

Vivências relatadas por profissionais de saúde na transição do cuidado de pessoas indígenas

Experiences reported by healthcare professionals in the transition of the care of indigenous people

Experiencias reportadas por profesionales sanitarios en la transición de la atención a pueblos indígenas

Recebido: 27/07/2022 | Revisado: 09/08/2022 | Aceito: 11/08/2022 | Publicado: 19/08/2022

Thays Santos Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7450-7985>
Fundação Educacional Lucas Machado, Brasil
E-mail: thayssanoli@gmail.com

Josiane Moreira da Costa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6097-6994>
Fundação Educacional Lucas Machado, Brasil
E-mail: josycosta2@yahoo.com.br

Gustavo Chaves de Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6341-2529>
Universidade José do Rosário Vellano, Brasil
E-mail: chvsgustavo@gmail.com

Michelle Karina Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2937-2751>
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil
E-mail: michelle.silva@hrtn.fundep.ufmg.br

Renata Aline de Andrade

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8604-938X>
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Brasil
E-mail: renata.andrade@ufvjm.edu.br

Rosana Passos Cambraia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2555-5830>
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Brasil
E-mail: rosa.cambraia@ufvjm.edu.br

Resumo

A necessidade da educação multicultural é uma realidade, podendo ser referida como competência cultural ou ainda, sensibilidade cultural, especialmente aquela direcionada aos profissionais de saúde que atendem pessoas indígenas. A pesquisa teve como objetivo compreender as vivências de profissionais da saúde sobre a qualificação do cuidado direcionado a população indígena, especialmente na transição do cuidado. Por meio de um questionário semiestruturado foram realizadas entrevistas com profissionais experientes na transição do cuidado de pessoas indígenas Xikrin em uma cidade do sudeste do Pará (Brasil). As transcrições das entrevistas foram seguidas da análise de conteúdo. Observamos que a dificuldade na comunicação pode afetar tanto a qualidade da continuidade de tratamento, quanto a adesão aos serviços de saúde pela população indígena. A amplitude da dificuldade, tanto pelo fator cultural, quanto pela capacitação profissional, advém possivelmente de uma lacuna na formação acadêmica.

Palavras-chave: Alta do paciente; Competência cultural; Continuidade da assistência ao paciente; Saúde de populações indígenas.

Abstract

The need for multicultural education is a reality, which can be referred as cultural competence or even cultural sensitivity, especially that directed at health professionals who care for indigenous people. The research aimed to understand the experiences of health professionals on the qualification of care directed to indigenous population, especially in the transition of care. Through a semi-structured questionnaire, interviews were conducted with professionals experienced in the transition of care for Xikrin indigenous people in a city in Southeast Pará (Brazil). The transcripts of the interviews were followed by content analysis. We observed that the difficulty in communication affects both the quality of the continuity of treatment and the adherence by the indigenous population. The breadth of the difficulty, both due to the cultural factor and the professional training, is possibly due to a gap in academic education.

Keywords: Patient discharge; Cultural competency; Continuity of patient care; Health of indigenous peoples.

Resumen

La necesidad de una educación multicultural es una realidad, que se puede llamar competencia cultural o sensibilidad cultural, dirigida a los profesionales que atienden a pueblos indígenas. La investigación tuvo como objetivo comprender las experiencias de los profesionales sobre la calificación de la atención a la población indígena, en la transición de la atención. A través de un cuestionario semiestructurado, se realizaron entrevistas a profesionales en la transición de la atención a pueblos Xikrin en una ciudad del Pará (Brasil). Las transcripciones de las entrevistas fueron seguidas por un análisis de contenido. Observamos que la dificultad en la comunicación afecta la calidad de la continuidad del tratamiento y la adherencia por parte de los indígenas. La amplitud de la dificultad, tanto por el factor cultural como por la formación, posiblemente se deba a un vacío en la formación académica.

Palabras clave: Alta del paciente; Competencia cultural; Continuidad de la atención al paciente; Salud de las poblaciones indígenas.

1. Introdução

A população indígena brasileira é composta por pelo menos 305 povos, que falam mais de 274 idiomas, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (IBGE, 2011), com maneiras diferentes de organização e, conseqüentemente, distintas representações sobre o processo saúde-doença e intervenções terapêuticas. Devido a essa diversidade, a saúde do povo indígena encontra-se baseada nas concepções de lideranças desses grupos e não nas concepções da política de saúde indigenista, focada em conhecimentos científicos ocidentais (Grupioni et al., 2001) e (Brasil, 1999). Essas distintas concepções, exigem mais que sensibilidade do profissional de saúde e requerem uma atuação diferenciada, que possa trabalhar com lógicas de comunicação que não desprezem os saberes tradicionais (Lancey, 2019). Considera-se que a noção de saber recupera formas de sistematização de aspectos que compõe um corpo de conhecimento dotado de abordagens, procedimentos e modos de transmissibilidade. Destaca-se que esse corpo organizado de saberes é “fomentado pelo modo de vida de um grupo social ou cultural cujas práticas sejam informadas por itens do corpo do conhecimento e seja transmitido (e desenvolvido) de geração a geração” (Lancey, 2019, p. 94). Importante indicar também que as categorias de conhecimento tradicionais podem recorrer às cosmovisões, concepções metafísicas; pressupostos valorativos incorporados nas vidas e práticas do grupo; nos quais encontram-se noções sobre a constituição e agentes causais da natureza, sobre o modo de ser da natureza humana e do desenvolvimento humano; da interação da humanidade com as coisas naturais e até concepções sobre outras formas de existência de natureza espiritual ou mística. Desse modo, situa-se um saber tradicional em uma ordem social, cultural e historicamente constituída, sendo este dotado de sua própria expressão mitológica na transmissão de conhecimento entre gerações. (Lancey, 2019). Tal concepção indica que as formas epistêmicas de produção de saberes não pertencentes ao campo científico também são tomadas como fonte de conhecimentos e estão em pé de igualdade com o conhecimento científico, sendo dignas de serem disseminadas e apropriadas por pessoas não pertencentes aos núcleos de saberes tradicionais nas quais se originam. Nesse sentido, a população indígena encontra-se de forma essencial na centralidade de tradições sócio-históricas de formação de conhecimento, tendo especial relevância para o reconhecimento de processos de produção de saúde no território brasileiro.

Em 1999 a saúde indígena foi destacada na saúde pública brasileira com a instituição da Lei 9.836, de 23 de setembro de 1999. Esta, estabeleceu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS) (Brasil, 1999). Posteriormente, outro marco foi instaurado, com a aprovação pela Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002, da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASI) (Fundação Nacional de Saúde, 2002). Tais medidas tinham como objetivo, garantir aos povos indígenas o acesso à saúde de forma integral (Lorenzo, 2011), de acordo com os princípios estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo também, atendimento específico adequado as diferenças culturais de cada povo (Grupioni, Vidal, & Fischmann, 2001). Para execução de tais medidas, foi determinada na época a responsabilidade exclusiva pelo atendimento da saúde indígena para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), função anteriormente da Fundação Nacional do Índio (FUNAI). Porém, devido a manifestação de alguns setores sociais, desde 2010, o atendimento pela FUNASA foi substituído pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), com vínculo direto ao Ministério da Saúde (Sartori-Junior, &

Leivas, 2017).

Para alcance da integralidade, existem diretrizes que orientam como deve ser o planejamento, a avaliação e o controle das ações de atenção à saúde direcionadas aos povos indígenas. Uma dessas medidas é a organização dos serviços para atenção à saúde indígena em forma de Distritos Sanitários Especiais (DSEI), que apresentam uma rede de serviços de forma integrada e hierarquizada, com níveis de complexidade e interação com a rede do SUS (Moreira, & Motta, 2016).

Alguns estudos vêm mostrando a necessidade de uma educação multicultural, podendo ser chamada de competência cultural ou ainda, sensibilidade cultural (Kruse et al., 2014), (Carpenter et al., 2011), (Kealy-Bateman et al., 2021) e (Kamaka, 2010). A competência cultural é definida como além do conhecimento dos costumes e doenças presentes em uma comunidade ou população, e compreende também, a habilidade de comunicar-se apesar das diferentes linguagens, crenças e práticas específicas (Lewin Group Inc, 2002).

Um dos fatores limitantes no atendimento à saúde indígena é a dificuldade de comunicação entre os profissionais de saúde e pacientes, devido aos distintos níveis de entendimento do português falado. Destaca-se nesse caso, possíveis complicações no processo de adesão ao tratamento e uso de medicamentos devido aos fatores culturais e ou dificuldade de comunicação entre profissionais de saúde e pacientes indígenas (Silva, 2013). No oferecimento de cuidados pelo serviço de atenção hospitalar, a competência cultural deve ser levada em consideração, principalmente no momento da alta hospitalar de pacientes indígenas. É essencial o esforço integrado entre os profissionais envolvidos, para que resulte em um efeito positivo em todos os pacientes de um hospital (Weech et al, 2012).

Ainda, é importante destacar que a forma de comunicação adotada pela abordagem tradicional de ciência parte de um modelo de linguagem formalizado até meados do século XX no qual estudos estruturalistas apostavam que a mensagem tem como fonte de significação apenas o que pretende comunicar. Isso leva a noção de que relações transparentes, controláveis e previsíveis de comunicação seriam uma realidade. No entanto, as teorias de comunicação têm indicado que essa noção de autorregulação precisa da mensagem pelo emissor e receptor é insuficiente para dar conta da ação interior de comunicação de cada sujeito. Ademais, a comunicação faz parte de um sistema sociocultural-histórico, precariamente autorregulável por cada indivíduo, mas transformado pelo modo singular de uso que dele se faz. Isto quer dizer que “uma situação de comunicação só pode ser entendida como parte de um sistema e, também, enquanto sistema autorregulável pela ação dos sujeitos e do meio ou contexto em que tal situação acontece.” (Said et al., 2017, p. 72).

Destaca-se em especial que, no processo de comunicação existe “a relação entre o nível pragmático da comunicação – as interpretações e as ações individuais que daí decorrem – e os paradoxos comunicacionais” sendo evento comum que “os casos de paradoxo aconteçam mais frequentemente no berço da comunicação familiar-afetiva” e igualmente recorrente são os “muitos exemplos em situações cotidianas. sistemas abertos, uma vez que eles tendem à desordem” (Said et al., 2017, p. 72). Notadamente, pode-se reconhecer, desse modo, que entre profissionais de saúde e as populações indígenas, encontram-se campos de sistemas abertos de comunicação nos quais a produção de conhecimento, mensagens e códigos de linguagem estão em terrenos epistêmicos de desigualdade para troca comunicativa, havendo, por isso, uma enorme dificuldade de troca de saberes para produção de uma cena efetiva de cuidado em saúde.

Algumas diretrizes tentam minimizar esses impasses comunicativos. Propõe-se, por exemplo, que se identifique os pontos chave para a melhoria da alta hospitalar, como entender se o paciente e o cuidador apreendem o que deve ser feito no pós-alta, como é o ambiente pós-alta, a facilidade de acesso aos serviços de saúde e o que a comunidade pode fornecer como recurso (Berry et al, 2013) e (Kohn et al., 2000). Destaca-se nesse caso, a necessidade de melhor comunicação entre os profissionais do nível terciário da atenção à saúde e as pessoas indígenas, além de esforço para compreensão de aspectos culturais. Isso contribuiria, por exemplo, para a adequada adesão ao uso dos medicamentos prescritos na alta hospitalar.

O termo “transição do cuidado” tem sido comumente utilizado na literatura internacional e nacional (Rayan-Gharra et

al, 2018), (Brasil, 2017), (Choi, 2017), (Gallagher et al, 2017), (Kamer Mayer et al., 2017), (Delboccio et al, 2015), (Borges, & Santos-Junior, 2014), (Centeno, & Kahveci, 2014) e (Rodrigues et al, 2013), sendo que abrange não meramente a “des” hospitalização ou alta hospitalar, mas o deslocamento do paciente entre os distintos serviços de saúde ou até mesmo em diferentes unidades de um mesmo local. Durante a transição do cuidado, são demandadas ações específicas para a garantia da continuidade do cuidado (Coleman, & Boulton, 2003). É um processo que exige atenção, visto que a comunicação eficiente entre pessoas com distintos níveis de escolaridade, assim como experiências e habilidades (Weber et al, 2017).

Quando se trata da transição do cuidado no nível terciário para os demais níveis de cuidado, esse processo requer cuidados, pois, falhas no processo de comunicação entre profissionais de saúde e pacientes e, também, entre os profissionais de saúde e outros profissionais de saúde, assim como questões relacionadas ao acesso, podem levar à piora do quadro clínico dos pacientes e possível ocorrência de reinternação (Brasil, 2017).

Ao considerar as especificidades culturais da população indígena, entende-se que a compreensão das vivências de profissionais de saúde, sobre essa atuação direcionada a esse subgrupo populacional durante a transição do cuidado, contribui para a identificação de barreiras e possibilidades de melhorias. Assim, o presente estudo tem o objetivo de compreender as vivências de profissionais de saúde no oferecimento de atendimento aos pacientes indígenas, que passaram pelo processo de transição do cuidado na alta hospitalar.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo pautado na análise de conteúdo, realizado no Hospital Yutaka Takeda (HYT), fundado em 1986, localizado na região sudeste do Estado do Pará, projetado para atendimento dos residentes do Núcleo Urbano de Carajás e população do município de Parauapebas e seu entorno. Administrado pela Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar, desde 1997, a unidade atua com base nos princípios de humanização, excelência e segurança do paciente.

O HYT possui 38 leitos, sendo 16 leitos de enfermagem, 17 apartamentos individuais, 1 leito de isolamento, 1 leito de assistência semi-intensiva e 2 leitos de assistência semi-intensiva neonatal. Ainda, também possui atuação de equipe multidisciplinar composta pelos profissionais médicos (diversas especialidades), farmacêuticos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, odontólogos e assistentes sociais.

Em relação à população indígena, essa comunidade conta com a Casa de Apoio a Saúde Indígena (CASAI), local voltado ao fornecimento de acompanhamento aos pacientes indígenas após a alta hospitalar. Ademais, em caso de necessidade de atendimento de alta complexidade, a população indígena conta com o hospital em questão (HYT). Embora o CASAI e HYT não sejam inter-relacionadas formalmente, mediante necessidade, esses pontos de atenção articulam-se com o intuito de promover melhor atenção à comunidade indígena.

Foram entrevistados profissionais que trabalhavam diretamente com indígenas da aldeia Xikrin e que receberam alta hospitalar. A equipe responsável por esse atendimento era composta por profissionais enfermeiros, técnicos de enfermagem, médico e odontólogo. Dentre os critérios de inclusão, deveriam ser profissionais de saúde do HYT e possuir experiência no atendimento à indígenas após alta hospitalar, de no mínimo 6 meses. Os profissionais foram identificados considerando o contexto indígena abordado, e por meio de identificação de registros de atendimentos em prontuários. Foram convidados um representante de cada categoria profissional, sendo as entrevistas realizadas conforme horário e disponibilidade, até obtenção da saturação dos dados. A coleta de dados ocorreu em horários agendados com os profissionais de saúde, não relacionados à jornada de trabalho do profissional.

As entrevistas foram realizadas a partir de um roteiro semiestruturado, e aconteceram de forma individual, gravadas, seguido de transcrição para a análise de conteúdo temático (Minayo, 2007), (Bardin, 2006). As perguntas centrais foram: 1) Como é a sua experiência em trabalhar com a saúde indígena? 2) Como você acha que o paciente indígena vivencia a internação

e a alta hospitalar? 3) Quais são as principais barreiras nesse processo? Dê exemplo de uma situação. 4) E sobre o uso de medicamentos? Você identifica alguma especificidade nos indígenas quando comparado à população não indígena? 5) Na sua opinião, o que pode favorecer esse processo?

Para a análise de conteúdo foram seguidas cinco etapas: 1) ordenação dos dados, leituras recorrentes dos relatos, estabelecimento de um sentido para o conjunto de proposições; 2) leituras sistematizadas para detectar semelhanças ou contradições nos relatos, organização dos achados em unidades de significados; 3) organização das unidades de significados em temas, busca de aprofundamento do conteúdo das mensagens; 4) interpretação dos temas e discussão com base na literatura; 5) elaboração de relatório final com a interpretação realizada. Os participantes receberam pseudônimos figurativos como Arara, Onça, Paca e Cutia.

Compete à pesquisa qualitativa o estudo do universo da experiência vivida, sendo requeridas a análise e a interpretação dos significados e vivências das pessoas, além dos fenômenos ocorridos em um determinado grupo de pessoas (Denzin, & Lincoln, 2006). Como vantagem dos estudos qualitativos, destaca-se a possibilidade de compreensão das estruturas que possam estar relacionados a determinado fenômeno e de esclarecimento de fatores que possam interferir em determinados processos sociais (Minayo, 2007).

A pesquisa recebeu parecer consubstanciado favorável (n. 3.303.958), sendo que todos os participantes formalizaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3. Resultados e Discussão

Os profissionais entrevistados foram uma enfermeira, uma assistente social, uma nutricionista e uma médica pediatra. A enfermeira possuía 5 anos de formação, com 4 anos de atendimento na Instituição; a assistente social relatou 10 anos de formação e atuava há 8 anos no HYT; a nutricionista apresentava 8 anos de formação, com 6 anos de atuação na instituição e a médica pediatra estava na instituição há 2 anos, após 5 anos de formação. Após a transcrição das entrevistas, foram identificadas duas categorias, denominadas como "A saúde anti-indígena" e "Conhecer para atender". As categorias foram compostas pelo fator em comum encontrado nas falas dos profissionais.

Categoria 1: A saúde anti-indígena

A formação do Brasil é baseada em muitas contribuições culturais, o que nos leva a deparar com questões interculturais desafiadoras, especialmente quando o assunto envolve a saúde dos povos indígenas. Os profissionais de saúde encaram um desafio que é o de prestar assistência aos povos indígenas, transitando no espaço desta diversidade cultural expressa nas línguas, cores, costumes, a saber, culturas cujos atores convivem diariamente com o desafio da comunicação intercultural, da história, da visão de mundo (Silva, 2013). A competência cultural tem o poder de reduzir as disparidades raciais/étnicas no atendimento no ambiente hospitalar (Weech et al, 2012). É definida como muito mais do que o conhecimento de costumes e doenças prevalentes em uma comunidade ou população, visto que também compreende habilidades de comunicação entre diferentes linguagens, podendo compreender o sistema de crenças e prática da comunidade. O objetivo da competência cultural é oferecer uma comunicação efetiva entre pessoas com distintas percepções da realidade (Wachtler, & Troein, 2003). A discordância cultural e de linguagem entre pacientes e provedores constitui um desafio significativo para prestação de cuidados de saúde de qualidade (Rayan, Admi, & Shadmi, 2014).

Essa categoria é caracterizada pelo desafio dos profissionais de saúde do HYT, em atender de forma humanizada, respeitando as diferenças culturais da população indígena.

Bom, trabalhar com os índios é um desafio diário que a gente tem, né? No começo pra mim foi um pouco difícil, porque

tudo que é novo assusta, né? Eu nunca tinha trabalhado com índio, eu ficava com um pouquinho de receio, tinha um pouquinho de medo, até! Mas depois a gente vê que eles são muito tranquilos, a grande maioria é muito tranquila e muito fácil de lidar com eles, desde que você respeite a cultura deles, os modos, dá pra trabalhar tranquilamente! (Arara)

A experiência de trabalhar com indígenas é desafiadora, porque o atendimento aos povos indígenas no ambiente hospitalar, requer uma atenção diferenciada na organização condizentes com suas necessidades. (Paca)

Promover a saúde em pacientes indígenas é muito importante e ao mesmo tempo desafiador! (Onça)

Nesse contexto de desafio cultural, há o olhar da população indígena em relação ao sistema de saúde proposto, com hábitos diferentes, formas de tratamento distintos dos ensinados na sua tribo e a dieta controlada. “A coerência de um hábito cultural somente pode ser analisada a partir do sistema a que pertence.” (p.87) (Laraia, 2011).

Nas falas a seguir, observamos o relato do comportamento indígena durante o período de internação, apresentando a visão do profissional de saúde no momento da admissão e o primeiro contato com a cultura indígena, além da tentativa de compreensão da estranheza daquele momento para o próprio indígena.

Eles ficam tranquilos durante o período de internação, aceitam bem, desde que essa internação não se prolongue... tem os que ficam um pouquinho mais estressados, porque querem ir embora também, mas aí a gente explica que tem que ficar, porque não concluiu o tratamento, eles entendem de boa! Na minha vivência, o mais difícil que eu acho, é essa questão cultural mesmo, de fazer eles entenderem o que faz parte do tratamento! (Arara)

Isso tudo mostra quão complexo é a permanência desse índio em um ambiente diverso e distante da sua realidade. Eles têm uma certa resistência, tem uma dificuldade de “perder” essa essência deles, que é da valorização da medicação que é feita até pelo próprio pajé. (Paca)

Ambas as falas acima demonstram como complexo é para a população indígena aceitar que métodos diferentes dos propostos pela cultura tradicional sejam aplicados para o tratamento da saúde. Tal resistência se deve ao fato de uma valorização cultural, onde o tratamento do ‘branco’ é deixado para o caso de não se obter sucesso com nenhum tratamento realizado na aldeia.

O profissional de saúde durante o atendimento da população indígena, busca explicar o plano terapêutico, os medicamentos que serão administrados, para quais finalidades. A população indígena não compreende a gravidade do quadro de saúde dos pacientes, muitas vezes levados já em estado grave ao hospital, por isso, muitas vezes associam os procedimentos a morte.

O que a gente consegue compreender e respeitar, porém é difícil trabalhar, porque... muitas vezes eles não aceitam! Então quando eu digo que a minha experiência não foi boa, é... devido a essa não aceitação deles, em relação ao nosso trabalho! Na grande maioria das vezes, eles levam as crianças indígenas, quando elas já estão muito graves, né, quando a doença já tá um pouco mais avançada, e eles não entendem a gravidade da situação que as crianças vivenciam e querem que nós, como pediatras, façamos milagres... (Cutia)

A alimentação é adaptada para que se tenha melhor adesão a dieta prescrita. Algumas vezes, os indígenas tentam introduzir alimentos que no momento, devido ao quadro clínico do paciente, encontram-se suspensos (como o leite para recém-nascidos). A equipe de nutrição busca realizar a conscientização do pai (de acordo com hierarquia estabelecida), juntamente com a equipe multidisciplinar, para eficácia do tratamento do paciente durante o período de internação. Como dificuldade que tenho, vem o fato de serem pacientes com palatabilidade específica, devido a cultura. Devido à dificuldade de aceitação do tratamento, muito relacionado com a cultura deles mesmo. (Onça)

Ao se relacionar com as comunidades indígenas, os profissionais do sistema de saúde se deparam com a dimensão intercultural (Diehl, & Pellegrini, 2014), como identificado nas falas seguintes.

A nossa principal barreira com o paciente indígena hoje, é a questão cultural! Tem coisas que eles não aceitam... (Arara)

Referente a vivência da internação até a alta, eles têm uma dificuldade em relação a linguística mesmo, é... e muitas das vezes o profissional ele não tá preparado para atender esse público. (Paca)

Bom... as barreiras são muitas, né? Principalmente a cultural... A começar de que as mulheres indígenas, quando estão na presença dos homens, elas não podem falar conosco na nossa língua, no português... (Cutia)

Identifica-se, por meio das falas, uma prevalência da resistência cultural citada anteriormente, destacando-se o oferecimento de uma saúde “anti-indígena”. Essa é caracterizada por profissionais de saúde incapazes de reconhecer e incorporar especificidades culturais dos indígenas na sua prática de trabalho, refletidos em processos de comunicação insuficiente e comprometimento do oferecimento e continuidade do cuidado. Para o rompimento dessa barreira, entende-se a necessidade do estabelecimento de empatia e vínculo entre profissionais de saúde e indígenas. A equipe multiprofissional deve entender que a compreensão da diversidade cultural de pessoas indígenas, a necessidade de trocas de saberes e a abordagem de suas dúvidas, inseguranças, medos e preocupações, fazem parte do processo de cuidar. É difícil para a população indígena adaptar-se a uma nova rotina, ao distanciamento da comunidade e da família, e a convivência com outra cultura e outros valores. É fundamental a percepção e a intervenção nessas rotinas para promoção do acolhimento e do vínculo (Pereira et al, 2014).

Categoria 2: Conhecer para atender

Alterações nas políticas públicas de atenção à saúde indígena, indicam a necessidade de realização de uma discussão de forma mais profunda sobre a inter-relação das práticas de cura tradicionais e as práticas propostas no campo da biomedicina (Batista, 2000). A visão do conceito de saúde de ambas as partes envolvidas deve ser respeitada, sendo o profissional capaz de compreender os aspectos culturais daquela população, como visto a seguir:

Todos os atendimentos devem ser feitos considerando seus princípios de humanização, respeito a diversidade cultural e atuação no contexto da interculturalidade. Outra dificuldade que vou dar como exemplo durante o tempo da internação, é a questão da medicação... a medicação tá sendo feita, da orientação hospitalar né, que foi prescrita pelo médico, só que eles trazem as ervas... (Paca)

Mas não deixa de ser gratificante também, porque a gente ensina muita coisa pra eles, mas a gente também aprende muita coisa... acaba sendo uma troca! (Arara)

Uma característica que temos durante o trabalho multidisciplinar para atendimento aos indígenas no HYT, é saber ouvir! Através da atuação com a equipe multidisciplinar, durante o tratamento desses pacientes na unidade e durante a alta hospitalar, estamos buscando despertar e valorizar os hábitos alimentares tradicionais e promover ações de fortalecimento que permitam e incentivem esse hábito. (Onça)

Mas eu acredito que o que pudesse mudar um pouco, é, seria a forma de explicar pra eles, eu acho que de divulgação do que nós médicos estamos lá pra fazer... é... pra ajudar as crianças, talvez amenizasse um pouco mais a tensão que existe deles, em relação a nós médicos! (Cutia)

O profissional biomédico que trabalha em áreas indígenas, necessita trabalhar com uma atenção diferenciada (Vieira, Oliveira, & Neves, 2013), com a capacidade de entender o sistema de saúde no qual está inserido, mas também respeitar saberes, estratégias, significados e tradições da população com a qual tem contato, o que não quer dizer que signifique “instrumentalizar práticas tradicionais que podem ser testadas e verificadas pela biomedicina quanto à sua eficácia” (p.31) (Langdon, & Diehl, 2007).

Ao retornar para casa, a visão do cuidado difere do ambiente hospitalar, e é nesse momento que acontece a transição da passagem do curar para o processo de cuidar em domicílio (Rodrigues et al, 2013). Percebe-se na análise das falas, que não há uma efetiva transição do cuidado nos pós alta da população indígena.

Porque eu acredito que eles pensam que depois que saem do hospital, já estão bem, já curados, não precisam mais se cuidar... eu sei que na aldeia, existe um profissional de enfermagem, que ajuda e é responsável por isso, por dar continuidade nesse tratamento. (Arara)

No momento da alta, mesmo com o médico orientando, as medicações que precisam tomar, os horários de medicações, tem uma dificuldade enorme de aceitação... as medicações pós, muitas vezes são compradas, mas não são executadas da forma correta, então esse prejuízo que eles têm, pra eles no pós alta, é muito grande, as vezes a gente tem um número maior de reinternação. (Paca)

A não continuidade do tratamento e não realização do acompanhamento ambulatorial favorecem muito o aumento de internações e reinternações. (Onça)

Eu acredito que a maior dificuldade mesmo, com relação a medicação, com a população indígena, é eles comprarem e fazerem essas medicações adequadamente, a terapêutica correta, em casa! (Cutia)

Importante reforçar que a Política Nacional de Atenção Hospitalar define a alta responsável como um meio de transferência de cuidados realizados por meio de orientação dos pacientes e seus familiares quanto a continuidade do seu tratamento, dando ênfase na autonomia do paciente, proporcionando o autocuidado (Brasil, 2017). Estudos mostram que a transição pode ser a passagem de uma fase da vida para outra, diante de várias condições e estados, em um contexto social particular (Chick, & Meleis, 1986). O planejamento da alta está interligado a redução no risco de reinternação hospitalar (Hitch et al, 2016), (Adams et al, 2014), (Coleman, & Jackson, 2014), (Coleman et al, 2006).

4. Conclusão

O estudo reafirma, juntamente com outras pesquisas, a necessidade de melhor preparo das equipes de saúde no que se refere a competência cultural. A partir das vivências relatadas por alguns profissionais de saúde envolvidos no pós-alta hospitalar de pacientes indígenas foi possível compreender e trazer à discussão alguns dos fatores envolvidos no oferecimento de atendimento durante o processo de transição do cuidado.

Observamos que a dificuldade na comunicação afeta tanto a qualidade da continuidade de tratamento, quanto a adesão pela população indígena, além da aceitação da qualidade dos procedimentos de cuidados pela pessoa não indígena. Percebe-se a amplitude da dificuldade, tanto pelo fator cultural, quanto pela falta de capacitação profissional, resultante possivelmente de uma lacuna na formação acadêmica que ignora a necessidade de reconhecimento de credenciais epistêmicas confiáveis dos saberes tradicionais indígenas para incorporação de entendimentos que levem ao empoderamento desses povos e não marginalização de suas culturas. Sendo, nesse sentido, fundamental que o modelo de conhecimento científico adotado para abordagem em saúde, reconheça para além dos modos racionais as formas de inteligibilidade em saúde que se produzem a partir de valores e práticas culturais tradicionais.

Algumas limitações da pesquisa podem ser apontadas, como a baixa disponibilidade de profissionais de saúde para realização das entrevistas. Outras estratégias de coleta de dados poderiam ter sido empregadas, no entanto não foram previstas no projeto original, como entrevistas com algumas lideranças indígenas, utilizando folhetos com linguagem específica dos grupos, na busca do entendimento local sobre a continuidade dos tratamentos, enfatizando a necessidade da realização do acompanhamento ambulatorial. Sugerimos, para estudos futuros, a inclusão desse grupo de lideranças indígenas como participante de pesquisa, para complementação do entendimento evidenciado pelos profissionais de saúde sobre a adesão ao cuidado após a alta hospitalar, visando a transição do cuidado na própria aldeia onde residem os indígenas. O desenvolvimento de estudos voltados ao cuidado da saúde da população indígena auxilia na compreensão dos valores interculturais estabelecidos entre os povos indígenas e não indígenas.

Agradecimentos

Agradecemos aos profissionais de saúde entrevistados, à Farmacêutica do Hospital Yutaka Takeda (HYT) que auxiliou nas entrevistas, e ao Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar em Carajás (Pará, Brasil).

Referências

- Adams, C. J., Stephens, K., Whiteman, K., Kersteen, H., & Katruska, J. (2014). Implementation of the Re-Engineered Discharge (RED) toolkit to decrease all-cause readmission rates at a rural community hospital. *Quality management in health care*, 23(3), 169–177. <https://doi.org/10.1097/QMH.000000000000032>
- Bardin, L. (2006). Análise de conteúdo (I. De a. Rego & a. Pinheiro, trads.). *Lisboa: edições*, 70(3).
- Batista MR. (2000) O desencantamento da aldeia: relatório circunstancial de identificação e delimitação do T.I. Truká. GT; Portaria nº 065/PRES/FUNAI. Brasília: FUNAI.
- Berry, J. G., Ziniel, S. I., Freeman, L., Kaplan, W., Antonelli, R., Gay, J., ... & Goldmann, D. (2013). Hospital readmission and parent perceptions of their child's hospital discharge. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(5), 573-581.
- Borges, M. M., & Santos Junior, R. (2014). A comunicação na transição para os cuidados paliativos: artigo de revisão. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 38, 275-282.
- Brasil. (1999). Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Diário Oficial da União, 24 set. 1999; Seção 1:1.
- Brasil. (2017). Manual de implantação e implementação do NIR. Ministério da Saúde, Distrito Federal.
- Carlos Jr, E. A. (2014). Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena.
- Carpenter, D. A. L., Kamaka, M. L., & Kaulukukui, C. M. (2011). An innovative approach to developing a cultural competency curriculum; efforts at the John A. Burns School of Medicine, Department of Native Hawaiian Health. *Hawaii Medical Journal*, 70(11 Suppl 2), 15.
- Centeno, M. M., & Kahveci, K. L. (2014). Transitional care models: preventing readmissions for high-risk patient populations. *Critical Care Nursing Clinics*, 26(4), 589-597.
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transitions: A Nursing Concern. <https://repository.upenn.edu/nrs/9>
- Choi, Y. (2017). Care coordination and transitions of care. *Medical Clinics*, 101(6), 1041-1051.
- Coleman S & Jackson T. (2014). EB63 beating sepsis! It's a sprint, not a jog! *J Crit Care Nurs*, 34(2):e8-e9.
- Coleman, E. A., & Boulton, C. (2003). Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 556-557.
- Coleman, E. A., Parry, C., Chalmers, S., & Min, S. J. (2006). The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. *Archives of internal medicine*, 166(17), 1822-1828.
- DelBoccio, S., Smith, D., Hicks, M., Lowe, P., Graves-Rust, J., Volland, J., & Fryda, S. (2015). Successes and challenges in patient care transition programming: one hospital's journey. *OJIN Online J Issues Nurs*, 20(3).
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2006). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Artmed.
- Diehl, E. E., & Pellegrini, M. A. (2014). Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais.
- Donaldson, M. S., Corrigan, J. M., & Kohn, L. T. (Eds.). (2000). *To err is human: building a safer health system*.
- Fundação Nacional de Saúde. (2002). Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas.
- Gallagher, N. A., Fox, D., Dawson, C., & Williams, B. C. (2017). Improving care transitions: complex high-utilizing patient experiences guide reform. *Am J Manag Care*, 23(10), e347-e352.
- Grupioni, L. D. B., Vidal, L. B., & Fischmann, R. (2001). *Povos indígenas e tolerância: construindo práticas de respeito e solidariedade* (Vol. 6). Edusp.
- Hitch, B., Parlier, A. B., Reed, L., Galvin, S. L., Fagan, E. B., & Wilson, C. G. (2016). Evaluation of a Team-Based, Transition-of-Care Management Service on 30-Day Readmission Rates. *North Carolina medical journal*, 77(2), 87–92. <https://doi.org/10.18043/nm.77.2.87>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2011). Censo Demográfico 2010: resultados preliminares da amostra. Rio de Janeiro: IBGE.
- Kamaka, M. L. (2010). Designing a cultural competency curriculum: asking the stakeholders. *Hawaii medical journal*, 69(6 Suppl 3), 31.
- Kammermayer, A. K., Leasure, A. R., & Anderson, L. (2017). The effectiveness of transitions-of-care interventions in reducing hospital readmissions and mortality: a systematic review. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 36(6), 311-316.
- Kealy-Bateman, W., Gorman, G. M., & Carroll, A. P. (2021). Patient/Consumer Codesign and Coproduction of Medical Curricula: A Possible Path Toward Improved Cultural Competence and Reduced Health Disparity. *SAGE Open*. <https://doi.org/10.1177/21582440211016836>

- Kruse, J. A., Didion, J., & Perzynski, K. (2014). Utilizing the Intercultural Development Inventory® to develop intercultural competence. *Springerplus*, 3(1), 1-8.
- Lacey, H. (2019). Ciência, valores, conhecimento tradicional/indígena e diálogo de saberes. *Desenvolvimento e Meio Ambiente*, 50.
- Langdon, E. J., & Diehl, E. E. (2007). Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. *Saúde e sociedade*, 16, 19-36.
- Laraia, R. D. B. (2007). Cultura: um conceito antropológico.
- Lewin Group Inc. (2002). The Indicators of cultural competence in health care delivery organizations: an organizational cultural competence assessment profile. U.S. Washington D.C.: Department of Health and Human Services.
- Lorenzo, C. F. G. (2011). Desafios para uma bioética clínica interétnica: reflexões a partir da política nacional de saúde indígena. *Revista Bioética*, 19(2), 329-342.
- Minayo, M. C. D. S. (2007). O desafio do conhecimento (10ª edição). São Paulo: Editora Hucitec.
- Moreira, G. D. O., & Motta, L. B. (2016). Competência cultural na graduação de Medicina e de Enfermagem. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 40, 164-171.
- Pereira, É. R., Biruel, E. P., Oliveira, L. S. D. S., & Rodrigues, D. A. (2014). A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. *Saúde e Sociedade*, 23, 1077-1090.
- Rayan, N., Admi, H., & Shadmi, E. (2014). Transitions from hospital to community care: the role of patient-provider language concordance. *Israel journal of health policy research*, 3(1), 1-8.
- Rayan-Gharra, N., Tadmor, B., Balicer, R. D., & Shadmi, E. (2018). Multicultural transitions: caregiver presence and language-concordance at discharge. *International Journal of Integrated Care*, 18(3).
- Rodrigues, R. A. P., Marques, S., Kusumota, L., Santos, E. B. D., Fhon, J. R. D. S., & Fabrício-Wehbe, S. C. C. (2013). Transição do cuidado com o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21, 216-224.
- Said, G. F., Lima, C. C., & Alves, T. M. (2017). Não leia este texto! A Escola de Palo Alto e os paradoxos comunicacionais.
- Sartori, D., & Leivas, P. G. C. (2017). O direito à saúde dos povos indígenas e o paradigma do reconhecimento. *Revista Direito e Práxis*, 8, 86-117.
- Silva, C. B. D. (2013). Profissionais de saúde em contexto indígena: os desafios para uma atuação intercultural e dialógica. *Antropos-Revista de Antropologia*, 6, 3-36.
- Vieira, H. T. G., Oliveira, J. E. D. L., & Neves, R. D. C. M. (2013). A relação de intermedialidade nos Índios Truká, em Cabrobó-Pernambuco. *Saúde e Sociedade*, 22, 566-574.
- Wachtler, C., & Troein, M. (2003). A hidden curriculum: mapping cultural competency in a medical programme. *Medical education*, 37(10), 861-868.
- Weber, L. A. F., Lima, M. A. D. D. S., Acosta, A. M., & Marques, G. Q. (2017). Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. *Cogitare enfermagem. Curitiba. Vol. 22, n. 3 (2017), p. e47615*.
- Weech-Maldonado, R., Elliott, M. N., Pradhan, R., Schiller, C., Hall, A., & Hays, R. D. (2012). Can hospital cultural competency reduce disparities in patient experiences with care?. *Medical care*, 50, S48.