

Política de saúde indígena: a percepção de acadêmicos de medicina de uma universidade pública da região norte

Indigenous health policy: the perspective of medical students from a public university in the northern region

Maria Luiza Bandeira da Silva¹; Amanda Sophia Carvalho Miranda da Silva²; Felipe Rodrigues Neves³; Miguel Sousa Lima Batista⁴; Ronaldo Benjamim Marques⁵; Lizandra Caroline Valente Gaia de Jesus⁶; Juliane Lopes dos Santos⁷; Tamara Stefany Siqueira Tavares⁸; Sandra Souza Lima⁹; Izaura Maria Vieira Cayres Vallinoto¹⁰

RESUMO:

A população indígena brasileira apresenta grande diversidade sociocultural e histórica e vulnerabilidade decorrente de processos de colonização, expropriação territorial e exclusão social, os quais impactam suas condições de saúde. Embora a criação do SASI-SUS e da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas tenha apresentado avanços na garantia de atenção diferenciada, persistem desafios estruturais e interculturais. Nesse contexto, torna-se fundamental

¹ ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-9824-8018>. Universidade Federal do Pará, Brasil. E-mail: maria.bandeira.silva@ics.ufpa.br

² ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-6498-3770>. Universidade Federal do Pará, Brasil. E-mail: amanda.miranda.silva@ics.ufpa.br

³ ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-7528-4214>. Universidade Federal do Pará, Brasil. E-mail: felipe.neves@ics.ufpa.br

⁴ ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-8584-2208>. Universidade Federal do Pará, Brasil. E-mail: miguelslb_10@hotmail.com

⁵ ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-2127-9464>. Universidade Federal do Pará, Brasil. E-mail: ronaldo.marques@ics.ufpa.br

⁶ ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-4124-0299>. Universidade Federal do Pará, Brasil. E-mail: lizndv@gmail.com

⁷ ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-1614-9408>. Universidade Federal do Pará, Brasil. E-mail: juliane.santos@ics.ufpa.br

⁸ Universidade Federal do Pará, Brasil. Email: tamarastefani01@gmail.com

⁹ ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5137-7770>. Universidade Federal do Pará, Brasil. E-mail: saraujo@ufpa.br

¹⁰ ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1408-8384>. Universidade Federal do Pará, Brasil. E-mail: ivallinoto@ufpa.br

avaliar se a formação médica prepara adequadamente os estudantes para uma prática intercultural no cuidado à saúde indígena. Avaliar o conhecimento dos estudantes de medicina da Universidade Federal do Pará sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). O presente trabalho trata de um estudo observacional, do tipo transversal, com abordagens descritivas, qualitativas e quantitativas. A coleta foi realizada por meio de questionário eletrônico disponibilizado pela plataforma *Google Forms*, durante o período de abril a julho de 2025, envolvendo 260 estudantes de Medicina da Universidade Federal do Pará, campus Belém. A pesquisa evidenciou a carência em relação ao conhecimento de acadêmicos de medicina acerca da PNASPI. Em geral, obtiveram-se dados de pouco ou nenhum conhecimento sobre essa política. A análise de dados demonstrou que, independentemente da fase do curso, a compreensão da população-alvo é deficitária, portanto, o trabalho ratifica a urgência de uma maior presença da temática durante a graduação de medicina.

Palavras-chave: Educação Médica. Saúde Indígena. Povos Indígenas. Currículo Médico. Amazônia.

ABSTRACT

The Brazilian indigenous population exhibits great sociocultural and historical diversity, as well as vulnerability arising from processes of colonization, territorial expropriation, and social exclusion, which impact their health conditions. Although the establishment of the Indigenous Health Care Subsidiary System (SASI-SUS) and the National Health Care Policy for Indigenous Peoples (PNASPI) has advanced the guarantee of differentiated care, structural and intercultural challenges persist. In this context, it is essential to evaluate whether medical education adequately prepares students for intercultural practice in indigenous health care. To evaluate the knowledge of medical students at the Federal University of Pará (UFPA) regarding the National Health Care Policy for Indigenous Peoples (PNASPI). This is a cross-sectional observational study with descriptive, qualitative, and quantitative approaches. Data were collected via an electronic questionnaire on the Google Forms platform from April to July 2025, involving 260 medical students at the Federal University of Pará, Belém campus. The research highlighted a lack of knowledge among medical students regarding PNASPI. In general, the data obtained indicated little to no knowledge of this policy. Data analysis demonstrated that, regardless of the stage of the medical program, understanding of the target population is deficient. Therefore, this study confirms the urgent need for a greater presence of this theme during undergraduate medical education.

Keywords: Medical Education. Indigenous Health. Indigenous Peoples. Medical Curriculum. Amazon.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Fundação Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022), estima-se que, no início do século XVI, a população indígena presente no território brasileiro era de

aproximadamente cinco milhões de indivíduos. Contudo, os povos originários constituem uma população historicamente submetida a processos de colonização, expropriação territorial e exclusão social, cujos impactos repercutem diretamente nas condições de saúde e nos perfis epidemiológicos observados ao longo do tempo (GARNELO; PONTES, 2012).

No Brasil, essa população é marcada por ampla diversidade sociocultural, linguística e territorial, o que impõe desafios específicos à organização dos serviços de saúde e à formulação de políticas públicas que garantam atenção integral, equitativa e culturalmente sensível (PEDRANA et al., 2018).

A institucionalização da atenção à saúde indígena ocorreu de forma tardia, consolidando-se apenas no final do século XX com a promulgação da Lei nº 9.836/1999 (Lei Arouca), que instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), organizado em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) (ABRUNHOSA, 2020). Posteriormente, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) estabeleceu as diretrizes para uma atenção diferenciada, reconhecendo as especificidades epidemiológicas, socioculturais e territoriais desses povos, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Nesse contexto, a Atenção Diferenciada estabelece-se como o modelo operacional da PNASPI, fundamentada no princípio da equidade do Sistema Único de Saúde (SUS)¹¹. Diferente de uma acepção de privilégio assistencial, a atenção diferenciada pressupõe a adaptação do modelo biomédico convencional às especificidades socioculturais, linguísticas e epidemiológicas dos povos originários (GARNELO; PONTES, 2012; BRASIL, 2022). Segundo Chaves et al. (2023), essa diretriz visa garantir que o cuidado seja não apenas tecnicamente eficaz, mas culturalmente aceitável, exigindo do profissional médico uma postura de diálogo entre o saber científico e as medicinas tradicionais. Portanto, a efetivação dessa política depende da superação de barreiras institucionais e da consolidação de competências interculturais na graduação, assegurando que a singularidade dos contextos indígenas seja respeitada sem prejuízo à integralidade do acesso (ABEM, 2020; RIBEIRO et al., 2023).

Apesar dos avanços normativos, a efetivação da atenção diferenciada permanece limitada por entraves estruturais e operacionais, incluindo dificuldades de gestão do subsistema, barreiras geográficas e desafios relacionados à interculturalidade no cuidado (PEDRANA et al., 2018). Observa-se, ainda, a persistência de um modelo biomédico hegemônico, que frequentemente

¹¹ O Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema público brasileiro, criado pela Constituição de 1988, que garante acesso universal, integral e gratuito à saúde para todos os cidadãos, do atendimento básico à alta complexidade. Baseado em princípios de universalidade, igualdade e equidade, é um dos maiores sistemas públicos do mundo, operado de forma descentralizada pelo Ministério da Saúde, estados e municípios.

desconsidera os saberes tradicionais, dificultando a construção de uma atenção verdadeiramente intercultural (GARNELO; PONTES, 2012; SARTORI; LEIVAS, 2017).

Nesse cenário, a formação médica assume papel central. Embora as Diretrizes Curriculares Nacionais enfatizem princípios como integralidade e equidade, a temática da saúde indígena ainda ocupa espaço restrito nos currículos (DEMARZO et al., 2011; DIAS et al., 2018). Tal lacuna formativa não apenas compromete o desenvolvimento de competências essenciais, como a comunicação intercultural e o reconhecimento do pluralismo terapêutico, mas também resulta na preparação insuficiente dos futuros médicos para contextos de diversidade cultural (PEDRANA et al., 2018; RIBEIRO et al., 2023; LUNA, 2025).

Para além das lacunas técnicas, a carência de um debate crítico e transversal sobre a temática indígena durante a graduação pode fomentar o racismo institucional e a manutenção de estereótipos que desumanizam o cuidado (GARNELO; PONTES, 2012). Conforme apontam Chaves et al. (2023), o desconhecimento acerca das realidades dos povos originários frequentemente se traduz em práticas discriminatórias e na invisibilização das subjetividades dos pacientes, comprometendo severamente o vínculo terapêutico e a adesão aos tratamentos. Sob essa ótica, a persistência de preconceitos enraizados no modelo biomédico hegemônico não apenas dificulta a comunicação intercultural, mas atua como uma barreira de acesso que perpetua iniquidades históricas (ABEM, 2020; LUNA, 2025). Portanto, desconstruir tais visões estereotipadas é pressuposto ético para uma formação médica que reconheça a alteridade e assegure o direito à dignidade nas trajetórias de cura desses povos (SARTORI; LEIVAS, 2017; SCIELLO, 2026).

Sob essa ótica, emerge a relevância de avaliar a eficácia das Instituições de Ensino Superior (IES) em converter tais diretrizes normativas em transposição didática no cotidiano acadêmico. Ao perscrutar a percepção discente acerca da PNASPI, objetiva-se diagnosticar fragilidades pedagógicas que possam perpetuar visões estereotipadas, subsidiando reflexões sobre reformulações curriculares que transcendam o modelo biomédico hegemônico. Tal ajuste é imperativo para assegurar uma formação comprometida com a alteridade, o respeito às epistemologias indígenas e a ética profissional (SARTORI; LEIVAS, 2017; ANTUNES, 2022).

A escolha da Universidade Federal do Pará (UFPA) como cenário deste estudo justifica-se por sua posição estratégica como instituição de referência na Amazônia Legal¹², região caracterizada pela maior concentração de povos originários do país. Inserida em um contexto de intensa

¹² A Amazônia Legal é uma delimitação geográfica de 5,015 milhões de km² (cerca de 59% do Brasil) criada em 1953, reunindo nove estados brasileiros (AC, AP, AM, MA, MT, PA, RO, RR, TO) para fins de planejamento econômico e desenvolvimento sustentável. Abrange a região amazônica e áreas de cerrado, focado em governança, proteção florestal e desenvolvimento

sociodiversidade, a UFPA atua na fronteira do cuidado a comunidades tradicionais e recebe um fluxo crescente de discentes indígenas que vivenciam processos de transição e urbanização, demandando assistências de saúde específicas e culturalmente mediadas (UFPA, 2023; CHAVES et al., 2023). No entanto, embora o currículo formal preconize a integralidade, a prática cotidiana em enfermarias e ambulatórios muitas vezes é permeada pelo 'currículo oculto' (ABEM, 2020). Nesse ambiente informal de aprendizagem, a temática da saúde indígena pode ser secundarizada ou estigmatizada como de alta complexidade operacional, reforçando a ideia de que certos pacientes não demandam o mesmo nível de empatia ou esforço diagnóstico (SCIELLO, 2026). Assim, investigar a percepção discente nesta universidade é fundamental para compreender as tensões entre a diretriz política e a realidade assistencial em um território de importância global (INTERFERENCE, 2025).

Por isso, o presente estudo tem como objetivo analisar a percepção e o conhecimento de discentes do curso de Medicina acerca dessa política, identificando o nível de conhecimento autodeclarado e a oferta de oportunidades formativas entre os diferentes períodos da graduação (1º ao 4º semestre, 5º ao 8º semestre e 9º ao 12º semestre). Busca-se, ainda, verificar se a progressão acadêmica e a maior exposição a eventos formativos na etapa final do curso correlacionam-se com um melhor desempenho global no conhecimento sobre a temática.

Estruturalmente, este artigo organiza-se em seções subsequentes que delimitam o percurso investigativo. Inicialmente, a Metodologia expõe o delineamento observacional e transversal da pesquisa, detalhando o universo amostral e os protocolos estatísticos e éticos adotados. Seguem-se os Resultados, nos quais se sistematizam os dados sociodemográficos e a mensuração dos scores de conhecimento dos discentes acerca da PNASPI. A Discussão promove a interlocução analítica entre os achados empíricos e os referenciais teóricos sobre interculturalidade e o modelo biomédico hegemônico. Por fim, as Conclusões sintetizam as evidências sobre a lacuna formativa identificada, ratificando a premência de reestruturações curriculares que assegurem a equidade na assistência às populações originárias

METODOLOGIA

3.1. Desenho de estudo e amostragem:

Trata-se de um estudo observacional, do tipo transversal, com abordagens descritivas, qualitativas e quantitativas. A população de estudo foi constituída por estudantes de Medicina da Universidade Federal do Pará (UFPA) campus Belém, totalizando aproximadamente 900 discentes ativos. O tamanho amostral foi calculado por fórmula para populações finitas, com margem de erro de 5%,

resultando em uma estimativa de 259 discentes, ajustada para 260 participantes para otimização das comparações estatísticas.

3.2 Aspectos Éticos.

O estudo foi conduzido em conformidade com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, respeitando os preceitos da Declaração de Helsinque, do Código de Nuremberg e da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Pará (Parecer nº 7.167.200; CAAE: 83058424.6.0000.0018). Todos os participantes anuíram ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo-lhes assegurados o direito à privacidade e o sigilo das informações coletadas, bem como a liberdade de retirar-se do estudo a qualquer momento, sem qualquer ônus ou prejuízo.

3.3 Coleta de dados:

A seleção dos participantes realizou-se por meio de amostragem não probabilística por conveniência, uma vez que os discentes convidados a participar da pesquisa responderam voluntariamente ao instrumento de coleta de dados. A coleta foi realizada por meio de questionário eletrônico disponibilizado pela plataforma *Google Forms*, durante o período de abril a julho de 2025. Foram incluídos no estudo aqueles que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: serem discentes regularmente matriculados no curso de Medicina da UFPA campus Belém, idade igual ou superior a 18 anos e estarem concordantes com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram definidos os seguintes critérios de exclusão: questionários incompletos, com menos de 80% das questões respondidas; respostas duplicadas; estudantes que não concordaram com o TCLE; discentes afastados do curso; e questionários preenchidos fora do período de coleta estabelecido para o estudo.

O instrumento de coleta consistiu em um questionário semiestruturado, elaborado para avaliar o nível de conhecimento dos acadêmicos acerca da Política Nacional de Saúde Indígena. O Instrumento contemplou duas seções principais: (1) caracterização sociodemográfica e acadêmica, estando incluídas variáveis como idade, gênero, autodeclaração étnico-racial e período do curso; e (2) nível de conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde Indígena. Abordando aspectos relacionados ao contato prévio com o tema na faculdade, domínios sobre os determinantes e agravos à saúde indígena e oferta sobre a temática por meio de cursos e formações através da universidade. Todos os dados obtidos foram armazenados em planilhas eletrônicas, inicialmente na

plataforma Google Forms e, posteriormente, exportados e organizados no Microsoft Excel, versão 2021, para análise estatística e interpretação qualitativa.

3.4 Análise Estatística:

Realizou-se, inicialmente, a análise descritiva dos dados, por meio da ferramenta de tabelas dinâmicas do Microsoft Excel, versão 2021, formando, assim, o banco de dados que possibilitou a elaboração de tabelas e gráficos para a caracterização sociodemográfica e acadêmica dos participantes, bem como para a apresentação das respostas referentes à autoavaliação sobre a formação recebida e ao nível de conhecimento sobre as políticas de saúde indígena. Em seguida, calculou-se o score total resultante da somatória das pontuações referentes à segunda parte do formulário. A cada alternativa das questões objetivas foi atribuída uma pontuação entre 0 e 4, resultando em um score total que variava entre 0 e 24 pontos. Após o cálculo, criou-se uma classificação que nos auxiliou na categorização do nível de conhecimento de cada participante, sendo ela: Insuficiente quando o score total está igual ou abaixo de 6 pontos, Regular quando está entre 7 e 12 pontos, Bom quando está entre 13 e 18 pontos e Excelente se o score total for maior que 19 pontos. Exportou-se o banco de dados para o programa BioEstat no qual se realizaram as análises inferenciais. Para avaliação da associação das questões específicas e do ciclo de graduação, foi aplicado o teste G para duas variáveis independentes, adotando-se nível de significância de 5% (p-valor < 0,05).

A classificação geral segundo o score total foi comparada entre os ciclos por meio de tabelas de contingência e representação gráfica.

RESULTADOS

A pesquisa foi constituída por 260 discentes do curso de Medicina, acima de 18 anos de ambos os sexos. Os resultados mostraram que a maioria é do sexo feminino (n=144; 55,38%), com a faixa etária mais prevalente sendo de 18-25 anos (n=160; 61,54%), seguida por 26-35 anos (n=95; 36,54%). A maioria dos entrevistados se autodeclarou parda (n=133; 51,15%). Cinco estudantes (1,92%) se autodeclararam pertencentes a comunidades tradicionais. Quanto à distribuição acadêmica, observou-se maior participação de alunos matriculados entre o 9º ao 12º semestre (n=118; 45,38%), seguidos por aqueles que cursavam do 1º ao 4º semestre (n=95; 36,54%) e, por fim, do 5º ao 8º semestre (n=47; 18,08%)."

TABELA 1. Caracterização da amostra

Variável	n	%
----------	---	---

Sexo n %		
Feminino	144	55,38
Masculino	116	44,62
Faixa etária n %		
18-25	160	61,54
26-35	95	36,54
36-45	3	1,15
>45	2	0,77
Raça n %		
Amarelo	14	5,38
Branco	75	28,85
Indígena	5	1,92
Parda	133	51,15
Preto	33	12,69
Ciclo acadêmico n %		
Ciclo básico (1º ao 4º semestre)	95	36,54
Ciclo clínico (5º ao 8º semestre)	47	18,08
Internato (9º ao 12º semestre)	118	45,38

Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

A autoavaliação do conhecimento sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) demonstrada na Questão 01, “Como você avalia seu conhecimento sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas?”, evidencia um déficit acentuado e estável ao longo do curso. No 1º ao 4º semestre, 64,21% dos 96 discentes (n=61) classificaram seu

conhecimento como insuficiente. Este padrão se manteve como majoritário no 5º ao 8º semestre (57,45%, n=27) e no 9º ao 12º semestre (65,25%, n=77).

A aplicação do teste de associação indicou um p-valor de 0,3362, não demonstrando diferença estatisticamente significativa entre os ciclos. Este achado sugere que o avanço na grade curricular não está se traduzindo em uma melhoria perceptível no autoconhecimento dos estudantes sobre este marco regulatório fundamental.

A fragilidade do conhecimento se estendeu aos determinantes sociais da saúde dos povos indígenas, explorada na Questão 02 “Como você avalia o seu conhecimento acerca dos determinantes sociais da saúde dos Povos Indígenas?”. Observou-se um predomínio de respostas "Insuficiente" no 1º ao 4º semestre (53,68%, n=51), no 5º ao 8º semestre (36,17%, n=17) e no 9º ao 12º semestre (50,84%, n=60). O p-valor de 0,2488 também não apontou diferença significativa entre os grupos, reforçando a homogeneidade da deficiência.

Em relação ao conhecimento sobre os principais agravos à saúde desta população estudada na Questão 03 “Como você avalia o seu conhecimento acerca dos principais agravos à saúde Povos Indígenas? ”, notou-se uma discreta atenuação do padrão negativo, com aumento marginal nas respostas "Bom " e "Excelente ". Contudo, o Insuficiente e Regular ainda foi majoritário. É relevante destacar que este foi o único domínio com tendência à significância estatística (p-valor = 0,054), sugerindo um possível, ainda que incipiente, impacto da progressão curricular neste tema.

As respostas referentes à existência de um módulo específico na grade curricular dedicado à saúde indígena e à abordagem da PNASPI (Questões 04 e 06, respectivamente) reforçam a hipótese de uma lacuna curricular ou abordagem superficial do conteúdo. A percepção de conhecimento 'Insuficiente' sobre o módulo específico apresentou-se elevada em todas as etapas da graduação: 65,26% entre os discentes do 1º ao 4º semestre; 85,11% entre os do 5º ao 8º semestre; e 83,05% entre os do 9º ao 12º semestre. O valor de $p = 0,891$ confirma a ausência de diferença estatisticamente significativa na percepção de carência de conteúdo entre os períodos. De forma análoga, a discussão do PNASPI em disciplinas manteve o predomínio da categoria 'Insuficiente' (65,26% no 1º-4º semestre; 68,08% no 5º-8º semestre; e 69,49% no 9º-12º semestre). O valor de $p = 0,861$ indica, novamente, a ausência de significância estatística, reiterando a necessidade de revisão curricular para a inclusão efetiva e aprofundada desses temas.

TABELA 2. Distribuição das respostas das questões 1, 2, 3, 4 e 6

Questão 01 - Como você avalia seu conhecimento sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas?

Pontuação	Ciclo básico (1° ao 4° semestre)		Ciclo clínico (5° ao 8° semestre)		Internato (9° ao 12° semestre)		P-valor
	n	%	n	%	n	%	
0	6	6,32	1	2,13	10	8,47	0,3362
1	55	57,89	26	55,32	67	56,78	
2	31	32,63	16	34,04	34	28,81	
3	2	2,11	2	4,26	7	5,93	
4	1	1,05	2	4,26	0	0,00	

Questão 02 - Como você avalia o seu conhecimento acerca dos determinantes sociais da saúde dos Povos Indígenas?

0	5	5,26	3	6,38	10	8,47	0,2488
1	46	48,42	14	29,79	50	42,37	
2	38	40,00	22	46,81	48	40,68	
3	5	5,26	6	12,77	10	8,47	
4	1	1,05	2	4,26	0	0,00	

Questão 03 - “Como você avalia o seu conhecimento acerca dos principais agravos à saúde dos Povos Indígenas?”

0	11	11,58	1	2,13	8	6,78	0,054
---	----	-------	---	------	---	------	-------

1	31	32,63	14	29,79	57	48,31	
2	42	44,21	24	51,06	39	33,05	
3	9	9,47	5	10,64	13	11,02	
4	2	2,11	3	6,38	1	0,85	

Questão 4 - Na grade curricular de sua faculdade existe um módulo específico destinado à saúde dos Povos Indígenas?

0	38	40,00	27	57,45	64	54,24	0,891
1	24	25,26	13	27,66	34	28,81	
2	20	21,05	3	6,38	8	6,78	
3	8	8,42	2	4,26	7	5,93	
4	5	5,26	2	4,26	5	4,24	

Questão 6 - Você já discutiu a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas em alguma disciplina da sua faculdade?

0	27	28,42	15	31,91	30	25,42	0,861
1	35	36,84	17	36,17	52	44,07	
2	19	20,00	7	14,89	23	19,49	
3	12	12,63	6	12,77	9	7,63	
4	2	2,11	2	4,26	4	3,39	

Legenda: Escala ordinal de avaliação do instrumento de coleta de dados: 0 = Nenhuma; 1 = Insuficiente; 2 = Regular; 3 = Bom; 4 = Excelente.

Fonte: Elaboração das autoras, 2026.

Apenas a Questão 5 “Sua faculdade já ofertou a você a oportunidade de aprender mais (por meio de aulas, palestras, cursos) sobre a saúde dos Povos Indígenas?” evidenciou diferença estatisticamente significativa entre as etapas da graduação ($p = 0,0065$). Os dados indicam que os discentes matriculados entre o 9º e o 12º semestre reportaram maior exposição a tais oportunidades em comparação aos períodos anteriores (1º ao 4º e 5º ao 8º semestres). No entanto, a despeito dessa variação, os resultados sugerem uma possível escassez de momentos formativos institucionais, sinalizando que a temática pode não ser abordada de maneira sistemática ao longo da trajetória acadêmica. Ressalta-se que essa maior exposição relatada na etapa final do curso não se traduziu em um desempenho superior no conhecimento global, conforme detalhado nas demais análises.

TABELA 3. Distribuição das respostas à questão 05

Pontuação	Ciclo Básico (1º ao 4º semestre)		Ciclo clínico (5º ao 8º semestre)		Internato (9º ao 12º semestre)		P-valor
	n	%	n	%	n	%	
0	28	29,47	21	44,68	33	27,97	0,0065
1	27	28,42	18	38,30	51	43,22	
2	16	16,84	2	4,26	20	16,95	
3	16	16,84	6	12,77	11	9,32	
4	8	8,42	0	0,00	3	2,54	

Legenda: Escala ordinal de avaliação do instrumento de coleta de dados: 0 = Nenhuma; 1 = Insuficiente; 2 = Regular; 3 = Bom; 4 = Excelente.

Fonte: Elaboração das autoras, 2026.

Em suma, os resultados apontam para uma deficiência formativa crônica no currículo analisado, evidenciando que as estratégias pedagógicas atuais não têm sido eficazes na construção de um conhecimento sólido e autoconfiante sobre a PNASPI e a saúde indígena ao longo da formação profissional. Os dados reforçam a baixa oferta de oportunidades de aprendizado pela instituição em diferentes ciclos da graduação, sugerindo que a temática não é abordada de forma sistemática ao

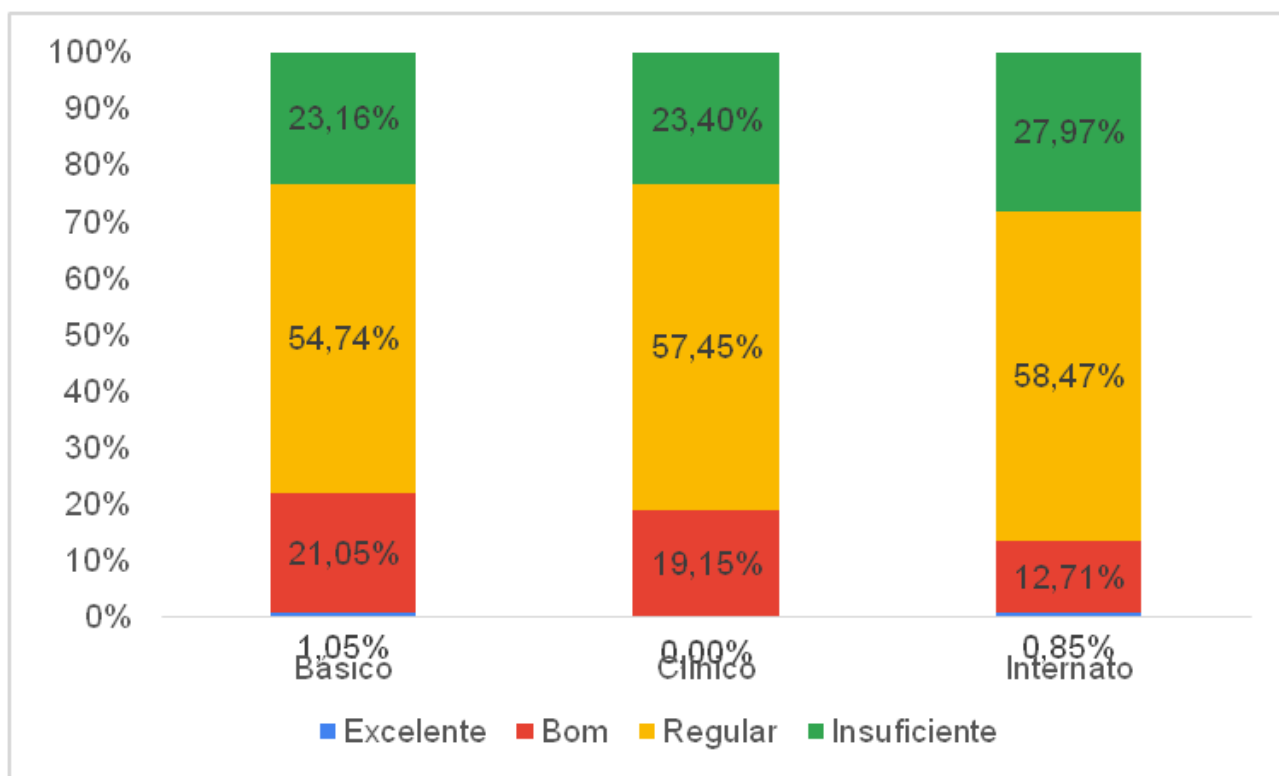
longo do curso. Entretanto, embora uma das variáveis tenha apresentado diferença estatisticamente significativa, esse resultado não indica melhor desempenho global no conhecimento, como se observa mais detalhadamente no Gráfico 1.

A média do score total do conhecimento foi baixa em todos os ciclos, variando de 7,4 a 8,2 pontos em um total de 24. Aos discentes pertencentes ao 1º - 4º semestre, apresentou média de 8,2, enquanto os 5º - 8º semestres de 7,9 e os do 9º - 12º semestre de 7,4.

Ao classificar as pontuações em categorias de desempenho, houve predominância da avaliação regular em todos os ciclos. No 1º - 4º semestre 1,05% (n=1) atingiram desempenho Excelente, 21,05% (n=20) Bom, 54,74% (n=52) Regular e 23,16% (n=22) Insuficiente. No 5º - 6º semestre, 0% (n=0) atingiram desempenho Excelente, 19,15% (n=9) Bom, 57,45% (n=27) Regular e 23,4% (n=11) Insuficiente. No 9º - 10º semestre, 0,85% (n=1) atingiram desempenho Excelente, 12,71% (n=15) Bom, 58,47% (n=69) Regular e 27,97% (n=33) Insuficiente.

Os dados apresentados somatizam a tese de que, independentemente do ciclo de formação, não há alteração no domínio acerca da temática por meio dos discentes de medicina sobre saúde indígena, predominando as categorias Regular e Insuficiente. Contrariando o comportamento padrão, no qual alunos recém-ingressaram possuem conhecimento regular e vão aperfeiçoando ao decorrer do curso.

GRÁFICO 1. Classificação do nível de conhecimento X Ciclo da graduação



Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

DISCUSSÃO

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) tem como principal função promover equidade e integralidade, ao passo que se dedica a entender e solucionar as demandas desses povos. Entretanto, apesar do avanço, o acesso integral à saúde dessa população ainda é desigual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O processo saúde-doença dos povos originários está diretamente relacionado às suas condições socioecológicas e ao seu estilo de vida, tendo correlação também com o perfil de trabalhos, desigualdade estrutural, perda territorial, desvalorização cultural, acidentes e outros determinantes sociais da saúde (BENEDICTO ET AL., 2023). Neste cenário, ressalta-se a necessidade de aprimoramento dos profissionais em adequar suas intervenções médicas à realidade dos povos indígenas, considerando suas particularidades, para que o conhecimento cultural desses povos seja reconhecido e agregado a atitudes de promoção, de assistência e de prevenção de saúde.

A presente pesquisa evidenciou uma lacuna formativa crônica acerca da saúde dos povos indígenas, transversal a todos os ciclos da graduação médica. Observou-se, de forma alarmante, um desconhecimento generalizado sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), com a autoavaliação dos estudantes revelando um padrão predominante de proficiência 'Insuficiente' em tópicos estruturantes. Tal fragilidade estende-se à compreensão dos determinantes sociais de saúde e do perfil epidemiológico dos povos originários, confirmando que a formação acadêmica atual falha em instrumentalizar o futuro profissional para o atendimento qualificado às populações tradicionais.

Embora os discentes do 9º ao 12º período tenham reportado maior exposição à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) em comparação aos ciclos iniciais, tal contato não se traduziu em um incremento substantivo na proficiência cognitiva sobre o tema. Essa discrepância sugere que a oferta institucional de atividades formativas é não apenas limitada, mas assistemática e desprovida de profundidade curricular. A persistência dessa lacuna educacional, mesmo após a reestruturação de Projetos Político-Pedagógicos (PPP), evidencia um hiato entre as diretrizes formais e a prática docente. Este cenário é particularmente crítico no contexto da Universidade Federal do Pará (UFPA), que, pioneira na implementação de políticas de reserva de vagas para estudantes indígenas desde 2010, possuía o ambiente propício para a integração dialógica dos saberes tradicionais à formação médica, uma oportunidade ainda subaproveitada na consolidação do conhecimento discente (SACUENA *et al.*, 2022).

Consequentemente, essa falha formativa projeta-se diretamente no cenário da prática clínica contemporânea. A subalternização dos sistemas médicos tradicionais perpetua a persistência de um paradigma biomédico hegemônico, operando de maneira monocultural e pouco afeita à alteridade (GARNELO; PONTES, 2012; SCHWEICKARDT *et al.*, 2020). Essa conformação estrutural fomenta o que se tem denominado epistemicídio, a desqualificação sistemática de modos de conhecer e curar que não se coadunam com a lógica científica ocidental. Ao aplicar uma 'régua única' de avaliação e terapêutica, o sistema de saúde ignora a heterogeneidade étnica e a singularidade dos itinerários terapêuticos de cada povo (PIRES; NEVES; FIALHO, 2019).

Essa universalização indevida limita a acuidade do raciocínio clínico, reduzindo o sujeito indígena a uma abstração biológica e desconsiderando as dimensões cosmológicas e territoriais que constituem o processo saúde-doença. A eficácia do cuidado, portanto, torna-se intrinsecamente dependente da superação dessa visão arcaica em favor da intermedicalidade, um espaço de diálogo horizontal entre saberes, e da implementação efetiva de uma atenção verdadeiramente diferenciada, que reconheça a especificidade de cada grupo como premissa indissociável da prática assistencial (LANGDON; FERREIRA, 2016; SCHWEICKARDT *et al.*, 2020).

Por fim, é imperativo reconhecer que os resultados desta pesquisa não são episódicos, mas espelham uma fragilidade estrutural na formação acadêmica em saúde. A invisibilidade de políticas públicas específicas, como a PNASPI, no currículo de graduação coaduna-se com evidências que apontam para lacunas análogas em outras frentes de atenção a grupos vulneráveis (NETO *et al.*, 2015; TAVARES *et al.*, 2019). Essa negligência curricular é transversal e reflete uma deficiência crônica na instrumentalização de médicos, cuja formação ainda carece de uma abordagem crítica sobre as iniquidades de acesso e cuidado (MELO; RISCADO, 2021). Portanto, a superação deste cenário demanda uma ruptura com o modelo de ensino monocultural, exigindo que as instituições de ensino integrem, de forma dialógica e obrigatória, os saberes e as realidades dos povos originários como premissa indissociável da excelência clínica, garantindo, assim, uma assistência que reconheça a autonomia e a pluralidade étnica.

CONCLUSÕES

A análise dos dados desta pesquisa demonstra que a compreensão dos alunos de medicina sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é deficitária, mantendo-se em um patamar semelhante em todas as fases do curso. Apesar de ter sido notada uma variação na percepção da oferta de aprendizado institucional, essa diferença não se traduziu em melhoria no

desempenho geral dos participantes. A preponderância de escores classificados como "regulares" ou "insuficientes" sugere que o tema ainda carece de integração substancial nos programas curriculares das escolas médicas.

Tal quadro reforça a presença de uma deficiência na formação acadêmica, a qual ainda se estrutura majoritariamente em um modelo médico convencional, limitando a abordagem das particularidades culturais, epidemiológicas e sociais intrínsecas aos povos indígenas. Diante da responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) de assegurar a universalidade, equidade e integralidade da assistência, é imperativo que haja uma revisão curricular imediata, visando à incorporação sistemática e abrangente de conteúdos pertinentes à saúde indígena.

Portanto, a reestruturação curricular da medicina torna-se imperativa para enfrentar as lacunas históricas no atendimento às populações indígenas. Ao qualificar o olhar do futuro médico, promove-se não apenas a eficácia clínica, mas o cumprimento do dever estatal de oferecer uma atenção à saúde diferenciada, capaz de harmonizar o saber biomédico com o respeito à dignidade e à cosmologia dessas comunidades.

REFERÊNCIAS

1. ABEM (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA). Recomendações para o ensino da saúde indígena nas escolas médicas brasileiras. Brasília, DF: ABEM, 2020. Disponível em: <https://website.abem-educmed.org.br>. Acesso em: 27 mar. 2026.
2. ABRUNHOSA, A. M. Da participação ao controle social: reflexões a partir das conferências de saúde indígena. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 29, n. 3, e200584, 2020. Acesso em: 15 mar. 2026.
3. ANTUNES, M. C. Acesso e desafios da atenção integral à saúde indígena no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 135, p. 1123–1135, 2022.
4. AROUCA, S. Saúde. Programa de índio. São Paulo, 30 nov. 1986. Disponível em: <https://bit.ly/3cHvq9q>. Acesso em: 15 mar. 2026.
5. BENEDICTO, B. C. Implicações dos determinantes sociais na saúde da população indígena. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, 9., 2023, Recife. *Anais...* Campinas: Galoá, 2023. Disponível em:

- <https://proceedings.science/cshs/cshs-2023/trabalhos/implicacoes-dos-determinantes-sociais-na-saude-da-populacao-indigena>. Acesso em: 8 set. 2025.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.
 7. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.
 8. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus>. Acesso em: 28 mar. 2026.
 9. BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.
 10. CHAVES, M. S. et al. Povo indígena e a formação médica: um relato de experiência sobre a competência cultural na Amazônia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 47, n. 2, e054, 2023.
 11. DEMARZO, M. M. P. et al. Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 19, p. 145–150, 2011. DOI: 10.5712/rbmfc6(19)116. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/116>. Acesso em: 8 set. 2025.
 12. DIAS, M. M. S. et al. A integralidade em saúde na educação médica no Brasil: o estado da questão. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 42, n. 4, p. 123–133, 2018. DOI: 10.1590/1981-52712015v42n4RB20180094. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n4RB20180094>. Acesso em: 8 set. 2025.
 13. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Amazônia Legal. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/cartas-e-mapas/mapas-regionais/15819-amazonia-legal.html>. Acesso em: 28 mar. 2026.
 14. GARNELO, L.; PONTES, A. L. Saúde indígena: uma introdução ao tema. Brasília, DF: MEC/SECADI, 2012.
 15. INTERFERENCE. Cultural mediation and health policies in the Pan-Amazon region. *Global Health Journal*, [S. l.], v. 12, n. 1, p. 88–102, 2025.

16. LANGDON, E. J.; FERREIRA, P. P. A intermedicalidade e as políticas públicas de saúde: perspectivas a partir de um projeto de pesquisa. *Revista de Antropologia*, São Paulo, v. 59, n. 3, p. 574–596, 2016.
17. LUNA, W. F. Indígenas na escola médica no Brasil: experiências e trajetórias nas universidades federais. 2021. Tese (Doutorado) — Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2021a. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/202867>. Acesso em: 8 set. 2025.
18. LUNA, W. F. Mapeamento e experiências de indígenas nas escolas médicas federais brasileiras: acesso e políticas de permanência. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 25, e200621, 2021b. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2021.v25/e200621/>. Acesso em: 8 set. 2025.
19. MELO, F. M.; RISCADO, J. L. S. Curricularização das relações étnico-raciais em uma faculdade de odontologia. *Education Policy Analysis Archives*, v. 29, p. 1–21, 2021.
20. MILANEZ, F. et al. Existência e diferença: o racismo contra os povos indígenas. *Revista Direito e Práxis*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 2161–2181, 2019.
21. NETO, J. A. C. et al. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 6, p. 1909–1916, 2015.
22. PEDRANA, L. et al. Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 42, e178, 2018. DOI: 10.26633/RPSP.2018.178. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.178>. Acesso em: 8 out. 2025.
23. PIRES, A. P.; NEVES, S. M. A. S.; FIALHO, A. C. Saberes e práticas de cura em contextos indígenas: desafios para a atenção primária. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 112–125, 2019.
24. RIBEIRO, E. T. et al. Saúde indígena: desafios e perspectivas com diálogos interculturais e uma abordagem holística. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, [S. l.], v. 9, n. 7, p. 1897–1906, 2023. DOI: 10.51891/rease.v9i7.10774. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/10774>. Acesso em: 16 mar. 2026.

25. RIBEIRO, K. S. et al. Competências interculturais na graduação em saúde: o que dizem as evidências recentes? *Journal of Medical Education and Research*, [S. l.], v. 14, n. 1, p. 12–25, 2023.
26. SARTORI, D.; LEIVAS, P. G. C. O direito à saúde dos povos indígenas e o paradigma do reconhecimento. *Revista Direito e Práxis*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 86–117, 2017. DOI: 10.12957/dep.2017.22581.
27. SCHWEICKARDT, J. C. et al. A atenção diferenciada e a formação profissional no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 24, e190547, 2020.
28. SCIELLO, M. T. O currículo oculto nas enfermarias: estigmas e a secundarização da clínica indígena. Belém: Editora UFPA, 2026.
29. TAVARES, J. et al. Conhecimento dos estudantes da saúde acerca da Política Nacional de Saúde Integral à População LGBT e sua abordagem clínica como futuros profissionais. *Temas em Saúde*, v. 19, n. 3, p. 178–197, 2019.
30. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ (UFPA). Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) 2021–2025: compromisso social e diversidade na Amazônia. Belém: UFPA, 2021.