideração as diferenças culturais dos indígenas, pois os mesmos sempre impõem seu conhecimento científico, sua alimentação e sua forma de organização.

Ainda há questões culturais que devem ser respeitadas e aceitas. Quando iniciar minhas práticas como futuro profissional, irei fazer de forma mais correta e humanizada, modificando o que eu vi de errado no cuidar.

O contato com o povo indígena contribui de forma significativa para a formação de profissionais da saúde com mais sensibilidade; entretanto, para que isto ocorra, é necessária uma ampliação de âmbito nacional do programa que englobe todas as diversas áreas dos profis-

sionais da saúde, não apenas Medicina e Enfermagem, criando, assim, uma abolição dos preconceitos não só em relação aos indígenas, mas também no que se refere ao respeito e sensibilidade em relação às classes menos favorecidas em geral.

Categoria 2 – Dificuldades de comunicação, principalmente pela barreira linguística, mas que a extrapolam, foram repetidamente referidas

Dentro dos hospitais, os índios se deparam com outra realidade, como, por exemplo, idiomas diferentes que, por sua vez, dificultam a assistência à saúde, que tem como base a comunicação.

Durante todos os encontros do PET-Saúde indígena no Hospital Materno Infantil, houve dificuldades de comunicação com as pacientes indígenas.

As mães indígenas são mais difíceis de lidar, pois são agressivas em sua maioria e não aceitam que os filhos fiquem na UTI longe delas, além da dificuldade de comunicação.

Algo que definitivamente chamava a atenção era a falta de alguém que falasse o idioma daquele cidadão ali presente para acalmá-lo, explicar-lhe o que estava acontecendo.

[...] os profissionais de saúde não são treinados para lidar com os pacientes indígenas, pois não vi ninguém que falasse a língua dela e/ou tentasse explicar para a indígena o que estava acontecendo.

As experiências que tenho no projeto serviram para que eu os conhecesse melhor e deixasse o preconceito que tinha, de que eles eram pessoas abusadas, que quisessem ter direito a tudo... [reticências colocadas pelo(a) estudante].

Categoria 3 – Desarticulação da prática com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI)

Quando analisada a assistência aos povos nas redes do SUS, como é o caso do programa PET-Saúde Indígena, nota-se uma série de problemas, dificuldades e uma desarticulação com a PNASPI. E o agravante dessa situação é o não funcionamento da Coordenação de Saúde Indígena em horário noturno e nos finais de semana, já que esta serve de intermediário entre os profissionais de saúde e a população indígena.

Existe um serviço intra-hospitalar de apoio ao povo indígena, no que tange a uma equipe com tradutor e psicólogo, entre outros profissionais. Entretanto, é inoperante e não existe plantão pelo menos na prática, e essa situação vem de encontro aos princípios que o SUS preconiza.

Temos aprendido o real valor de importantes conceitos, como multidisciplinaridade, equidade, universalidade, integralidade, entre outros tantos que o SUS prega, mas, na prática, são pouco levados a sério.

Não parece haver um protocolo de atendimento para este tipo de paciente, algo que fortaleça o elo equipe de saúde-paciente.

Categoria 4 – Responsabilidade social com pensamento crítico

Com o PET posso vivenciar a realidade e levantar pontos positivos e negativos, estabelecendo o meu pensamento crítico, de forma a procurar ser um bom profissional.

As causas de morbidade são sensíveis à Atenção Primária e às condições de saneamento e socioambientais das áreas indígenas. É preciso contextualizar que o estudante aprende no meio acadêmico com as necessidades e peculiaridades da sociedade na qual ele futuramente atuará, estimulando o estudo, a pesquisa e a realização de trabalhos científicos que correlacionam os assuntos da grade curricular com as necessidades da população.

Durante o PET aprendemos ainda mais o valor de cada profissional e seu papel no conjunto do serviço, bem como nos faz refletir sobre as grandes diferenças sociais existentes em nosso país.

Acabamos nos interessando mais por suas linguagens, culturas, idiomas, formas de agir e pensar. Precisamos deste feeling para desempenhar bem nosso papel de pesquisadores e gerenciadores/promotores de saúde.

O fato é: precisamos entender a saúde e a doença como eles entendem, como eles vivenciam. Aqui, mais do que nunca, precisamos nos imaginar não só na vida cotidiana, mas na alma, no íntimo de cada uma destas “peças” culturais fantásticas, que, antes de mais nada, são seres humanos taxonomicamente iguais a nós, mas diferentes em diversos outros campos. Não basta saber só semiologia ou patologia, mas ir além. Abranger áreas como antropologia, sociologia, filosofia, entre outras, é fundamental no convívio e na abordagem do paciente/ser indígena.

Categoria 5 – Trabalho interdisciplinar

Minha equipe discente é um aluno da Enfermagem e nós trabalhamos com vários profissionais da saúde até o momento. Consegui entender que cada um assume uma função e que todos devem trabalhar unidos em prol de um objetivo maior: promover a saúde e o bem-estar não apenas do povo indígena, mas de todos os que se encontram fragilizados dentro do hospital. Existem problemas estruturais dentro dos hospitais públicos brasileiros, e o mais interessante dentro da equipe multidisciplinar é perceber a ajuda mútua, o empenho e a capacidade de improviso dos profissionais mesmo com a falta de equipamentos e materiais básicos.

Durante o PET aprendemos ainda mais o valor de cada profissional e seu papel no conjunto do serviço.

Precisamos recorrer a diversos setores e profissionais para poder nos informar sobre coisas relevantes. Isso vai desde o setor administrativo até o setor de saúde propriamente dito, e este, por sua vez, se divide desde zeladores até médicos. Então, precisamos conhecer toda uma equipe e trabalhar com ela para poder desenvolver um trabalho minimamente decente.

Categoria 6 – Choque intercultural

Estamos tendo contato com pessoas diferentes, de culturas, idades, sexos, religiões, formas de pensar, classes sociais diferentes.

Em relação às pacientes indígenas, muitas não entendem o papel da UTI e então estamos diante de um impasse. Algumas mães não deixam seus filhos ali e outras querem ficar sempre perto deles, atrapalhando o andamento do serviço.

Categoria 7 – Ambiência hospitalar adaptada

Existem unidades de saúde que, dentro dos seus limites, adaptam essa assistência ao mais próximo da realidade de vida dos povos indígenas. Nessa visão, pude fazer uma pequena observação na assistência feita aos índios no Hospital da Criança Santo Antônio, onde pude fazer uma visita numa sala que continha algumas crianças indígenas com suas mães, fazendo uso de redes ao invés de macas, o que já deixa um ambiente mais favorável para a preservação dos seus costumes.

As indígenas estavam na sala pré-parto juntamente com duas outras mulheres não indígenas, ou seja, elas não foram segregadas. Achei interessante, visto que, se nossa intenção é aprender a conviver com eles, não é necessária uma separação física. Afinal, são pessoas como nós e merecem respeito e tratamento digno da mesma maneira que todos.

CONCLUSÃO

Com relação aos conhecimentos prévios dos estudantes, cerca de 67% têm algum conhecimento acerca da PNASPI, o que pode ser superestimado, uma vez que a participação no projeto é voluntária, e a maioria dos estudantes já apresentava predisposição para trabalhar com minorias e se engajar em projetos sociais, poucos foram atraídos pela ideia de enriquecer o currículo ou de obter a bolsa – a exemplo de outra pesquisa, que foi conduzida com 18 médicos residentes de Pediatria e médicos preceptores do Hospital Pediátrico de Boa Vista (RR) e apresentado na forma de poster em Congresso Internacional em 2013 (AMEE), ao demonstrar que 83,4% deles desconhecem a PNASPI, o calendário vacinal adaptado, a indicação e a forma de tratamento com antigripal, o grau de deficiência imunológica e a adequada indicação de antibioticoterapia para infecções comunitárias comuns, sendo que 90% dos respondentes se graduaram na Região Norte. Esse achado reforça outro evidenciado neste estudo: o de que os professores do curso médico abordam menos que os docentes do curso de Enfermagem as questões relacionadas às populações indígenas durante as atividades de problematização com uso de casos clínicos – embora não tenha havido diferença entre o saber comparado dos estudantes de Medicina e de Enfermagem neste grupo.

Na análise de conteúdo dos portfólios, fica claro que há uma potencial mudança de pensamento e de postura, rom-

pendo com preconceitos negativos e promovendo maior senso de responsabilidade social, que pode, inclusive, extrapolar a questão indígena.

Tornou-se evidente que a dificuldade de comunicação tem na barreira linguística um importante desafio e que essa dificuldade transcende a língua e abrange a postura, o comportamento e a interação profissional de saúde-paciente, o que contribui sobremaneira para a desarticulação da prática com a PNASPI. Isto se relaciona intimamente a uma das maiores queixas registradas, a da falta de treinamento para os profissionais da saúde. Neste item, em todos os estudos citados há unanimidade no que tange a ser necessário e desejável esse treinamento, corroborando o que é preconizado nas DCN.

O choque intercultural, ao mesmo tempo que inevitável, parece poder ser minimizado. Mesmo que haja algum pensamento antagônico em relação a se adaptar ou não à ambiência, a maioria entende como positiva essa adequação por promover maior bem-estar para esses pacientes e familiares durante a estadia nas unidades de saúde. O adequado funcionamento da coordenação indígena, com a presença principalmente de tradutores 24 horas por dia, parece ser o ponto-chave inicial que necessita de adequação, facilitando a interação dos profissionais com os usuários indígenas.

A revisão de literatura evidenciou que a desnutrição desses usuários os torna imunodeprimidos leves, e, portanto, as morbidades infecciosas e parasitárias que mais assolam esses povos têm tratamento possível mediante algumas adequações e a utilização de antibióticos comuns disponíveis na rede do SUS, sem a necessidade de antibióticos de maior espectro na grande maioria das vezes. Portanto, a redução da mortalidade nesta população, que chega a ser três vezes maior que entre os não indígenas, precisa ser abordada como uma questão cultural mais abrangente, e seu enfrentamento deve se iniciar com novas estratégias pedagógicas, que esbarram nas dificuldades em fazer pesquisa, e atividades de ensino junto a estes povos. Porém, depois de formados, os profissionais são colocados frente a frente com uma realidade que não dominam, comprometendo a assistência e a eficácia das intervenções. Assim, devemos discutir até onde os aspectos éticos e legais que tanto dificultam esse treinamento protegem ou comprometem a assistência à saúde dessa população.

Fica explícita a necessidade urgente de adotar medidas de adequação curricular estratégica nas instituições de ensino, a fim de que este ensinamento não seja prerrogativa dos alunos que ingressam em estágios voluntários e em programas extracurriculares ou de iniciação científica.

Número no Sisnep: CAAE: 21981513.0.0000.5302. Parecer: 479.805.

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. p.40.
2. Carpenter DAL, Kamaka ML, Kaulukukui CM. An innovative Approach to developing a cultural competency curriculum. *Hawaii Med J.* 2011; 70(2):15-19.
3. Kamaka ML. Designing a cultural competency curriculum: asking the stakeholders. *Hawaii Med J.* 2010; 69(3):31-34.
4. Kruse JA, Didion J, Persynski K. Utilizing the Intercultural Development Inventory^R to develop intercultural competence. *Springerplus.* 2014; 3:334.
5. Kumagai AK, Lypson ML. Beyond cultural competence: critical consciousness, social justice and multicultural education. *Acad Med.* 2009; 84(6):782-787.
6. Murray-García JL, García JA. The institutional context of multicultural education: what is your institutional curriculum? *Acad Med.* 2008; 83(7):646-652.
7. Wachtler C, Troein M. A hidden curriculum: mapping cultural competency in a medical programme. *Med Educ.* 2003; 37:861-868.
8. Aguiar AC, Ribeiro ECO. Conceito e avaliação de habilidades e competência na educação médica: percepções atuais dos especialistas. *Rev Bras Educ med.* 2010; 34(3): 371-378.
9. Itikawa FA, Afonso DH, Rodrigues RD, Guimarães MAM. Implantação de uma nova disciplina à luz das diretrizes curriculares no curso de graduação em medicina da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. *Rev Bras Educ Med.* 2008; 32(3):324-332.
10. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia de saúde da família. *Rev Bras Enferm.* 2013; 66(esp):158-64.
11. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n.3, CNE/ CES de 20/06/2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. *Diário Oficial da União.* 06 de junho, Brasília, 2014. [capturado 30 out. 2014]; Seção 1, p. 17. Disponível em: URL: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15874&Itemid=
12. Silva NC, Gonçalves MJF, Lopes-Neto D. Enfermagem em saúde indígena: aplicando as diretrizes curriculares. *Rev Bras Enferm.* 2003; 56(4):388-391.
13. Pithan OA, Confalonieri UECC, Morgado AF. A Situação de Saúde dos Índios Yanomami: diagnóstico a partir da Casa do Índio de Boa Vista, Roraima, 1987-1989. *Cad Saú-de Pública.* 1991; 7(4):563-580.

14. Santos RV, Cardoso AM, Garnelo L, Coimbra-Jr CEA, Chaves MBG. Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. In: Coimbra-Jr CEA, Santos RV, Escobar AL. Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco; 2003. p.33-55.
15. Azevedo MM. Censos demográficos e “os índios”: Dificuldades para reconhecer e contar. In: Ricardo CA. Povos Indígenas no Brasil 1996/2000. São Paulo: Instituto Socio-ambiental; 2000. p.79-83.
16. Souza LG, Santos RV, Coimbra-JR CEA. Estrutura etária, natalidade e mortalidade do povo indígena Xavante de Mato Grosso, Amazônia, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2010; 15(1):1465-73.
17. Ribas DLB, Philippi ST. Aspectos alimentares e nutricionais de mães e crianças indígenas teréna, Mato Grosso do Sul; 2001. p73-88. In: Coimbra-Jr CEA, Santos RV, Escobar AL. Epidemiologia e Saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 260.
18. Santana-Júnior JR. Produção e reprodução indígena: o vir e o porvir na reserva de dourados/MS. *Rev Geog Agraria*. 2010; 5(9):203-236.
19. Amarante JM, Costa VLA, Silva FA. Sensibilidade tuberculínica e vacina BCG entre os índios do Araguaia-MT, 1997. *Boletim Pneum Sanit*.1999; 7:79-86.
20. Pícoli RP. Saúde Doença e morte de crianças: um olhar segundo a percepção dos Kaiowá e Guarani. São Paulo; 2008. Tese [Doutorado] - Faculdade de Saúde Pública da USP.

AGRADECIMENTOS

Aos Professores da UFRR da Enfermagem e da Medicina da UFRR: Tárzia Barreto, pela valiosa parceria; Ruy Guilherme de Souza, pelo incentivo; Antonio Carlos Sansevero Martins, pelo auxílio na elaboração do projeto. Aos gestores, preceptores e apoiadores das unidades de saúde de Roraima por acolherem e auxiliarem nosso trabalho. Aos estudantes de medicina e enfermagem pela paciência e dedicação. Aos fellows e faculsts do Programa de Pós-graduação UFC/Faimer Brasil, por todo o suporte e auxílio durante cada etapa, especialmente Professor Paulo Marcondes e Sally Monteiro.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

As autoras (aluna e orientadora do curso de Pós-graduação docente Faimer/UFC) participaram de todas as fases da pesquisa até a aprovação final deste artigo, que é o resultado do Trabalho de Conclusão de Curso.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Gláucia de Oliveira Moreira
Rua Barão de Porto Feliz, 132
Jd Eulina – Campinas
CEP: 13063-420 SP
E-mail: draglauped@gmail.com