



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social

Evaldo Hilário Vieira

**Análise dos currículos de Graduação em Enfermagem com relação ao
ensino na Saúde Indígena em Roraima**

Rio de Janeiro

2017

Evaldo Hilário Vieira

**Análise dos currículos de Graduação em Enfermagem com relação ao ensino na
Saúde Indígena em Roraima**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre do Mestrado Profissional, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Gestão do Sistema de Saúde.

Orientador: Paulo Henrique Almeida Rodrigues

Rio de Janeiro

2017

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

V665 Vieira, Evaldo Hilário
Análise dos currículos de graduação em enfermagem com
relação ao ensino na Saúde Indígena em Roraima / Evaldo Hilário
Vieira – 2017.
57f.

Orientador: Paulo Henrique Almeida Rodrigues.

Dissertação (mestrado profissional) – Universidade do Estado
do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Enfermagem - Currículos – Teses. 2. Povos indígenas –
Roraima – Saúde e higiene - Teses. 3. Enfermagem na saúde
pública – Currículos - Teses. I. Rodrigues, Paulo Henrique
Almeida. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de
Medicina Social. III. Título.

CDU 614.253.5(811.4)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Evaldo Hilário Vieira

**Análise dos currículos de Graduação em Enfermagem com relação ao ensino na
Saúde Indígena em Roraima**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre do Mestrado Profissional, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Gestão do Sistema de Saúde.

Aprovado em 07 de abril de 2017.

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues (Orientador)
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof.^a Dra. Ana Maria Auler Matheus Peres
Faculdade Arthur Sá Earp Neto

Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva
Instituto de Medicina Social - UERJ

Rio de Janeiro

2017

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos meus familiares e em especial à minha esposa Luciane e a meus filhos Luís Octávio e Miguel que têm me mostrado como é maravilhoso ser pai e o prazer de constituir uma família.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade de realização deste trabalho

Ao meu ilustre orientador Paulo Henrique que não mediu esforços para a conclusão deste trabalho.

Ao professor José Batista Tomaz o qual admiro pelo seu comprometimento com o ensino.

À Adriana Cavalcanti de Aguiar, inspiração do meu aprendizado.

À Ligia Cayres pela motivação e incentivo.

Aos colegas enfermeiros, em especial aos que trabalham em área indígena, pela dedicação ao trabalho. Estes sim são verdadeiros guerreiros que desempenham a função maravilhosa de levar saúde à população indígena, mesmo com tantas dificuldades que enfrentam no dia a dia.

O índio não acredita no sobrenatural porque não conhece essa divisão entre natural e sobrenatural. É tudo uma coisa só, físico e espírito. A vida do índio é de certo modo uma ininterrupta cerimônia espiritual. O mundo espiritual deles, algo misterioso e milenar, simplesmente os rodeia. É tangível. Não dá para explicar mais do que isso...São um povo para o qual o idoso é o dono da história, o homem adulto é o dono da aldeia, a mulher, a dona da prática das tradições no dia-a-dia e da casa, e a criança...a dona do mundo. Uma criança de uma aldeia indígena goza da mais plena liberdade que já pude testemunhar. E isso está no seu rosto o tempo todo.

Orlando Villas Boas(1914 – 2002)

RESUMO

VIEIRA, Evaldo Hilário. *Análise dos currículos de Graduação em Enfermagem com relação ao ensino na Saúde Indígena em Roraima*. 2017.60f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Roraima é um dos estados brasileiros pertencente à região amazônica a qual concentra a grande maioria da população indígena do país. Atualmente vivem no estado roraimense cerca de sessenta mil indígenas distribuídos em dois distritos sanitários os quais representam 12% da população total do estado. Baseado em documentos jurídicos da legislação indigenista, a legislação indígena esteve pautada em três paradigmas: o do extermínio, o da integração ou assimilação e por ultimo, o paradigma da interação com o reconhecimento de direitos originários e ampliação de garantias o qual só foi possível após o advento da Constituição Federal de 1988 e a criação do Subsistema de Atenção à Saúde através da Lei nº 9.836/99 conhecida como Lei Arouca. A concepção de saúde e doença para os povos indígenas envolve padrões culturais diferentes, possuem características místicas e simbólicas e para tanto se faz necessária uma assistência particularizada. Este trabalho buscou conhecer como os enfermeiros são preparados no curso de graduação em enfermagem para atuarem em área indígena e pretende contribuir na reflexão sobre o grau de qualificação do enfermeiro para uma assistência diferenciada, considerando a relevância das especificidades da população indígena. A principal questão investigada no presente estudo foi como estão estruturados os currículos de enfermagem nas instituições de ensino no que se refere à saúde indígena. Seu principal objetivo foi analisar os currículos de graduação de enfermagem em relação ao ensino na Saúde Indígena em Roraima, identificando a inserção do tema de saúde indígena nos currículos e identificando estratégias educacionais relacionadas ao ensino em Saúde Indígena. Trata-se de uma análise documental que buscou tomar como base os conceitos e pressupostos de vários autores expressos na Política Nacional de Atenção Básica, na Política Nacional de Educação em Saúde adotada pelo Ministério da Saúde e diretrizes do Ministério da Educação nos aspectos especificamente voltados para a população indígena e de uma observação assistemática com importantes personagens do cenário indígena da região em estudo. Concluiu-se que é necessário sensibilizar os atores sociais que atuam no ensino na saúde, implementando medidas de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos, com um maior envolvimento das instituições nas questões indígenas, necessitando para tanto, rever a formação dos futuros profissionais de enfermagem, qualificando-os para atuarem junto a essas populações e aprofundar na discussão sobre as políticas voltadas para as questões indígenas junto aos formuladores de políticas para esta área.

Palavras-chave: Currículo. Enfermagem. População Indígena

ABSTRACT

VIEIRA, Evaldo Hilário. *Analysis of undergraduate curriculum in Nursing in relation to education in Indigenous Health in Roraima*. 2017. 60 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Roraima is one of the Brazilian states belonging to the Amazon region which concentrates the majority of the indigenous population of the country. Currently living in Roraima state about sixty thousand Indians distributed in two health districts which represent 12% of the total state population. Based on legal documents of indigenous legislation, indigenous legislation was based on three paradigms: the extermination, integration or assimilation and finally, the paradigm of interaction with the recognition of native rights and expansion of collateral which was only possible after the advent of the Federal Constitution of 1988 and the creation of the Subsystem Health Care through the Arouca Law. The concept of health and disease for the indigenous peoples involves different cultural patterns, have mystical and symbolic characteristics and so if a particularized assistance is needed. This study aimed to understand how nurses are prepared in undergraduate degree in nursing to work in the indigenous area and intends to contribute to the reflection on the degree of qualification of nurses for a differentiated assistance, considering the relevance of the specificities of the indigenous population. The main question investigated in this study as they are structured nursing curriculum in educational institutions in relation to indigenous health. Its main objective was to analyze the nursing undergraduate curricula in relation to education in Indigenous Health in Roraima, identifying the inclusion of indigenous health issue in the curricula and identifying educational strategies related to education in Indigenous Health. This is a documental analysis that sought to build on the concepts and assumptions of several authors expressed in Primary Care National Policy and the National Policy of Permanent Education in Health adopted by the Ministry of Health, the aspects specifically aimed at the indigenous population. It was concluded that it is necessary to raise awareness among social actors working in education in health, implementing measures to promote health and prevent disease and injury, with greater involvement of institutions in indigenous issues, needing to do so, review the training of future nursing professionals, qualifying them to work together with these people and deepen the discussion on policies for indigenous issues with policy makers in this area.

Keywords: Curriculum. Nursing. Indigenous Population

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Criança da tribo Yanomami.....	16
Figura 2 - Crianças Yanomami na região do Surucucu em Roraima.....	16
Figura 3 - Apresentação cultural de mulheres e crianças wapixanas.....	18
Figura 4 - Aldeia do Piaú na região do Toototobi na Terra Indígena Yanomami.....	18
Figura 5 - Região indígena do Leste de Roraima Raposa-Serra do Sol.....	18
Figura 6 - Marcos históricos da organização dos povos indígenas no Brasil.....	23
Figura 7 - Distribuição dos Distritos Sanitários Indígenas no Brasil.....	22
Figura 8 - Distritos sanitários indígenas do estado de Roraima.....	24
Figura 9 - Organização dos DSEIs e Modelo assistencial na Saúde Indígena.....	25

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ABP–Aprendizagem Baseada em Problemas
- ABEn–Associação Brasileira de Enfermagem
- AIS–Agente Indígena de Saúde
- BVS – Biblioteca Virtual da Saúde
- CASAI – Casa de Saúde Indígena
- CEE – Comissões de Especialistas de Ensino
- CNE – Conselho Nacional de Educação
- CNSI – Conferência Nacional de Saúde Indígena
- DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
- DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena
- DSL – Distrito Sanitário Especial Indígena Leste de Roraima
- DSY – Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami
- EMSI – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
- FARES – Faculdade Roraimense de Ensino Superior
- FUNAI – Fundação Nacional do Índio
- FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
- IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IES – Instituições de Ensino Superior
- IESC – Interação Ensino-Serviço-Comunidade
- IVAS – Infecções das Vias Aéreas Superiores LDB- Lei de Diretrizes e Bases
- MS – Ministério da Saúde
- ONG – Organizações Não Governamentais
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
- PDI – Plano de Desenvolvimento Institucional

PET – Programa de Educação pelo Trabalho

PNASPI – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PPA – Plano Plurianual

PPC – Projeto Pedagógico de Curso

PPI – Plano pedagógico Institucional

SASISUS – Subsistema de Atenção a Saúde Indígena

SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena

SGETES- Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde

SINAES – Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior

SUS – Sistema Único de Saúde

UESC – Universidade Estadual de Santa Catarina

UERR – Universidade Estadual de Roraima

UFRR – Universidade Federal de Roraima

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	14
1	OBJETIVOS	35
1.1	Objetivo Geral	35
1.2	Objetivos Específicos	35
2	MÉTODOS	36
3	ANÁLISE E RESULTADOS	38
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
	REFERÊNCIAS	47
	ANEXO A – Grade curricular da FARES.....	50
	ANEXO B - Grade curricular da UERR.....	54
	ANEXO C - Grade curricular da UFRR.....	57

INTRODUÇÃO

Os povos indígenas compõem 305 etnias, falam 274 línguas e totalizam aproximadamente 897 mil indivíduos (IBGE, 2010). Eles estão presentes em todas as Unidades Federativas do Brasil e cada povo possui uma cultura própria. Esta diversidade cultural consiste em uma das maiores riquezas do país, bem como num grande desafio para a elaboração de políticas públicas específicas e diferenciadas.

Segundo Sousa & Barbosa (2011), por um longo período histórico brasileiro observou-se que a legislação indígena ao invés de promover a tutela dos interesses desta sociedade específica, se fundamentava basicamente na estigmatização destas, tratando-as de forma preconceituosa sem se importar efetivamente no atendimento de suas necessidades e peculiaridades.

Baseado em documentos jurídicos da legislação indigenista e como aponta BELFORT (2006, pag.7), a legislação indígena esteve pautada em três paradigmas: o do extermínio, o da integração ou assimilação e por ultimo, o paradigma da interação com o reconhecimento de direitos originários e ampliação de garantias o qual só foi possível após o advento da Constituição Federal de 1988 e a criação do Subsistema de Atenção à Saúde através da aprovação da Lei nº 9836, de 23 de setembro de 1999, denominada Lei Arouca.

Ela acrescenta dispositivos no capítulo V da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

No documento está prevista a obrigatoriedade de “levar em consideração a realidade local, as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional”.

A concepção de saúde e doença para os povos indígenas envolve padrões culturais e lingüísticos diferentes, possuem características místicas e simbólicas e para tanto se faz necessária uma assistência particularizada. Vale lembrar que uma assistência de qualidade tende a melhorar os índices de agravos e principalmente de complicações decorrentes das intervenções na saúde indígena. (BRASIL, 2009).

Frente às necessidades indicadas pela transição demográfica e epidemiológica em nosso país, quando falamos em diretrizes curriculares no curso de enfermagem visando

adequar a organização curricular para atender melhor o trabalho com a população indígena, torna-se um grande desafio propor mudanças, pois a realidade do cenário indígena foge do padrão dos outros cenários de assistência em saúde.

A partir do entendimento que o indígena vive uma realidade pautada em diversidade étnica e cultural, oportunamente esse cenário nos remete a necessidade de atuar de forma diferenciada, exigindo uma formação transcultural dos profissionais de saúde, no caso em pauta, do enfermeiro.

O profissional de saúde que deseja atuar nesse cenário deve ser reflexivo, a partir de sua prática, superando a visão fragmentada a respeito do indivíduo, considerando a condição humana dentro da diversidade cultural, religiosa, étnica e outras, para ter habilidade diante de um novo problema, com capacidade para resolvê-lo através de experiências anteriores e novos conhecimentos, de maneira criativa, para assim modificar sua realidade.

Não é nada fácil atuar na atenção à saúde indígena devido às suas inúmeras peculiaridades como a língua materna e sua concepção sobre a vida, a cura das doenças e a morte, o que, invariavelmente, traz dificuldades ao profissional enfermeiro, mas ao mesmo tempo, nos oferece momentos de profundo aprendizado e que jamais vão ser esquecidos em nossa vida profissional. Para isso temos que adentrar em seu próprio habitat, vivenciar seus costumes, entender sua cultura e acima de tudo respeitar seus valores.

Como foram apontadas anteriormente, essas peculiaridades da população indígena requerem intervenções mais delicadas. Na maioria das vezes para atuarmos neste cenário, usamos da boa imaginação e criatividade.

Roraima é um dos estados brasileiros pertencente à Região Amazônica a qual concentra a grande maioria da população indígena do país. Atualmente vivem no estado roraimense cerca de sessenta mil indígenas distribuídos em dois distritos sanitários os quais representam 12% da população total do estado.

Um dos principais fatores de risco para grande parte da população indígena do estado está nas difíceis condições ambientais onde vivem, propiciando o aparecimento de doenças endêmicas, além de Infecções das Vias Aéreas Superiores (IVAS). Também, de acordo com dados epidemiológicos, na maioria das aldeias, a pouca disponibilidade de água tratada é fator preponderante para o surgimento de doenças de veiculação hídrica e doenças diarréicas. (BRASIL, 2009)

Quanto aos fatores sociais, destacamos a insuficiência das políticas públicas efetivas de desenvolvimento para os povos indígenas. De acordo com o relatório da CORE-RR -

FUNASA 2006/2007, foram destacados a baixa perspectiva de vida, as relações econômicas injustas, a violência e a discriminação por parte da sociedade envolvente, geram desestruturação e instabilidade nas comunidades indígenas, podendo estar associados aos altos índices de alcoolismo, depressão e suicídios, principalmente na população mais jovem, o que influencia nas ações e no próprio desenvolvimento dos programas de saúde.

Figura 1 - Criança da tribo Yanomami



Fonte: www.tabulata.com/yanomami.jpg

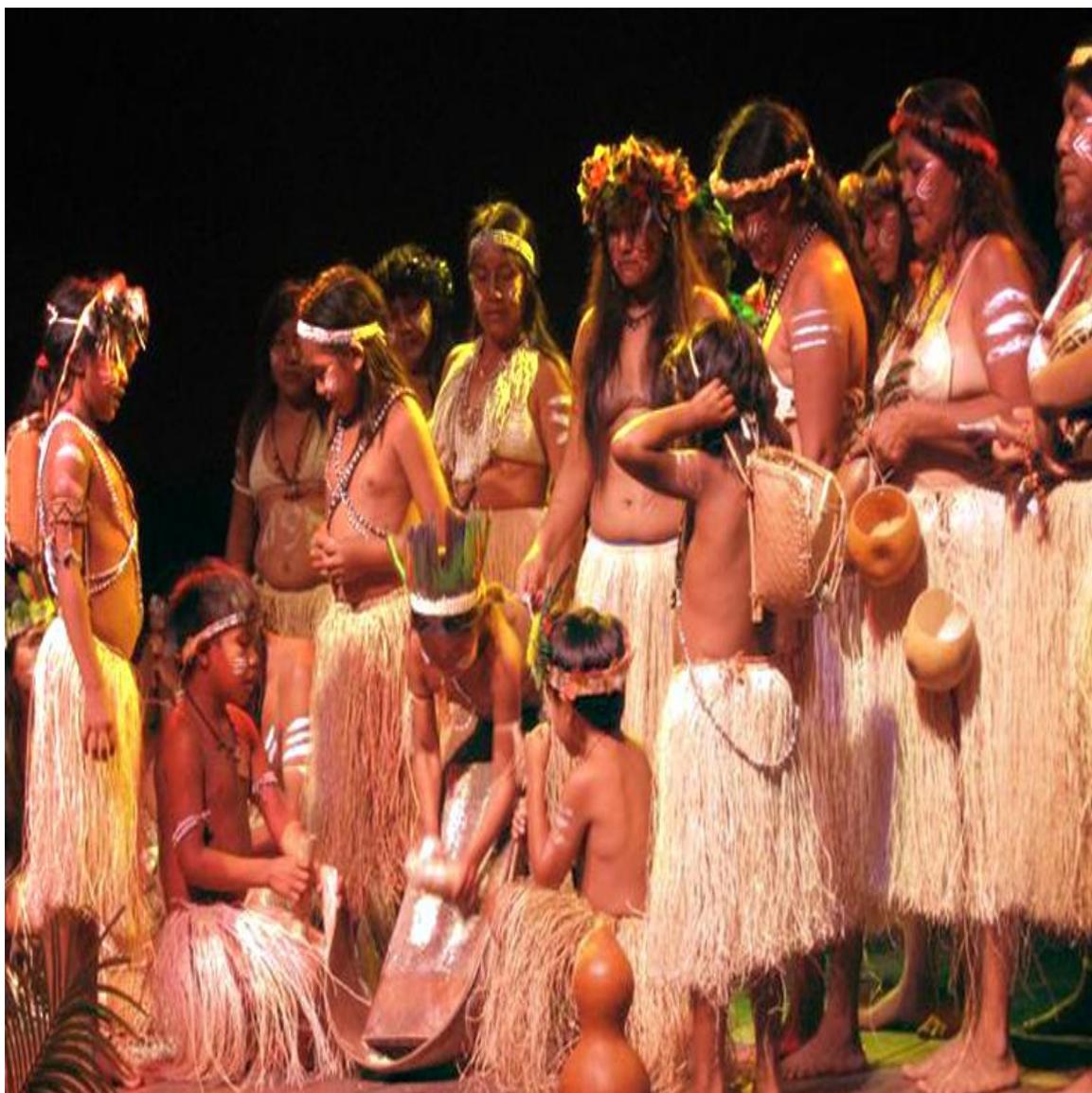
Figura 2 - Crianças Yanomami na região do Surucucu em Roraima



Fonte: VIEIRA, 2007.

O fator cultural tem forte influência no atendimento e tratamento dos indígenas devido suas crenças e seus valores. Em algumas etnias existe certa resistência cultural e baixa adesão a determinados tratamentos, principalmente quando se trata do atendimento à mulher indígena, as quais muitas vezes não conseguimos interagir pelo simples fato delas terem medo do desconhecido, (o branco). Como exemplo, podemos citar as índias da etnia Xiriana, pertencente ao DSEI Yanomami, a realização do exame preventivo para elas é considerado uma coisa demoníaca, pois ao introduzirmos o espécúlo em sua vagina para coleta do material estamos automaticamente inserindo espíritos do mal em seu corpo.

Figura 3 - Apresentação cultural de mulheres e crianças Wapixana



Fonte: CIR- Conselho Indígena de Roraima.

Figura 4 - Aldeia do Piauí na região do Toototobi na Terra Indígena Yanomami



Fonte: VILELA /FUNAI.

Como podemos ver na figura 4, entre as barreiras para lidar com a população indígena temos o difícil acesso para chegar até as aldeias. São longos os percursos dos rios e desgastante as caminhadas pela floresta entrecortada de lagos e igarapés. Muitas ações requerem um bom condicionamento físico e um planejamento estratégico para a execução das atividades como, por exemplo, nas campanhas de vacinação nas aldeias, há que se prover a quantidade de gelo e alimentação para a equipe proporcional ao deslocamento.

Figura 5 - Região indígena do Leste de Roraima Raposa-Serra do Sol



Fonte: <http://mochileiro.tur.br/parquesrr.htm>

Outra dificuldade que encontramos ao trabalhar com essa população é o idioma. Existem varias etnias na região amazônica e cada uma delas tem seu próprio idioma ou dialeto. Nas aldeias mais próximas das cidades, muitos indígenas já falam o português, mas ainda há etnias com as quais só conseguimos comunicação através dos intérpretes que geralmente são agentes indígenas de saúde daquela aldeia.

O estudo demonstra que pelo fato destes espaços estarem localizados geograficamente longe dos grandes centros urbanos, oferecerem condições desfavoráveis de sobrevivência e serem de risco epidemiológico, como exemplo o alto índice de Malária, Leishmaniose e a Oncocercose na Região Amazônica, os profissionais de saúde não encontram incentivos apropriados para despertar interesse de deslocamento e permanência nessas regiões, acarretando em uma descontinuidade de assistência a esta população específica.

Na realidade, há nitidamente a necessidade de rever o modelo implementado, avaliando a formação de profissionais que atuam especificamente com essa população, com o objetivo de tornar as ações mais resolutivas e impactantes sobre os principais agravos da população do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), considerando que nos últimos anos o quadro de agravos se perpetuou de forma geral. Os principais agravos da saúde indígena do país encontrados na época de implantação do modelo, a partir de 1999, continuam encabeçando a lista de agravos mais recorrentes.

No ano de 2006 aconteceu a IV Conferência Nacional de Saúde Indígena, momento importante para o desenvolvimento dos programas de capacitação da equipe de saúde indígena. Nesta Conferência foi discutida, entre outros pontos, a formação de trabalhadores para a atenção à saúde indígena, ficando definido que o Ministério da Educação, em parceria com o Ministério da Saúde, incluísse a disciplina Saúde Indígena na estrutura curricular da formação dos profissionais de enfermagem tanto do nível técnico como do nível superior e das demais categorias profissionais de saúde (BRASIL, 2006a).

Na área da saúde, o programa de capacitação deve ter como referência as necessidades de saúde da população, da gestão e do controle social para qualificar as práticas de saúde e a educação dos profissionais. A integralidade deve ser o eixo norteador do programa de capacitação em saúde, pois considera a articulação dos saberes e práticas multiprofissionais a partir de um conceito ampliado de saúde que respeita a subjetividade do usuário mediante o acolhimento e a responsabilização (SILVA *et. al.*, 2007).

O programa de capacitação de profissionais é eficiente quando sustentado por uma proposta educativa capaz de desenvolver práticas e reflexões sobre o processo de trabalho,

contribuindo para melhorar o desempenho dos profissionais com vistas a oferecer um atendimento de qualidade à população. Essa proposta educativa inclui o exercício da consciência crítica e reflexiva, e ensina a aceitar o novo, contribuindo para a construção do conhecimento em conjunto. Inclui ainda metodologias e técnicas de ensino-aprendizagem inovadoras e diferenciadas na concepção e implementação de uma capacitação profissional (SILVA *et.al.*, 2011).

Silva e Seifert (2009) defendem que para o êxito do programa de capacitação, o planejamento das atividades de educação profissional requer a participação da equipe de saúde que atua na assistência, porque são os profissionais que conhecem a realidade, detêm a habilidade/domínio de determinado assunto e necessitam de atualização profissional com programas de educação integrado e contínuo.

Diante das questões levantadas, surgiu o interesse em realizar uma pesquisa documental e uma observação assistemática entendendo-se que é de fundamental importância conhecer como os enfermeiros são preparados no curso de graduação em enfermagem para atuarem em área indígena. O trabalho propôs-se a responder as seguintes perguntas:

1. Como estão estruturados os currículos de enfermagem nas instituições de ensino sob a ótica do ensino da saúde indígena?
2. Que estratégias educacionais relacionadas ao ensino em saúde indígena estão sendo utilizadas na graduação de enfermagem?

Este trabalho é direcionado às instituições de ensino superior, mais especificamente aos acadêmicos do curso de Graduação em Enfermagem, opção influenciada pela inserção do autor na área, ainda que se considere importante estudar como se dá a formação de todos os profissionais que trabalham na atenção à saúde indígena e tem a intenção de despertar nesses futuros profissionais o interesse em trabalhar com a diversidade de cenários que deparamos na saúde e em especial o da saúde indígena, de forma que o atendimento a esta população torne-se efetivo e eficiente.

POLÍTICAS DE SAÚDE INDÍGENA E O ENSINO DE ENFERMAGEM

As políticas de saúde indígena e as necessidades de saúde

A figura abaixo representa de forma bem simplificada o que foi a trajetória da Saúde indígena no decorrer do século passado até os dias atuais. Houve um reconhecimento de que o SUS não dispunha de preparo adequado para atender a população indígena e que esta apresentava singularidades que deviam ser respeitadas.

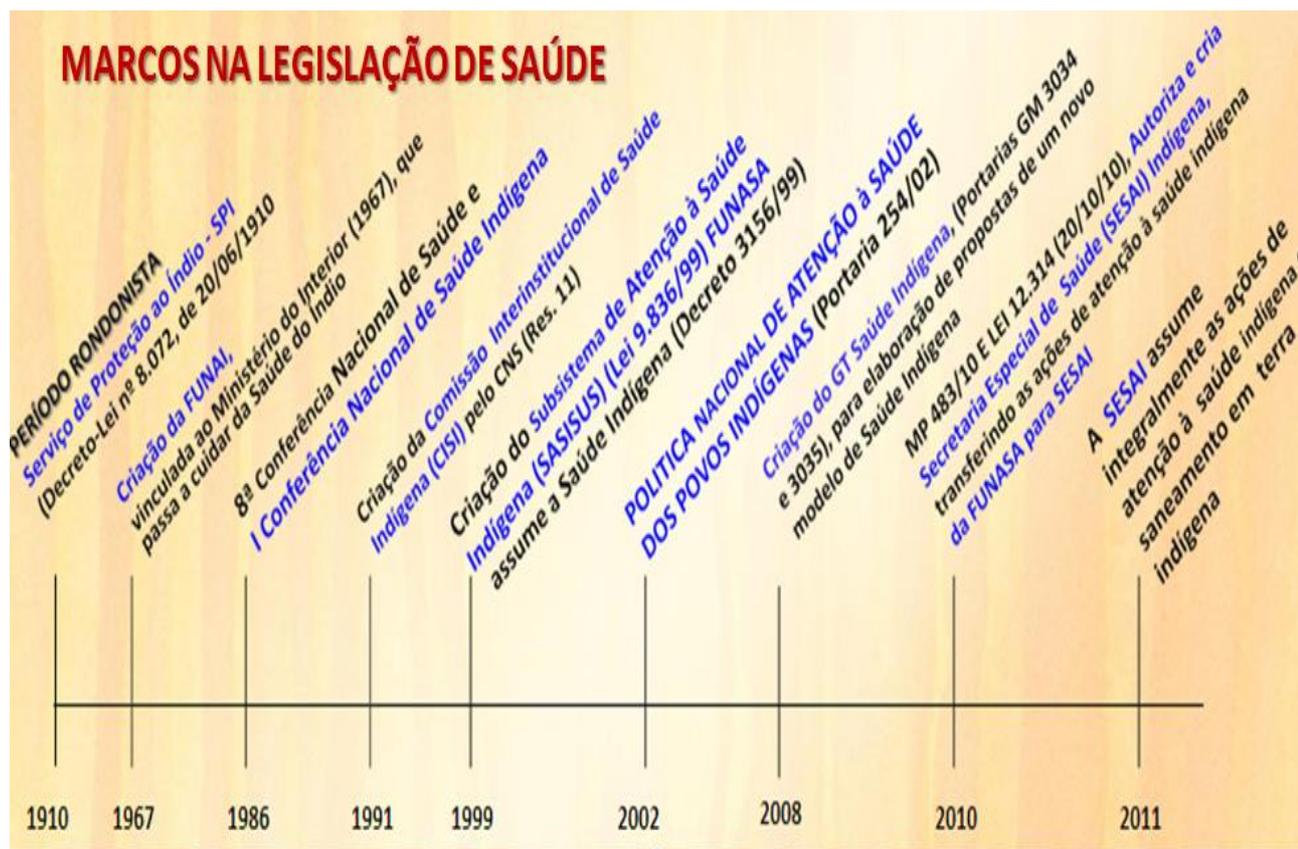
Em sua concepção, o SUS não tinha a população indígena como uma de suas prioridades. Isso levou a uma proposta de organização de um sistema de saúde específico para os povos indígenas, que, articulado com o SUS, seria um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, organizado em DSEIs e concebido como sistema local de saúde orientado para populações definidas, dentro de espaços geográficos e administrativos específicos (BRASIL, 1999).

Os órgãos responsáveis pelas políticas de saúde apresentavam dificuldades para adaptar as estratégias de atendimento para grupos específicos, pois suas políticas de saúde eram voltadas para as áreas urbanas, com isso as populações rurais, do interior e particularmente das áreas indígenas, eram difíceis de ser alcançadas. A prestação de cuidados à saúde dos indígenas estava sob a responsabilidade do órgão indigenista.

Houve bastante alteração no cenário da Saúde Indígena a partir da Constituição de 1988. Tais mudanças contribuíram para um maior reconhecimento aos direitos destes povos às suas terras, incluindo políticas sociais diferenciadas e adequadas às suas especificidades culturais, à auto-representação jurídico-política e à preservação de suas línguas e culturas.

Lima e Barroso-Hoffman (2002) apontam tais avanços constitucionais com repercussão positiva na política indigenista e na sociedade brasileira em geral, sedimentando a premissa de que um tratamento diferenciado às minorias étnicas pelo poder público representa um direito e não uma ação caritativa.

Figura 6- Marcos históricos da organização dos povos indígenas no Brasil



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE/SESAI

Em 31 de janeiro de 2002, foi publicada a Portaria GM/MS nº 254/2002 que define a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). O PNASPI, dividiu as terras indígenas conforme representado na figura abaixo em Distritos Sanitários Indígenas (DSEIs) tendo como estrutura referencial os pólos bases. Estes pólos contam com as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSIs) responsáveis pela coordenação e execução das ações de saúde, capacitação e supervisão dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), além da execução de processos administrativos. Cada distrito tem uma rede de serviços de saúde dentro de seu território, integrada e hierarquizada, com complexidade crescente e articulada com a rede do SUS.

Figura 7- Distribuição dos distritos Sanitários indígenas no Brasil



Fonte: SESAI/MS

A constituição da rede de serviços leva em conta a estrutura de serviços de saúde já existentes nas terras indígenas, que está sendo adequada e ampliada de acordo com as necessidades de cada local e prevê a existência de unidades básicas de saúde nas aldeias denominadas pólos-base. A rede de serviços tem como base de organização os serviços de saúde nas aldeias (GARNELO e PONTES, 2012; SANTOS *et. al.*, 2008).

A Portaria GM/MS nº70/2004, de 20 de Janeiro de 2004, em seu artigo 6º, inciso I diz que compete aos DSEIs planejar, coordenar e executar as ações integrais de saúde na área de abrangência do DSEI, e o inciso IV afirma que compete avaliar e controlar a qualidade da assistência prestada em seu território de abrangência

Nesse contexto, com o propósito de garantir acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, Oliveira (2013), lembra que:

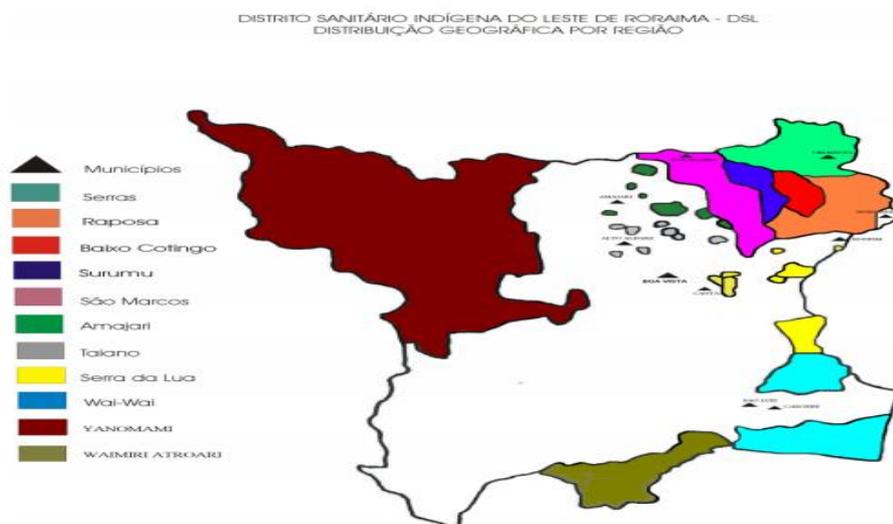
[...] a elaboração dessa política contou com a participação de representantes de órgãos responsáveis pelas políticas de saúde e pela política de ação indigenista do governo, bem como de organizações da sociedade civil e representantes das organizações indígenas tendo como propósito garantir à estes povos a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política favorecendo a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura” (BRASIL, 2002, p. 13).

Para o alcance desse propósito foram estabelecidas diretrizes que devem orientar 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 e Pólos-Base. Cada DSEI tem uma rede de serviços integrados e hierarquizados com complexidade crescente e articulados com a rede do SUS. A elaboração dessa política contou com a participação de representantes de órgãos responsáveis pelas políticas de saúde e pela política de ação indigenista do governo, bem como de organizações da sociedade civil e representantes das organizações indígenas (BRASIL, 2002).

Em Roraima existem dois DSEIs, que são o Yanomami e o Leste. O DSEI-Leste de Roraima conta atualmente com uma população estimada em 40.000 habitantes, pertencentes às etnias Macuxi, Wapixana, Taurepang, Ingaricó, Patamona, Waiwai e Sapara. São distribuídos, para fins administrativos, em nove regiões: Serras, Surumu, Raposa, Baixo Cotingo, São Marcos, Taiano, Serra da Lua, Amajari e Waiwai, baseada em fatores geopolíticos, sociais, étnicos e ideológicos. Cada região é dividida em pólos-base, totalizando 34, o que compreende uma extensão territorial de 3.250.256 ha distribuídos em 10 municípios. (FUNASA, 2009).

O segundo é o DSEI Yanomami que possui uma população estimada de aproximadamente 20.000 habitantes, pertencentes às etnias Yanomami, Yekuana, Sanomã, Xiriana e Aicaba. São distribuídos em 35 pólos – base concentrados em cinco municípios do estado. A figura 8, a seguir, apresenta as áreas indígenas do estado em estudo:

Figura 8 - Distritos sanitários indígenas do estado de Roraima



O Distrito é uma unidade organizacional da SESAI e deve ser entendido como uma base territorial e populacional sob responsabilidade sanitária claramente identificada, enfeixando um conjunto de ações em saúde, necessárias a atenção básica, articulando com a rede do SUS, para referência e contra-referência. Cada Distrito possui uma rede de serviços hierarquizada, dentro de seu território, com complexidade crescente e articulada com o SUS. A rede de serviços tem como base de organização os serviços de saúde nas aldeias. Cada aldeia/comunidade conta com um AIS, com atividades vinculadas a um posto de saúde.

Seguindo o fluxo de organização dos serviços de saúde, essas comunidades/aldeias contam com outra instância de atendimento: os pólos-base, que se constituem na primeira referência para o agente de saúde. Podem estar localizadas em uma comunidade indígena ou em um município de referência. Cada pólo-base cobre um conjunto de aldeias e sua equipe é responsável, além do atendimento de saúde, pela capacitação e supervisão do serviço do AIS.

As demandas que superam a capacidade de resolução dos pólos-base são resolvidas das mais variadas formas de acordo com a realidade local, podendo ser enviados para os hospitais de referência mais próximos, sejam eles de pequeno, médio ou grande porte. Ressaltando-se que a rede recebe incentivos para assistência de tal demanda.

Além das unidades de referência do SUS, existe a Casa de Saúde do Índio- CASAI, uma unidade de saúde específica para receber os pacientes indígenas que necessitam receber atendimento fora da aldeia, estruturada com ações médico – assistenciais, além de servir como base de apoio para indígenas e familiares em tratamento na rede do SUS. A existência do subsistema não se mostrou suficiente para a geração de tecnologias e modos de atuação adequados ao trato com a população indígena.

Figura 9 - Organização dos DSEIs e Modelo assistencial na Saúde Indígena



Fonte:FUNASA/MS

As diretrizes nacionais para o curso de graduação em enfermagem, o projeto pedagógico de curso e a inserção da saúde indígena

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação (DCN) visam proporcionar às Instituições de Ensino Superior (IES) um direcionamento para a implantação e a implementação dos projetos político-pedagógicos. Não são fórmulas prontas, já que o contexto sócio-político-cultural que envolve cada IES define peculiaridades e exigem inovadoras formas de saber e ensino. O processo de discussão das DCN se iniciou com a publicação do Edital nº 4/97, que convocava as IES à apresentação de suas propostas que, depois de sistematizadas pelas Comissões de Especialistas de Ensino (CEE) de cada área, seriam encaminhadas ao Conselho Nacional de Educação (CNE). Assim, a discussão mobilizou uma ampla parcela da comunidade com o objetivo de conferir legitimidade ao processo (BRASIL, 2004b).

Uma das metas das DCN é conferir maior autonomia às IES na definição dos currículos de seus cursos. Para isso, explicitam as competências e habilidades que devem ser desenvolvidas por meio de um modelo pedagógico capaz de adaptar-se à dinâmica das demandas sociais, no qual a graduação constitui etapa inicial de formação no processo de educação permanente (BRASIL, 2004a).

Especificamente para o Curso de Graduação em Enfermagem, a elaboração das DCN contou com a participação direta de além da Comissão de Especialistas de Ensino de Enfermagem, da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Buscou embasamento nas diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e na visão da saúde-doença como processo e seus determinantes históricos, sociais, econômicos e políticos, como elementos nucleares dessa construção coletiva e democrática (XAVIER, 2001, Pag. 5,6).

E, como desfecho de todo esse processo, a Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação por meio da Resolução nº 3, de 7 de novembro de 2001, instituiu as DCN para o Curso de Graduação em Enfermagem. O documento apresenta um total de 16 artigos, subdivididos em vários parágrafos que norteiam a organização, o desenvolvimento e a avaliação dos projetos pedagógicos das Instituições do Sistema de Ensino Superior do Brasil.

As DCN sinalizam caminhos em cuja essência está embutido um sentido de intencionalidade, ou seja, uma posição filosófica a ser assumida pelos formadores de recursos humanos para os quais ela é dirigida (RIBEIRO et al., 2005). Para estes autores, uma resolução se transforma num instrumento eficaz de trabalho e de mudança social e política quando o grupo ao qual ela se destina vive ou tenta viver nas dimensões de uma comunidade,

fruto do engajamento consciente com os problemas com os quais está envolvido.

O conjunto disposto nas DCN para o Curso de Graduação em Enfermagem aborda o perfil do formando egresso/ profissional (Art. 3º), as competências e habilidades gerais e específicas para a formação do enfermeiro (Art. 4º e 5º, respectivamente), os conteúdos essenciais para o curso (Art. 6º), a obrigatoriedade do estágio supervisionado (Art. 7º), as atividades complementares (Art. 8º), além de incisos que fazem referência ao projeto político-pedagógico, à organização do curso, ao acompanhamento e à avaliação, entre outros aspectos (Art. 9º, Art. 11º, Art. 14º) (BRASIL, 2001).

Em relação à formação do egresso/ profissional, a Resolução CNE/ CES nº 3/ 01 recomenda que ela atenda às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS, assegurando a integralidade da atenção, a qualidade e a humanização do atendimento, de modo que ofereça uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva.

O documento reforça o perfil de um profissional qualificado para o exercício da profissão com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos e, ainda, que seja capaz de conhecer os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional e neles intervenha, dando ênfase à sua região de atuação e identificando as dimensões biopsicossociais de seus determinantes. Por fim, destaca a importância de que o profissional atue com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001).

Para Santana et.al, 2005, o conhecimento da história da construção coletiva das DCN para o Curso de Graduação em Enfermagem gera motivação para buscarmos o latente, o não-aparente e o novo nelas contido, objetivando oferecer contribuições para o enriquecimento do debate entre os atores do processo de formação de recursos humanos na área da saúde: os diretores, os coordenadores dos cursos de enfermagem, os docentes, os discentes, a comunidade e os profissionais de saúde dos campos de estágio supervisionado, entre outros.

Entende-se que as DCN do Curso de Graduação em Enfermagem constituem um documento de cunho político e ideológico que direciona a formação dos recursos humanos para o SUS. A análise dessas DCN faz-se necessária para que possamos “caminhar” na compreensão da “totalidade orgânica” da educação na área da Enfermagem no Brasil.

Pellegrini (2013) relata que, em uma análise realizada pelo Ministério da Saúde, foi observado que os cursos de medicina, enfermagem e odontologia não haviam aderido satisfatoriamente às DCN com relação aos contextos interétnicos muito heterogêneos e que os profissionais não indígenas de saúde, como membros das Equipes Multidisciplinares de

Atenção à Saúde Indígena (EMSI), se mostravam despreparados para atuarem neste meio.

Para atingir estes objetivos, as novas DCN, apoiadas nas teorias da educação de adultos e da psicologia e visando um aprendizado significativo, propõem uma reforma curricular baseada em competências. A proposta leva em consideração que a formação do profissional de saúde deve ser mais abrangente que o modelo biologicista, com uma relação de maior proximidade entre o profissional de saúde e o paciente. A compreensão da realidade do paciente pressupõe o entendimento de seu contexto social, econômico, cultural e emocional, além de outros aspectos, por parte do novo profissional de saúde.

Botelho e Secchi (2013) relatam em seu estudo que a composição e a compreensão da estrutura curricular dos cursos com relação à saúde indígena é de suma importância. Questionam se estas estruturas curriculares contemplam a diversidade, facilitam a 'inclusão' e valoriza a cultura, os saberes e os processos pedagógicos de outros povos no contexto específico do curso de Enfermagem.

Para atender as DCNs do curso de enfermagem é imprescindível a elaboração do Projeto Pedagógico de Curso (PPC). A construção do projeto deve ser fruto de uma ação intencional definida coletivamente pelos professores do departamento proponente, em função das opções e escolhas de caminhos e prioridades na formação do profissional desejado.

Segundo pesquisa no site da Universidade Estadual de Santa Catarina (UDESC),

...o PPC tem dupla dimensão: a de orientação e de condução do presente e do futuro de uma formação profissional comprometida e responsável. Comprometida, no sentido de manter-se em conformidade com as Diretrizes Curriculares Nacionais estabelecidas pelo Ministério da Educação e para atender as demandas acadêmicas relacionadas às peculiaridades da formação do profissional desejado. Isso significa uma articulação dos pressupostos do PPC com as metas estabelecidas no Projeto Pedagógico Institucional (PPI) e no Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI).

Neste sentido, o PDI ao tratar das políticas de ensino, deve considerar os aspectos de articulação entre a teoria e a prática, o desenvolvimento de competências profissionais e a flexibilidade curricular proporcionando articulação entre ensino, pesquisa e extensão. Concluem ainda que se apregoe a inclusão, persistem atitudes de preconceito, exclusão e segregação aos indígenas.

O estudante da área da saúde que se propõe a participar desta transição educacional necessita de toda uma rede de apoio desde sua formação na graduação, com uma aproximação do ensino-serviço-comunidade, trazendo uma maior reflexão para a realidade da profissão e da rede assistencial, até a escolha da sua carreira. Espera-se que ele tenha, na diversidade dos cenários e na aproximação com a realidade um maior potencial de gerenciar, refletir e contribuir para com as novas propostas. O profissional formado tem outras demandas: a

educação permanente, a educação à distância e a capacitação em serviço via estímulo institucional tentam resgatar estes profissionais, que estarão diretamente ligados à formação dos estudantes, bem como terão um papel essencial para adequar os novos processos à realidade.

Mas, como fazer estas mudanças? Qual a garantia que estas mudanças no ensino-aprendizagem serão capazes de mudar a educação em saúde frente a toda rede de influências já existentes e consolidadas? A educação proposta é transformadora ou mantenedora de uma estrutura social desigual? Como propor estas mudanças dentro da lógica da produtividade, metas de atendimento, geração de números? Um novo modo de elaborar os currículos, baseados em competências, e o uso de metodologias ativas, centradas no aluno ou outras estratégias inovadoras no campo educacional poderiam contribuir significativamente para essas mudanças?

O meio acadêmico e a realidade indígena em Roraima

O distanciamento entre o meio acadêmico e o da prestação real dos serviços de saúde vem sendo apontado em todo mundo como um dos responsáveis pela crise do setor da saúde. O Ministério da Saúde tem buscado uma participação mais ativa no processo de formação profissional mediante estratégias indutoras de mudança. A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES, no Ministério da Saúde, marcou o início de um processo estruturado de cumprimento do dispositivo constitucional que define o SUS como ordenador da formação profissional em saúde no Brasil.

O estado de Roraima conta hoje com três instituições de ensino superior- IES que ofertam o curso de Enfermagem; a Universidade Federal de Roraima/UFRR, a Universidade estadual de Roraima/UERR, a Faculdade Roraimense de Ensino Superior – FARES.

O primeiro curso de enfermagem instituído no estado foi o Curso de graduação em enfermagem da UERR o qual procura criar instrumentos e mecanismos para o desenvolvimento integral do aluno como indivíduo e sujeito social, com discernimento no atendimento de diversidades étnicas e comportamentais.

O Curso de Bacharelado em Enfermagem da UERR tem por objetivo formar enfermeiros com competência técnica, científica, humanista, social, política e ética, capazes de desenvolver o raciocínio epidemiológico e clínico investigativo; agir de forma crítica e reflexiva; atuar na promoção, recuperação e reabilitação da saúde e prevenção de doenças do indivíduo, do grupo familiar e da coletividade nos diferentes níveis de atenção, intervindo na realidade de forma a transformá-la.

O egresso do Curso de Enfermagem deverá configurar-se como um profissional comprometido com a identificação das necessidades de saúde individuais e coletivas da população, com o planejamento, a implementação e a avaliação de ações de saúde e de educação em saúde, com ênfase na prevenção, capaz de gerenciar o cuidado nos serviços de enfermagem e nos serviços de saúde; responsável por sua educação permanente e participativa na educação continuada em seu local de atuação; habilitado a utilizar todos os conhecimentos como evidências na fundamentação do cuidado e capacitado na produção de conhecimento científico através da elaboração de pesquisa.

Seu projeto pedagógico de curso almeja que o aluno ultrapasse as ações desenvolvidas em sala de aula, justificando a inserção gradativa do acadêmico na prática profissional, principalmente através do conhecimento da organização do Sistema de Saúde no Brasil. Também se espera discussões acerca da realidade local e valorização do compromisso com a prevenção, promoção e reabilitação da saúde humana, delineando caminhos para a Atenção Integral à Saúde em todos os níveis e para a Administração e o Gerenciamento de serviços como eixos para as competências e habilidades do enfermeiro.

A outra instituição de ensino contemplada no estudo foi a Faculdade Roraimense de Ensino Superior – FARES. Instituição particular com o curso de enfermagem de duração de 5 anos. Apresenta como missão a formação de qualidade e integral de seus alunos, voltada para a competência profissional e para o atendimento das demandas sociais.

Tem como proposta pedagógica formar os profissionais do curso de graduação em Enfermagem como indivíduos capazes de consolidar sua condição de cidadania, sendo capaz de agir profissionalmente, consciente de seu papel enquanto educador/ promotor da saúde. Um profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, que seja qualificado para o exercício da Enfermagem, cuja atuação se desenvolva com base no rigor científico e intelectual e seja pautado em princípios éticos; que desenvolva uma consistente visão das contingências sócio-político-econômicas, entre outras, que afetam a condição humana dos brasileiros.

Um profissional que seja capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/ situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais e seus determinantes e capacitadas a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Por formação de qualidade e integral compreenda-se aquela solidamente estruturada

na compreensão teórica, manipulação científica do conhecimento e capacitação tecnológica, implementadas pela constante atualização de referências teóricas e técnicas e no desenvolvimento do espírito de pesquisa. Aliada às competências teórica e prática, compreende-se como fundamental sólida formação humanística e ampliação das referências culturais, de forma a propiciar análises consistentes, críticas, criteriosas e éticas na aplicação do conhecimento desenvolvido.

A competência profissional é, assim, remetida a sua dimensão social. Sem deixar de levar em consideração o dinamismo do mercado de trabalho e as expectativas particulares dos alunos, a instituição deve operar no sentido de ser agente facilitador da compreensão do necessário retorno social da capacitação desenvolvida, contribuindo para o desenvolvimento cultural e econômico da sociedade.

Por último temos a Universidade Federal de Roraima/UFRR, a qual teve o curso de Enfermagem aprovado em 2011. Tem como prioridade a formação do profissional enfermeiro com qualidades técnicas e humanistas, capaz de trabalhar em conjunto com outros profissionais da área de saúde. O curso foi estruturado para atender as realidades da população de Roraima habilitando profissionais para intervir no processo saúde doença e cuidado com perspectiva de promoção de saúde humanizada, técnica e interdisciplinar, considerando o contexto multicultural e a diversidade étnica dos povos indígenas deste estado, além da presença freqüente de cidadãos de outras nacionalidades (guianenses e venezuelanos).

Partindo do convênio previamente estabelecido com a Prefeitura Municipal de Boa Vista e aliado à metodologia da ABP estabeleceu-se o programa de Interação Ensino-Serviço-Comunidade-IESC, onde as atividades desenvolvidas relacionam teoria e prática, priorizando o enfoque biológico-social e bioético, juntamente com a integração precoce com a comunidade.

Em seu projeto pedagógico, a UFRR trabalha a questão de transversalidade dentro da estrutura curricular oferecida ao longo do curso. O eixo transversal se estabelece em duas situações; A primeira distribui transversalmente os módulos ao longo de determinado ano onde os módulos transversais do primeiro ano são: Aspectos morfofisiológicos, IESC I, epidemiologia e Bioestatística e no segundo ano: os módulos de bioquímica e IESC II. Além desses, as habilidades do módulo “prática do cuidar” também são transversais. No terceiro ano apenas a farmacologia entra como módulo transversal. Já no quarto ano somente saúde e meio ambiente ficam como módulo transversal.

A segunda situação em que a UFRR estabelece a transversalidade no curso diz respeito a determinados conteúdos distribuídos em vários módulos como os temas que necessitam de diferentes abordagens no mesmo nível ou em crescentes níveis de complexidade, por exemplo: ética, aspectos da morfologia (anatomia, fisiologia, biologia); questões que tratam da inclusão social e do respeito cultural de populações como afrodescendentes e indígenas, além dos aspectos ambientais.

Diversas ações da SGTES na área da educação em saúde geraram impacto para o sistema de saúde no Estado de Roraima, por meio da consolidação do Curso de Medicina da UFRR, implantação do curso de Enfermagem da UFRR, da criação dos programas de Residência Médica, e do processo de construção da rede de educação em saúde de Roraima, alavancada em grande parte pelo PROMED, PRÓ-SAÚDE e, mais recentemente pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde), PRÓ-INTERNATO E PRÓ-RESIDÊNCIA.

O PET-Saúde é regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010, inspirado no Programa de Educação Tutorial - PET, do Ministério da Educação como uma das ações intersetoriais direcionadas para o fortalecimento da atenção básica e da vigilância em saúde, de acordo com os princípios e necessidades do Sistema Único de Saúde – SUS. O Programa tem como pressuposto a educação pelo trabalho e disponibiliza bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde, sendo uma das estratégias do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde o PRÓ-SAÚDE, em implementação no país desde 2005.

De acordo com a Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde- SGETES/MS, o PET-Saúde tem como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade, e é uma parceria entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES, Secretaria de Atenção à Saúde – SAS e Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS, do Ministério da Saúde e a Secretaria de Educação Superior – SESU, do Ministério da Educação.

O principal objetivo do projeto é formar profissionais mais sensíveis e aptos a lidar no contexto da diversidade e universalidade dentro do SUS, portanto todas as atividades contribuem para o atendimento das necessidades do usuário.

Formação acadêmica para atuarem na Saúde Indígena: Práticas educativas na formação do enfermeiro

Para discutir a importância da implementação dessa nova forma de currículo baseado em competências, precisamos ressaltar que o profissional de saúde na atualidade precisa

aprender a realizar a busca pela solução do problema apresentado na realidade, considerando as características sociais, culturais, econômicas, geográficas e de saúde da população específica. Deve ainda procurar atuar de maneira interdisciplinar compreendendo como as variáveis atuam dinamicamente em torno da situação, estabelecendo conexões e mediações.

Para a qualidade nos resultados de seu trabalho, o enfermeiro necessita desenvolver conhecimentos e práticas compatíveis com essas diferentes dimensões, por meio de aportes e apreensões críticas de referenciais de diferentes áreas do saber, numa abertura ao diálogo interdisciplinar e à criação individual e coletiva (RAMOS; REIBNITZ; PRADO, 2005). Há diversas maneiras de ensinar e todas elas estão orientadas por nossos valores e crenças. O que precisamos é pensar sobre o que é educação e qual a sua finalidade e, a partir daí, fazer escolhas. Ou seja, decidir que “educador (a)” eu quero ser.

A saúde e a educação estão intimamente articuladas, sendo as práticas educativas amplamente utilizadas nos processos formais educacionais, na formação permanente dos profissionais e na formação da população em geral. Tais práticas são, em geral, norteadas por um conjunto de crenças e valores, conhecimentos e habilidades e, especialmente, da concepção de ser humano e de sociedade que se deseja: mais ou menos democrático, mais ou menos autônomo, etc. O sentido da educação está intimamente relacionado ao desenvolvimento dos seres humanos, pois é através do conhecimento e da aprendizagem que o homem consegue evoluir e conquistar seu espaço na sociedade.

Também nos faz reconhecer que práticas educativas em saúde não podem ser pontuais, desconectadas da realidade concreta de vida e da saúde das pessoas envolvidas. Elas precisam ser movimentos permanentes de envolvimento e compromisso do profissional-enfermeiro com o sujeito, família e comunidade.

Essa permanente transformação da realidade nos coloca frente ao desafio de entender que, uma prática educativa em saúde, orientada por uma pedagogia crítica, cria vínculos, implica os envolvidos, constrói redes, mas fundamentalmente nos coloca – profissionais e usuários – em uma atitude de aprendizagem continuada, ao longo da vida.

As propostas de mudanças na formação de profissionais de saúde empreendidas desde a década de 1970 criticam a centralidade do ambiente dos hospitais-escolas apontando-a como um dos fatores, entre outros, que distanciam a compreensão dos processos de produção de saúde e adoecimento das populações (KOIFMAN et al,2013, SILVA JUNIOR et al,2006a;)

Aspectos contextuais do cotidiano e da realidade dos pacientes são pouco observados e/ou valorizados nestes ambientes na medida em que lá se privilegia a possibilidade de

exploração diagnóstica por meio de tecnologias materializadas em equipamentos e laboratórios. As abordagens de terapia que envolve o olhar de especialistas em sistemas orgânicos ou doenças complementam a vocação daqueles ambientes (PONTES et al,2006).

A ênfase dada nas reformas curriculares em buscar novos cenários de aprendizagem sinaliza para uma maior aproximação da realidade da população e da dinâmica real do Sistema de Saúde. Entretanto, estas mudanças não podem ser interpretadas como somente mudança de “lugar de aprendizado”. Demandam olhares diferenciados sobre a realidade e a interação com outros atores sociais na produção de ações que promovam saúde e enfrentem adoecimentos e situações desfavoráveis (KOIFMAN; FERNANDEZ, 2008).

Os novos cenários se apresentam conforme o desenvolvimento histórico e social de cada território. Podem se institucionalizar de diversas formas como em unidades de saúde de uma rede local ou também, em organizações não tradicionalmente associadas à assistência à saúde. Estas organizações costumam ter importante papel em fatores condicionantes de saúde ou adoecimento das populações como escolas, creches, associações de moradores, organizações não governamentais e outros.

Silva et. al. (2003) advertem que para atuação do enfermeiro em saúde indígena é essencial a compreensão do processo saúde-doença de forma ampliada, incluindo o aspecto étnico-cultural. A situação referente à capacitação em saúde indígena agrava-se quando os conteúdos programáticos são insuficientes e os temas que abordam as diferenças culturais e as especificidades desses povos também são insuficientes, ou até inexistentes.

A diversidade de instituições envolvidas e situações apresentadas exigem dos profissionais responsáveis pela articulação destes cenários a capacidade ampliada de análise de contextos e situações, assim como a mediação de diversos interesses colocados pelos atores sociais, muitas vezes conflitantes entre si (CECCIM FEURWERKER, 2004, SILVA JUNIOR et al, 2006b;).

1. OBJETIVOS

1.1 Objetivo geral

Analisar o ensino no curso de graduação em enfermagem com relação à sua adequação às necessidades da saúde indígena em Roraima.

1.2 Objetivos específicos

- Descrever e analisar a inserção do tema de saúde indígena nos currículos de graduação de enfermagem;
- Analisar os conteúdos e organização curricular, bem como as estratégias educacionais utilizadas no ensino em saúde indígena nos currículos de graduação em enfermagem.

2. MÉTODOS

Este é um estudo de caráter analítico-descritivo, com delineamento de pesquisa documental que objetiva a identificação de uma temática e o seu conhecimento nos limites de uma realidade específica (TRIVIÑOS, 1987). Segundo o autor, esse tipo de pesquisa caracteriza-se como a coleta de dados restrita a documentos, contemporâneos ou retrospectivos, escritos ou não, a partir de fontes primárias ou secundárias, apontando três etapas para a análise documental: a) pré-análise – em que é feita a organização do material, seleção e escolha dos documentos até a leitura exaustiva de todo o conteúdo; b) descrição analítica e exploração do material – quando o material documental é submetido a um estudo aprofundado, havendo a codificação, classificação e categorização dos dados; c) interpretação inferencial, tratamento dos dados e interpretação – que tem início ainda na etapa da pré-análise em que se reexamina o material com o objetivo de aumentar o conhecimento, aprofundar sua visão e estabelecer novas relações. Também houve um momento de observação assistemática onde o autor envolveu personagens das instituições de ensino superior assim como do cenário indígena objetivando uma maior aproximação com a realidade vivenciada por essa população específica.

Minayo et al, consideram esta técnica como observação participante e a conceituam como “o contato direto do pesquisador com o fenômeno, para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos” (2003: 59).

Para Pimentel, (2001), estudos baseados em documentos como material primordial, sejam revisões bibliográficas, sejam pesquisas historiográficas, extraem deles toda a análise, organizando-os e interpretando-os segundo os objetivos da investigação proposta.

Na pesquisa documental utilizam-se materiais que não receberam ainda um tratamento analítico ou que ainda podem ser reelaborados conforme os objetos da pesquisa, os quais foram chamados por Gil (2002) de documentos de primeira mão. Desse ponto de vista, os currículos de graduação de enfermagem em Roraima serão os documentos analisados neste estudo, tendo como base as DCN do Curso de Graduação em Enfermagem em interface com as políticas de saúde indígena, em particular a PNASPI.

Dentro da pesquisa documental, ficou pertinente trabalhar com a análise de conteúdo sendo o emparelhamento de dados a melhor estratégia. Segundo Gil (1999), o emparelhamento consiste em associar os dados recolhidos a um modelo teórico com a finalidade de compará-los. Essa estratégia requer a existência de uma teoria sobre a qual a

pesquisa possa apoiar-se para explicar o fenômeno ou a situação. Assim, torna-se possível verificar se há verdadeiramente correspondência entre a construção teórica e os dados observados.

A análise de dados fundamentou-se numa criteriosa leitura dos documentos adquiridos em formato eletrônico através da home - page das instituições de ensino que oferecem o curso de enfermagem no estado de Roraima, dos projetos pedagógicos dos referidos objetos de análise neste estudo e da comparação entre as grades curriculares das três instituições. As fontes utilizadas foram os três cursos de enfermagem oferecidos no estado; Cursos de Enfermagem da FARES, UERR e UFRR, o que representam 100% do total de cursos existentes na região explorada e cadastrados no Instituto Nacional de Ensino e Pesquisas – (INEP). A busca das fontes foi realizada, entre os meses de novembro de 2015 e fevereiro de 2016.

Foi realizada uma exploração do material adquirido começando por uma leitura da Resolução CNE/ CES nº 3, de 7 de novembro de 2001, que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, com o objetivo de apreender e organizar, de maneira estruturada, aspectos importantes para as fases seguintes. Em seguida, foi realizada a leitura de todo o material coletado, buscando apreender, de uma maneira total, as idéias principais e os significados gerais.

Na sequência, foi construída uma matriz de avaliação, (Tabela 1), adaptando-se a metodologia adotada pelo grupo de trabalho do INEP que ajudou na condução do estudo da disciplina Saúde Indígena nos cursos de Enfermagem do estado às DCN. Tal adaptação consistiu na elaboração de uma listagem de indicadores do instrumento de avaliação do INEP que pudessem ser avaliados apenas pela leitura do projeto pedagógico. São eles: Conteúdos curriculares em relação à saúde indígena, organização do curso / Metodologia de ensino-aprendizagem, duração do curso, carga horária total do curso, quantidade de horas dispensada para a disciplina saúde indígena, interação com outras disciplinas relacionadas à temática saúde indígena, estágios, projetos de extensão e atividades complementares relacionados à saúde indígena.

Para tal, primeiramente foi construída uma primeira listagem de indicadores do instrumento de avaliação que abordasse temas relacionados ao projeto pedagógico, sendo selecionados alguns indicadores do instrumento de avaliação. Como não trata de uma pesquisa envolvendo seres humanos, não precisou ser submetido a um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

3. ANÁLISE E RESULTADOS

Concluídas a etapa de análise do conteúdo, foi realizada sua validação, considerando sempre os aspectos fundamentais expressos no documento utilizado como referência. No quadro 1, a seguir, são apresentados, de maneira sintética, os resultados da análise dos cursos de enfermagem no Estado de Roraima, conforme as categorias encontradas.

Quadro 1: Análise da organização didático pedagógica dos cursos de graduação em enfermagem no Estado de Roraima em 2015 / Adaptado do Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação do INEP (continua)

Itens analisados	Critério de análise	IES		
		FARES	UERR	UFRR
1.1. Contexto educacional	O PPC contempla as demandas efetivas de natureza econômica, social, cultural, política e ambiental.	Sim	Sim	Sim
1.2. Políticas institucionais no âmbito do curso	As políticas institucionais de ensino, de extensão e de pesquisa (esta última, quando for o caso) constantes no PDI estão previstas/implantadas no âmbito do curso.	Sim	Sim	Sim
1.3. Objetivos do curso	Os objetivos do curso apresentam coerência, em uma análise sistêmica e global, com os aspectos: perfil profissional do egresso, estrutura curricular e contexto educacional.	Sim	Sim	Sim
1.4. Perfil profissional do egresso	O perfil profissional expressa às competências do egresso.	Sim	Sim	Sim
1.5. Estrutura curricular	A estrutura curricular prevista/implantada contempla em uma análise sistêmica e global, os aspectos: flexibilidade, interdisciplinaridade, acessibilidade pedagógica e atitudinal, compatibilidade da carga horária total (em horas), articulação da teoria com a prática.	Não	Não	Não
1.6. Conteúdos curriculares	Os conteúdos curriculares previstos/implantados possibilitam o desenvolvimento do perfil profissional do egresso, considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: atualização, acessibilidade, adequação das cargas horárias (em horas), adequação da bibliografia, abordagem de conteúdos pertinentes às políticas de educação ambiental, de educação em direitos humanos e de educação das relações étnico-raciais e para o ensino de história e cultura afro-brasileira, africana e indígena.	Não	Não	Sim
1.7. Metodologia	As atividades pedagógicas apresentam coerência com a metodologia prevista/implantada, inclusive em relação aos aspectos referentes à acessibilidade pedagógica e atitudinal.	Não	Não	Sim

Quadro 1: Análise da organização didático pedagógica dos cursos de graduação em enfermagem no Estado de Roraima em 2015- (conclusão)

Itens analisados	Critério de análise	IES		
		FARES	UERR	UFRR
1.8. Estágio curricular supervisionado – relação teoria e prática	O estágio curricular supervisionado previsto/ implantado está regulamentado/ institucionalizado, a relação teoria e prática, considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: articulação entre o currículo do curso e aspectos práticos da Educação Básica; embasamento teórico das atividades planejadas/desenvolvidas no campo da prática; reflexão teórica acerca de situações vivenciadas pelos licenciando em contextos de educação formal e não formal; produção acadêmica que articule a teoria estudada e a prática vivenciada.	Não	Não	Não
1.9. Atividades complementares	As atividades complementares previstas/implantadas estão regulamentadas/ institucionalizadas, considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: carga horária, diversidade de atividades e formas de aproveitamento.	Não	Não	Não
1.10. Material didático institucional	O material didático institucional previsto/implantado, disponibilizado aos estudantes, permite executar a formação definida no projeto pedagógico do curso considerando, em uma análise sistêmica e global, os aspectos: abrangência, acessibilidade, bibliografia adequada às exigências da formação, aprofundamento e coerência teórica	Não	Não	Não
1.11. Procedimentos de avaliação dos processos de ensino-aprendizagem	Os procedimentos de avaliação previstos/implantados utilizados nos processos de ensino-aprendizagem atendem à concepção do curso definida no seu Projeto Pedagógico do Curso – PPC.	Sim	Sim	Sim
1.12. Integração do curso com o sistema local e regional de saúde/ SUS – relação alunos/docente	Há integração do curso com o sistema de saúde local e regional/SUS prevista/implantada por meio de convênio, sendo a relação alunos/docente ou preceptor não professor do curso de no máximo 8, atendendo aos princípios éticos da formação e atuação profissional.	Não	Sim	Sim
1.13. Integração do curso com o sistema local e regional de saúde/ SUS–relação alunos/usuário	Há integração do curso com o sistema de saúde local e regional/SUS prevista/implantada por meio de convênioconsiderando a relação alunos/usuário e o atendimento aos princípios éticos da formação e atuação profissional.	Sim	Sim	Sim
1.14. Atividades práticas de ensino para áreas da saúde	Estão previstas/implantadas, atividades práticas de ensino conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais priorizando o enfoque de atenção à saúde indígena.	Não	Não	Sim

Fonte: Elaboração própria, com base no Plano de Desenvolvimento Institucional, Projeto Pedagógico do Curso, Políticas Institucionais, Diretrizes Curriculares Nacionais

A análise dos itens acima relacionados condizentes à organização didático pedagógica dos cursos de graduação em enfermagem no Estado de Roraima em 2015 contemplam os conteúdos curriculares, a organização do curso, a metodologia de ensino-aprendizagem, competências e habilidades, perfil do formando egresso/profissional, estágios e atividades complementares, acompanhamento e avaliação. Cabe destacar, que, neste estudo deram-se ênfase as duas primeiras categorias citadas por serem alvos da discussão e por detalharem os quesitos necessários para a formação do enfermeiro em questão.

Observou-se que existe uma discrepância no ensino da disciplina Saúde indígena quando comparamos as grades curriculares das instituições citadas. Um ponto que chamou bastante atenção foi o fato da Universidade Federal de Roraima ser a única instituição onde esta disciplina não aparece na grade curricular e ao mesmo tempo ser a única instituição que participa de um projeto de extensão do governo - PET-Saúde – Redes de atenção/ Saúde Indígena.

Observou-se também que o número de horas dispensado para esta disciplina nas outras instituições são bastante incipientes, o que não está coerente com a relevância desta população específica no estado.

Ainda foi possível observar que apenas uma das instituições, a UFRR, utiliza o PBL- Aprendizagem Baseada em Problemas (APB – PBL) como metodologia ativa de aprendizagem, o que nos leva a inferir que o tema Saúde indígena possa estar sendo trabalhada no que chamamos de currículo oculto, pois o PBL estimula o aprendizado no contexto e permite que tanto os professores quanto os alunos tenham uma maior flexibilidade quanto aos objetivos de aprendizagem.

O PBL é um método de aprendizagem ativa no qual os estudantes inicialmente se defrontam com um problema a partir do qual se realiza um processo sistemático de investigação e reflexão. Tem como características principais, ter início com um problema, despertar a necessidade de saber mais, promover a aprendizagem ativa e centrada no estudante, desenvolver objetivos ou questões de aprendizagem e exigir um processo de reflexão e avaliação.

Foi realizado um projeto piloto no qual foi feita uma análise inicial dos currículos de graduação em enfermagem no Estado de Roraima. A partir desse estudo vimos a necessidade de incluir na análise temas como a educação permanente em saúde, a educação continuada e o currículo oculto.

A educação permanente em saúde (EPS) tem como objetivo de transformação o

processo de trabalho, orientado para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde. Parte, portanto, da reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado.

Ao pensar os problemas educativos ligados à reflexão sobre as questões do trabalho, a educação permanente circunscreve um espaço próprio que a diferencia de outras intervenções educativas, salientando como concepções distintas do trabalho em saúde se correlacionam com a forma com que se concebe a educação para este trabalho.

Ao falarmos de educação permanente como um processo educacional que atende o processo de trabalho em saúde como eixo definidor e configurador de demandas educacionais, duas questões se sobressaem como elementos importantes na perspectiva de entender os limites, as possibilidades e as dificuldades deste processo: a organização do mundo do trabalho e as representações sociais sobre este trabalho.

A produção teórica sobre o campo da educação permanente permite, a nosso juízo, que se faça uma distinção clara e inequívoca entre educação continuada e permanente. Apesar de ambas conferirem uma dimensão temporal de continuidade ao processo de educação correspondente às necessidades das pessoas durante toda a vida, elas assentam-se em princípios metodológicos diversos.

As necessidades da implementação de novos programas e ações de saúde nos serviços, da organização de respostas a novas demandas dos usuários, da orientação das políticas sanitárias e das necessidades de atualização dos profissionais têm a mesma resposta, orientada pela concepção de que as mudanças desejadas para as instituições se alcançam basicamente desde a acumulação da informação e se direcionam eficazmente pela difusão de informações e políticas (DAVINI, 1994).

Apesar de alguns avanços nas últimas décadas, a formação dos profissionais de saúde ainda está muito distante do cuidado integral. O perfil destes profissionais demonstra qualificação insuficiente para as mudanças das práticas. Uma necessidade crescente de educação permanente para esses profissionais, com o objetivo de (re) significar seus perfis de atuação, para implantação e fortalecimento da atenção à saúde no SUS é um grande desafio. Muitos não sabem o que é educação permanente e qual o seu papel no SUS.

A discussão sobre a necessidade de se desenvolver os conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias à nova concepção de trabalho, de forma a preparar profissionais para o enfrentamento de situações e problemas no cotidiano das comunidades, depara com a realidade vivenciada pelos estudantes nos serviços de saúde e deve funcionar como elemento

instigador para uma prática problematizadora no sentido da aprendizagem e também da reflexão sobre a produção dos cuidados.

Quando discutimos a diversificação dos cenários de aprendizagem, a formação em saúde fica direcionada pelas necessidades de saúde da população e pelo Sistema Único de Saúde. Devemos ter a concepção de cuidado integral em todos os cenários de aprendizado, e esses devem ser diversificados a fim de que o estudante tenha o contato e realize atividades em todos os níveis de complexidade, compreendendo sua importância.

Precisamos resgatar esses valores em nossos espaços de trabalho nos centros formadores e nas universidades. Na atualidade o profissional de saúde deve ser reflexivo, a partir de sua prática, superando a visão fragmentada do indivíduo, considerando a condição humana dentro da diversidade cultural, religiosa, étnica e outras, para ter habilidade diante de um novo problema, com capacidade para resolvê-lo através de experiências anteriores e novos conhecimentos, de maneira criativa, para assim modificar sua realidade.

Infelizmente os profissionais que trabalham em hospitais-escola não desenvolvem a concepção que todos são, mesmo que indiretamente, responsáveis pela formação daquele profissional. Da mesma forma, os estudantes e docentes precisam desenvolver a compreensão que devem contribuir para o serviço que o acolheu, não que o estudante seja mão de obra barata e que deve tocar o serviço, mas que devem desenvolver atividades que auxiliem no crescimento da qualidade dos serviços.

E necessário apontar a importância dos projetos de intervenção desenvolvidos pelos estudantes que visam à educação em saúde dos pacientes, comunidade e acompanhantes, educação permanente dos profissionais dos setores e também de organização de protocolos para os serviços ou organização do setor.

Então na verdade a escolha dos cenários de aprendizado passa pela organização do currículo e visa atender as habilidades e competências, nesse sentido o currículo deve estar centrado na diversificação dos cenários como ponto fundamental para o aprendizado que supera a fragmentação do indivíduo e do processo saúde e doença, e avança para o cuidado integral em saúde.

O melhor cenário ser o que se consegue interagir o ensino, o serviço e a comunidade, respeitando as suas especificidades, concorda que seja um ponto importante para se definir um campo, e lembro que as condições estruturais, materiais e humanas podem não ser as ideais, mas é também ali que há muito a aprender, e até a transformar. Falta compreensão por parte dos profissionais do serviço do seu valor para o processo de formação de novos

profissionais de saúde, bem como a possibilidade de se desenhar no processo uma proposta de educação permanente.

Torna-se de extrema importância, considerando os determinantes da saúde, a intersetorialidade, a interdisciplinaridade e os vários atores que podem estar envolvidos na integralidade do cuidado à saúde das pessoas.

Não dá pra imaginar formação em saúde sem pensar em termos dessa integração ensino-serviços-comunidade. Seria impossível um curso totalmente teórico nos primeiros anos para só depois entrar em contato com a realidade dos serviços de saúde.

Acreditamos que o melhor cenário é aquele que a gente consegue interagir o ensino e o serviço de forma que podemos integrar com a comunidade, respeitando suas especificidades. Nada melhor que um diagnóstico situacional antes de levar qualquer projeto adiante.

A universidade deve se preocupar em identificar as necessidades dos serviços e cenários de prática; e faz-se necessária a participação dos profissionais dos serviços e usuários nas discussões educacionais de formação na área da saúde.

O currículo oculto são normas e valores, passados do professor para o aluno, de uma forma contida numa proposição sem estar expresso em termos precisos. Representa uma dimensão implícita no processo educacional não mensurável e informal, que fazem parte do cotidiano escolar transmitindo experiências que reforçam o aprendizado sociocultural, na inter-relação professor aluno e o saber. Incluem atitudes, preconceitos e outras séries de coisas que na área de saúde são de grande relevância.

"O currículo oculto é constituído por todos aqueles aspectos do ambiente escolar que, sem fazer parte do currículo oficial, explícito, contribuem, de forma implícita para aprendizagens sociais relevantes (...) o que se aprende no currículo oculto são fundamentalmente atitudes, comportamentos, valores e orientações [...] (Silva, 2001:78)

Partindo dos objetivos e análise dos resultados encontrados, podemos concluir que a inserção do tema Saúde Indígena nos cursos de graduação de enfermagem em Roraima não estão organizados nos currículos de forma que atendam a verdadeira necessidade do aprendizado acadêmico para uma população específica como a indígena. Os currículos ainda não estão adequados às novas DCN e a PNASPI visto que não atendem ao quesito integralidade entre as instituições de ensino e serviços de saúde.

Não podemos ignorar que exista um currículo oculto no projeto pedagógico da UFRR em relação ao tema da saúde indígena, já que utiliza metodologia ativa de aprendizagem. Isso, com certeza, pode interferir na qualidade da formação dos enfermeiros,

no contexto de aprendizagem que almejamos e que queremos induzir em outros programas. No entanto, este tema merece ser discutido em situações futuras.

Reforçar a atenção primária, garantir a assistência integral e humanizada, reforçar a estrutura pública do SUS, formar profissionais de saúde dentro de ambientes diversificados, promover a integralização da saúde, com a integração entre diversos profissionais de formações diferentes na realidade do SUS, possivelmente traria mais engajamento e mais chance de finalmente construirmos um país menos desigual e com profissionais mais humanizados. As ações diretas do governo Federal, com apoio dos governos locais, exemplificado pelo Programas Mais Médicos, bem como a ampliação de vagas de residência são parte essencial da política de ordenação de recursos humanos na saúde, que potencializará estas mudanças.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das situações identificadas, faz-se necessário sensibilizar os atores sociais que atuam na atenção à saúde indígena, para a adoção de medidas de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos, com um maior envolvimento nas questões indígenas, necessitando para tanto, rever a formação dos futuros profissionais de enfermagem, qualificando-os para atuarem junto a essas populações indígenas e aprofundar na discussão sobre as políticas voltadas para as questões indígenas junto aos formuladores de políticas para esta área.

Torna-se essencial que o acadêmico de enfermagem conheça com maiores detalhes; a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, e não superficialmente como tem sido. Uma forma de oferecer esse conhecimento aos acadêmicos seria por meio de um encontro dos acadêmicos com as populações indígenas ou até mesmo com a inserção de um internato rural específico nestas regiões. Isto possibilitaria formar um profissional capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde e doenças prevalentes, com ênfase na sua região de atuação, em consonância com as diretrizes curriculares para o curso de enfermagem. Também se faz necessário a interdisciplinaridade, a Antropologia, a Sociologia e outras áreas do conhecimento, pois serão grandes aliadas para a compreensão do processo saúde-doença em populações indígenas.

Para a atuação do enfermeiro em saúde indígena é essencial a compreensão do processo saúde-doença de forma ampliada, incluindo o aspecto etnico-cultural, e que o profissional busque se atualizar e adquirir novos conhecimentos. Os levantamentos etnográficos revelam que a melhor metodologia para a formação de profissionais é a participativa, propícia à comunicação intercultural, de modo a favorecer o processo recíproco de aquisição de conhecimento (ROCHA, 2007).

Também seria interessante que os acadêmicos pudessem aprender um pouco mais sobre a medicina tradicional usada pelas populações indígenas com o uso das plantas medicinais. Este aprendizado poderia contribuir para a eficácia das ações, estreitando a relação com os indígenas que devem ser valorizados na prática de atenção à saúde, fortalecendo sua cultura e resgatando os saberes e valores acumulados.

Finalmente, seria interessante que as instituições de ensino superior do Estado de Roraima acrescentassem em seus currículos atividades, estudos individuais e em grupos de estudo, projetos de extensão, cursos e educação continuada especialmente voltada para a população indígena. Que estas estimulassem a publicação de artigos, criação de projetos ou

mesmo o internato rural indígena, além de atividades que levassem ao conhecimento das chamadas medicinas alternativas (homeopatia, plantas medicinais, etc.), todas relevantes para o processo de formação da identidade profissional dos estudantes de enfermagem e demais categorias dos profissionais da saúde.

REFERÊNCIAS

BELFORT, L.F.I. *A proteção dos conhecimentos tradicionais dos povos indígenas, em face da convenção sobre diversidade biológica*. 2006. 139 f.. Dissertação Mestrado – Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

BOTELHO M.T.S.L., SECCHI D. *O processo formativo de enfermeiros indígenas na UFMT: Reflexões sobre currículo, práticas pedagógicas e preparo docente*. Horizontes, v. 31, n.2, p. 25-37, jul./dez.2013

BRASIL. *Constituição Federal de 1988*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 22 set. 2016.

_____. Fundação Nacional de Saúde. *Diretrizes para Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde, Água, Esgotamento e Melhorias Sanitárias em Áreas Indígenas*-Brasília 2002

_____. IBGE. *Censo demográfico 2010*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 26/09/2016.

CAMPOS, C.J.G. *Método de Análise de Conteúdo; Ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde*. Ver. Bras. Enf., v. 57, n.5, p. 611-614, 2004.

CAPAZ M. L. *Análise comparativa da matriz curricular dos cursos de graduação em agronegócio nas instituições superiores da região centro-oeste*. Revista Científica Vozes dos Vales – UFVJM – MG – Brasil – Nº 06 – Ano III – 10/2014

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER L. CM. *Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade*. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004.

DIEHL, E. E; PELLEGRINI, M. A. *Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 867-874, abr. 2014.

GARNELO, L; PONTES, A.L. *Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: MEC SECADI, 2012.

GIL, A. C.. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. SP: Atlas, 2002.

LAKATOS, E.; MARCONI, M. *Metodologia do Trabalho Científico*. SP: Atlas, 1992.

LANGDON, E.J. *Representações de doença e itinerário terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana*. In: SANTOS, R.V.; COIMBRA Jr, C.E.A. (org.) *Saúde & Povos Indígenas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

LIMA, A. C.; HOFFMAN, M.B. *Etnodesenvolvimento e Políticas Públicas: bases para uma nova política indigenista*. Rio de Janeiro: LACED, 2002

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

OLIVEIRA M.L.C. *Análise da capacitação dos enfermeiros que atuam na atenção à saúde das populações indígenas* - Dissertação (Mestre em Enfermagem) – Universidade Federal do Amazonas. 2013. 136 f.

PÁDUA, E.M.M. *Metodologia da Pesquisa: Abordagem Teórico Prática* – 10 edição rev. e atual. Campinas-SP; Papiros 2004

PIMENTEL, A. *O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica* *Cadernos de pesquisa*, n. 114, p.179-195, novembro/ 2001.

PROJETO PEDAGÓGICO: *Currículo do Curso de Medicina / Comissão de Reforma Curricular*> fortaleza: Imprensa Universitária, 2001. 72p

RAMOS, F. R.; REIBNITZ, K. S.; PRADO, M. L. *A dimensão educativa da ação de enfermagem: reflexões em torno de práticas assistenciais no ensino de pós-graduação*. *Rev. Mineira de Enfermagem*, v. 9, n. 3, p. 274- 278 jul/set, 2005.

RIBEIRO, E.C.O.; MOTTA, J.I.J. *Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde*. *Divulgação em Saúde Para Debate*, n.12, jul. 1996. p. 39-44.

ROCHA, E.S.C. *Uma etnografia das práticas sanitárias no Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro – Noroeste do Amazonas*. 2007. Dissertação (Mestrado em Sociedade e Cultura na Amazônia). Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2007.

RUIZ, J.A. *Metodologia Científica: guia para eficiência nos estudos*. 4. ed. SP: Atlas, 1996.

TEIXEIRA, C.F, SOLLA, JP - *Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família*. Salvador: Edufba; 2006. 236 pp.

SANTANA, F.R; NAKATANI; A.Y.K; SOUZA, A. C.S e; ESPERIDIÃO, E. *DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM: UMA VISÃO DIALÉTICA*. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 07, n. 03, 2005. p. 295 –302

SILVA, MJP; PEREIRA, LL; BENCKO, MA. *Educação continuada: estratégias para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem*. Rio de Janeiro: Marques – Saraiva 1989.

SILVA, NC, Gonçalves MJF, Neto DL. *Enfermagem em saúde indígena; diretrizes curriculares*. *Rev. Brasileira Enfermagem*. Brasília, v. 56, n. 4, p. 388-391, jul/ago, 2003.

SILVA, T. T. *Documentos de Identidade: uma introdução às teorias do currículo*. 3 ed. 1ª

reimp. – Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

SILVA, JAM.; OGATA,MN; MACHADO,MLT. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. Revista Eletrônica de Enfermagem. Periódico online, v. 09, n. 02, p. 389-401, mai/ago, 2007.

SILVA, GM; SEIFFERT, OM. *Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica*. Rev. Brasileira de Enfermagem Brasília, v. 62, n. 3, p. 362-6, maio/jun, 2009.

SOUZA, M. N; BARBOSA, E. M. *Direitos indígenas fundamentais e sua tutela na ordem jurídica brasileira*. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XIV, n. 85, fev 2011.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1997

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA. Saiba mais sobre PDI, PPI e PPC e currículo; conceitos.

http://www.udesc.br/arquivos/id_submenu/262/saiba_mais_sobre_pdi_ppi_ppc_e_curriculo.pdf> acesso em 26/09/2016

XAVIER, I. M. *Graduação em enfermagem como o lócus da formação do enfermeiro: diretrizes curriculares e projeto pedagógico*. Rev. Bras. Enf., vol.54, n. 1, p. 5-6,2001

ANEXO A- Grade curricular da FARES

FACULDADE RORAIMENSE DE ENSINO SUPERIOR - FARES GRADE MODELO INSTITUCIONAL COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM PORTARIA DO MEC Nº 250, DE 18 DE MARÇO DE 2008. CURRÍCULO PLENO – ENFERMAGEM			
	DISCIPLINAS	Carga Horária	Código
1º Semestre	Metodologia Científica	54	1ENFMC
	Seminários Interdisciplinares	18	1ENFSI
	História da Enfermagem	36	1ENFHE
	Filosofia	36	1ENFF
	Citologia e Histologia	54	1ENFCH
	Anatomia	108	1ENFA
	Comunicação Oral e Escrita	72	1ENFCOE
	Antropologia Cultural	36	1ENFAC
	Total	414	
	2º Semestre	Informática em Enfermagem	54
Seminários Interdisciplinares		18	2ENFSI
Sociologia		36	2ENFS
Psicologia		54	2ENFP
Embriologia e Genética		54	2ENFEG
Bioestatística		54	2ENFB
Fisiologia		108	2ENFF
Semiologia e Semiotécnica		54	2ENFSS
Total		432	

3º Semestre	Microbiologia e Imunologia	72	3ENFMI
	Seminários Interdisciplinares	18	3ENFSI
	Biofísica	36	3ENFB
	Saúde coletiva I	36	3ENFSC1
	Farmacologia	90	3ENFF
	Parasitologia	72	3ENFP
	Fundamentos para o Processo do Cuidar	108	3ENFFPC
	Total	432	
4º Semestre	Epidemiologia e saúde ambiental	72	4ENFESA
	Bioquímica	54	4ENFB
	Seminários Interdisciplinares	18	4ENFSI
	Enfermagem na Saúde Coletiva II	108	4ENFSC2
	Nutrição	54	4ENFN
	Legislação em Enfermagem	36	4ENFLE
	Patologia Geral	90	4ENFPG
	Total	432	
5º Semestre	Enfermagem na Saúde do Adulto I	108	5ENFSA1
	Seminários Interdisciplinares	18	5ENFSI
	Enfermagem na saúde da mulher	108	5ENFESMU
	Gerenciamento em Enfermagem	90	5ENFGE
	Enfermagem na Saúde Mental	54	5ENFESME
	Enfermagem na Saúde do Idoso	54	5ENFESI
	Total	432	

6º Semestre	Pesquisa em Enfermagem	36	6ENFPPE
	Seminários Interdisciplinares	18	6ENFSI
	Bioética	36	6ENFB
	Saúde Indígena	72	6ENFSIN
	Enfermagem na Saúde do Adulto II	108	6ENFSA2
	Enfermagem na Saúde da Criança e Adolescente	72	6ENFSCA
	Enfermagem em Situação de Crise e Agravos Súbitos a Saúde	90	6ENFSCASS
	Total	432	
7º Semestre	Seminários Interdisciplinares	18	7ENFSI
	Estágio de Semiologia e Semiotécnica	120	7ENFESS
	Estágio de Enfermagem na Saúde do Adulto I	90	7ENFESA1
	Estágio de Urgência e Emergência	90	7ENFUE
	Enfermagem na Saúde do Adulto II	90	7ENFSA2
	Centro Cirúrgico e CME	60	7ENFCC
	Total	468	
8º Semestre	OTCC	54	8ENFOTC
	Seminários Interdisciplinares	18	8ENFSI
	Estágio Enfermagem em Saúde Mental	45	8ENFESM
	Enfermagem em Saúde Pública	120	8ENFSP
	Enfermagem em Pediatria	120	8ENFP

Enfermagem em Obstetrícia	120	8ENFO
Administração em Enfermagem	45	8ENFAE
Atividades Complementares (TAE)	200	8ENFAC
Total	722	
TOTAL GERAL		3.754 Horas

Fonte: FARES, 2015.

ANEXO B- Grade Curricular da UERR

Primeiro semestre				
Código	Disciplina	CH	Crédito	Pré-requisito
ENF 1	Anatomia	120	8 (6T/2P)	
ENF 2	Citologia e Histologia Humana	60	4 (2T/2P)	
ENF 3	Introdução à Filosofia	60	4 (4T)	
ENF 4	Leitura e Produção de Texto	60	4 (4T)	
ENF 5	Sociologia e Antropologia	30	2 (2T)	
ENF 6	Introdução à Enfermagem	60	4 (4T)	
ENF 7	Metodologia do Trabalho	60	4 (4T)	
Total		450	30	
Segundo semestre				
Código	Disciplina	CH	Crédito	Pré-requisito
ENF 8	Biofísica	30	2 (1T/1P)	
ENF 9	Microbiologia e Imunologia	60	4 (2T/2P)	Citologia, Histologia
ENF 10	Psicologia Aplicada à Saúde	60	4 (4T)	
ENF 11	Genética e Embriologia	60	4 (2T/2P)	Citologia, Histologia
ENF 12	Bioestatística	60	4 (4T)	
ENF 13	Bioquímica	60	4 (2T/2P)	
ENF 14	Primeiros Socorros	30	2 (1T/1P)	
Total		360	24	
Terceiro semestre				
Código	Disciplina	CH	Crédito	Pré-requisito
ENF 15	Epidemiologia e Saúde	75	5 (5T)	Bioestatística
ENF 16	Parasitologia Humana	75	5 (3T/2P)	
ENF 17	Fisiologia Humana	120	8 (6T/2P)	Anatomia e Biofísica
ENF 18	Educação em Saúde	60	4 (4T)	
ENF 19	Bioética Aplicada à	30	2 (2T)	Introdução à Enfermagem
ENF 20	Práticas Integradas I	45	3 (2T/1P)	
Total		405	27	
Quarto semestre				
Código	Disciplina	CH	Crédito	Pré-requisito
ENF 21	Nutrição Aplicada à	60	4 (3T/1P)	Fisiologia
ENF 22	Processos Patológicos	120	8 (6T/2P)	Microbiologia e Imunologia
ENF 23	Processo de Cuidar I	120	8 (4T/4P)	Anatomia e Fisiologia
ENF 24	Saúde de Grupos Sociais	30	2 (2P)	Sociologia, antropologia e Saúde Ambiental
Total		330	22	

Quinto Semestre				
Códig	Disciplina	CH	Crédito	Pré-requisito
ENF 25	Farmacologia	120	8 (6T/2P)	Fisiologia Humana
ENF 26	Saúde Coletiva I	75	5 (3T/2P)	Epidemiologia e Saúde Ambiental Necessidades de Saúde dos Grupos Sociais
ENF 27	Semiologia e semiotécnica	75	5 (3T/2P)	Processo de Cuidar I Bioética Aplicada à Enfermagem Processos Patológicos
ENF 28	Exames Complementares	45	3 (3T)	Processos Patológicos Processo de Cuidar I
ENF 29	Processo de Cuidar II	75	5 (3T/2P)	Patologia Geral
ENF 30	Terapias alternativas em	30	2 (2T)	Processos de Cuidar I
ENF 31	Práticas Integradas II	45	3 (2T/1P)	Práticas Integradas I
Total		465	31	
Sexto semestre				
Códig	Disciplina	CH	Crédito	Pré-requisito
ENF 32	Saúde Coletiva II	120	8 (6T/2P)	Saude Coletiva I, Semiologia e Semiotécnica
ENF 33	Enfermagem no Atendimento de Urgência e	75	5 (3T/2P)	Semiologia e Semiotécnica Exames Complementares Processo de cuidar II
ENF 34	Enfermagem no Cuidado do Adulto	120	8 (6T/2P)	Semiologia e Semiotécnica Processo de Cuidar II
ENF 35	DIC e Parasitárias	75	5 (3T/2P)	Microbiologia e Imunologia Semiologia e Semiotécnica Exames Complementares
ENF 36	Saúde Indígena	45	3 (2T/1P)	Sociologia e Antropologia Epidemiologia e Saúde Ambiental Saúde Coletiva I
Total		435	29	

Sétimo semestre				
Códig	Disciplina	CH	Crédito	Pré-requisito
ENF 37	Enfermagem Aplicada à saúde do Trabalhador	30	2 (2T)	Processo de Cuidar II, Enfermagem no Cuidado do Adulto
ENF 38	Enfermagem em Saúde Mental	105	7 (5T/2P)	Psicologia Aplicada à Saúde, Semiologia e Semiotécnica
ENF 39	Enfermagem da Saúde da Mulher	120	8 (6T/2P)	Semiologia e Semiotécnica, Processo de Cuidar II
ENF 40	Enfermagem Geriátrica e Gerontológica	75	5 (3T/2P)	Enfermagem no Cuidado do Adulto
ENF 41	Enfermagem em Centro Cirúrgico e CME	90	6 (4T/2P)	Microbiologia e Imunologia Enfermagem no Cuidado do Adulto
ENF 42	Práticas Integradas III	45	3 (2T/1P)	Práticas Integradas II
Total		465	31	

Oitavo semestre				
Códig	Disciplina	CH	Crédito	Pré-requisito
ENF 43	Enfermagem da Saúde da	120	8 (6T/2P)	Enfermagem no Atendimento de Urgência e Emergência
ENF 44	Gerenciamento dos Serviços de saúde	90	6 (4T/2P)	Enfermagem no Cuidado do Adulto
ENF 45	Enfermagem Aplicada à Pacientes de Alto Risco	120	8 (6T/2P)	Enfermagem no Atendimento de Urgência e Emergência
ENF 46	Metodologia do Trabalho Científico Aplicado à Enfermagem	60	4 (4T)	Bioética Aplicada à Enfermagem Metodologia do Trabalho Científico
Total		390	26	

Nono semestre				
Códig	Disciplina	CH	Crédito	Pré-requisito
ENF 47	Fundamentos de Enfermagem	90	6 P	Todas as disciplinas anteriores
ENF 48	Enfermagem em Clínica Médica	90	6 P	Todas as disciplinas anteriores
ENF 49	Enfermagem em Clínica Cirúrgica	90	6 P	Todas as disciplinas anteriores
ENF 50	Centro Cirúrgico e CME	60	4 P	Todas as disciplinas anteriores
ENF 51	Enfermagem em Urgência e Emergência	60	4 P	Todas as disciplinas anteriores
ENF 52	TCC I	45	3 (T/P)	Metodologia do Trabalho Científico Aplicado à Enfermagem
Total		435	29	

Décimo semestre				
Códig	Disciplina	CH	Crédito	Pré-requisito
ENF 53	Enfermagem em Saúde Mental	30	2 P	Todas as disciplinas anteriores
ENF 54	Enfermagem em Saúde	120	8 P	Todas as disciplinas anteriores
ENF 55	Enfermagem em Pediatria	90	6 P	Todas as disciplinas anteriores
ENF 56	Enfermagem em Obstetrícia	90	6 P	Todas as disciplinas anteriores
ENF 57	Administração em Enfermagem	30	2 P	Todas as disciplinas anteriores
ENF 58	Assistência de Enfermagem em UTI/CTI	60	4 P	Todas as disciplinas anteriores
ENF 59	TCC II	45	3 (T/P)	TCC I
Total		465	31	
Carga horária				4200
Horas Complementares				200
Carga horária total				4.400

Fonte: UERR, 2015

ANEXO C- Grade curricular da UFRR

Módulos de ensino do primeiro ano

Módulo	Tema	CH	Pré-requisito
101	Introdução ao Curso de Enfermagem	90	
102	Processo Saúde-doença	230	
103	Práticas Interdisciplinares e Interação Ensino, Serviço e Comunidade I	90	
104	Aspectos Morfofisiológicos e Psíquicos do Ser Humano	365	
105	Epidemiologia e Bioestatística Aplicada à Enfermagem	120	
Subtotal		895	

Módulos de ensino do segundo ano

Módulo	Tema	CH	Pré-requisito
201	Metodologia da pesquisa	45	
202	Educação em Saúde	35	
203	Práticas do Cuidar	250	104
204	Práticas Interdisc. e Interação Ensino, Serviço e Comunidade II	120	103
205	Bioquímica Básica	60	104
206	Nutrição e Dietética Aplicada à Enfermagem	60	
207	Saúde do Adulto: aspectos clínicos I	150	104, 105
Subtotal		720	

Módulos de ensino do terceiro ano

Módulo	Tema	CH	Pré-requisito
301	Farmacologia	120	104, 205
302	Saúde do Adulto: aspectos clínicos II	155	104, 105, 203
303	Saúde do Adulto: aspectos cirúrgicos	180	104, 203
304	Saúde da Mulher e Gênero	180	104, 105, 203
305	Saúde da Criança e do Adolescente	180	104, 105, 203
Subtotal		805	

Módulos de ensino do quarto ano

Módulo	Tema	CH	Pré-requisito
401	Saúde e Meio Ambiente	40	
402	Doenças Transmissíveis e Tropicais	200	104, 105, 203
403	Enfermagem em Saúde Mental	140	104, 203
404	Exames complementares	45	104, 205
405	Enfermagem no Cuidado ao Paciente Crítico	240	104, 203
406	Organização dos Serviços de Saúde e Enfermagem	175	104, 105, 203
Subtotal		840	

Módulos de ensino do quinto ano

Módulo	Tema	CH	Pré-requisito
501	TCC	60	Todos os módulos
502	Internato I	410	Todos os módulos
503	Internato II	500	Todos os módulos
Subtotal		970	

Fonte:UFRR, 2015